



HAL
open science

La construction de l'expertise des praticiens en soins de santé non conventionnels dans l'acquisition de leur légitimité professionnelle : une approche en France et en Tunisie

Najoua Chouaibi

► To cite this version:

Najoua Chouaibi. La construction de l'expertise des praticiens en soins de santé non conventionnels dans l'acquisition de leur légitimité professionnelle : une approche en France et en Tunisie. Gestion et management. LEST; Aix-Marseille Université (AMU), 2018. Français. NNT : . tel-03560416

HAL Id: tel-03560416

<https://hal.science/tel-03560416v1>

Submitted on 9 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE D'AIX-MARSEILLE
UFR SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION
ECOLE DOCTORALE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION D'AIX-
MARSEILLE

Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail, UMR 7317

**La construction de l'expertise des praticiens en soins de santé non
conventionnels dans l'acquisition de leur légitimité professionnelle**
Une approche en France et en Tunisie

Thèse présentée et soutenue publiquement

Par

Najoua CHOUAIBI

En vue de l'obtention du Doctorat en Sciences de Gestion

Novembre 2018

Membres du Jury :

- Directrice de thèse :** **Madame Ariel MENDEZ**
Professeur des Universités-Aix Marseille Université, LEST
- Co-directrice de thèse :** **Madame Martine GADILLE**
Chargée de recherche au CNRS
- Rapporteurs :** **Madame Emilie LANCIANO**
Maître de Conférences - HDR- Université Jean Monnet de Saint-Étienne
Madame Diane-Gbrielle TREMBLAY
Professeur – HDR- École des sciences de l'administration-Université
TÉLUQ
- Suffragants** **Monsieur Emmanuel ABORD DE CHATILLON**
Professeur des Universités-Université Grenoble Alpes, IAE
Monsieur Marc-André VILETTE
Professeur Permanent- Ecole Supérieur de Commerce de Clermont

REMERCIEMENTS

Je remercie tout particulièrement mes deux Directrices de thèse, Madame Ariel MENDEZ et Madame Martine GADILLE, pour avoir bien voulu prendre la direction de cette recherche. Merci de m'avoir permis d'entamer ce parcours doctoral avec un sujet intéressant et riche, pour toutes les idées qui ont nourri cette étude, ainsi que pour les méthodes de travail que vous m'avez transmises. Merci pour vos conseils, pour vos aides précieuses et vos disponibilités. J'ai eu l'honneur, et surtout la chance, de travailler avec vous.

Je témoigne aussi toute ma gratitude aux membres du jury, qui malgré leurs activités respectives ont accepté d'y siéger et de lire ce travail.

Je tiens également à remercier tous les membres du Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail qui ont toujours su écouter les doutes, les craintes et les questionnements que ce travail de recherche a engendré.

Enfin ma gratitude revient à ma famille. Une pensée toute particulière à mes parents et mes sœurs, qui en plus du soutien et de l'aide apportés, m'encouragent toujours dans le travail entrepris.

Sommaire

Introduction générale.....	1
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET ANCRAGE THEORIQUE.....	13
CHAPITRE 1 : Contexte et évolution des Soins de Santé Non Conventionnels	15
Section 1. Une évolution sociétale qui se traduit dans les catégories statistiques et dans les études.....	17
Section 2 : Le Statut juridique des Soins de Santé non Conventionnels en France et en Tunisie.....	23
CHAPITRE 2 : regards sociologiques sur la notion de profession et approches théoriques de la légitimité professionnelle.....	31
Section 1. Les professions indépendantes et l'interactionnisme : Une légitimité issue de la situation concrète de travail et des relations professionnelles.....	33
Section 2. La notion de légitimité : un approfondissement à l'interface de plusieurs disciplines.....	45
CHAPITRE 3 : les théories de la construction de l'expertise en sciences de gestion	57
Section 1. Les fondements de la notion d'expert en sciences de gestion : une approche en gestion des connaissances et en RH	59
Section 2 : La dynamique de construction d'expertise : une combinaison de connaissances	63
Section 3 : La dimension sociale de l'expert.....	75
Section 4. Les théories entrepreneuriales au service de la construction de l'expertise.....	81
Section 5. Modèle d'analyse : articulation entre modes de développement de l'expertise et formes de légitimité.....	89
DEUXIEME PARTIE.....	95
CHOIX METHODOLOGIQUE ET DEMARCHE GENERALE DE LA RECHERCHE..	95
CHAPITRE 4 : Choix épistémologique et méthodologique	97
CHAPITRE 5 : Terrain s'investigation, recueil des données et codage.....	114
TROISIEME PARTIE : RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION.....	137
CHAPITRE 6 : L'acquisition de la légitimité pour les praticiens en SSNC : mode d'apprentissage et de construction d'expertise.....	139
Section I. le cas des médecins Français.....	141
Section 2. Le cas des thérapeutes Français	161
Section 3 : le cas des chamans Français	185
Section 4 : le cas des médecins tunisiens	199
Section 5. Les thérapeutes Tunisiens	221

Section 3. Le cas des chamans tunisiens	233
CHAPITRE 6 : Discussion	251
Conclusion générale	279
Bibliographie	289
Annexes	313

Introduction générale

La combinaison de la recherche de guérison et de bien-être est à l'origine du développement de la médecine non conventionnelle. Une telle médecine, qui s'est imposée « naturellement » et qui séduit un nombre important de demandeurs de soins, est appréhendée comme l'ensemble des savoirs mobilisés pour maintenir l'être humain en bonne santé (OMS). Elle se rattache à plusieurs définitions et appellations, chacune désignant des formes de pratiques différentes (douce, traditionnelle...) et parfois des positionnements différents par rapport à la médecine conventionnelle. De telles définitions sont conçues, soit pour faire référence aux deux notions parallèles, de médecine complémentaire ou médecine intégrative- où le clivage médecine officielle versus médecine non conventionnelle n'a pas de place (Träger, 2015)- soit pour faire référence à l'ensemble des pratiques de soins permettant de remplacer une pratique conventionnelle (médecine alternative).

En effet, les demandeurs de soins plébiscitent, souvent, les Soins de Santé Non Conventionnels (SSNC), lorsque la médecine conventionnelle n'a pas offert les résultats attendus. « *Nier cette réalité serait nier la recherche de bien-être et d'autonomie des patients. Ce serait également refuser de considérer la satisfaction qu'ils en retirent* » (Träger, 2015, p. 99).

A cet égard, cherchant une meilleure réponse aux attentes des citoyens, plusieurs pays ont essayé d'adapter leur législation en fonction des exigences des demandeurs de soins. Ainsi, un regard politique et juridique est porté en faveur du développement de ces pratiques connexes ou intégrées par la médecine.

Aux Etats-Unis, par exemple en 1992, les autorités fédérales américaines ont créé un Bureau des médecines alternatives, chargé de recherches et développement de ces médecines (association Française d'ostéopathie, 2003). En outre, une université a été créée en 1978 pour la formation en médecine alternative, financée par des fonds privés. Aujourd'hui, les plus grandes facultés de médecine américaines ont des cycles de médecines parallèles.

En Europe, également, les SSNC se développent et les efforts pour promouvoir la reconnaissance officielle de ces médecines, se multiplient. Cependant, leur reconnaissance est variable selon les pays et le statut qui leur est fait est extrêmement divers.

L'Allemagne, par exemple, s'est intéressée depuis des années à ces médecines. Il est le premier pays qui a instauré une loi d'autorisation d'exercice pour les thérapeutes non médecins. Dans ce cadre, les Heilpraktiker (praticiens des SSNC) existent à côté du corps médical dès 1939. Depuis cette période, le nombre de Heilpraktiker se démultiplie. De plus, pour rendre leur

profession plus crédible, les associations de Heilpraktiker accréditent des écoles et fixent des obligations de formation en acupuncture, en naturopathie ou en homéopathie (Robard, 2002). Dans la même veine, la Suisse a fait preuve d'efforts pour déboucher vers la réglementation de la médecine non conventionnelle. C'est le pays avec la plus grande densité mondiale de thérapeutes (entre 30000 et 40000 praticiens). Ce pays a assuré la réglementation et le remboursement de certaines pratiques à savoir la médecine anthroposophique, la chiropratique, l'homéopathie, la phytothérapie, et la médecine chinoise¹. La réglementation de ces pratiques, ainsi que d'autres, est l'affaire de la loi fédérale de l'assurance maladie (LAMal), qui définit les critères d'évaluation². En outre, pour ces différentes formes de soin, la prestation en tant que médecine est remboursée par l'assurance de base³.

Contrairement à ces pays précités, au Royaume-Uni par exemple, les pratiques non conventionnelles ne sont pas encore bien encadrées. Elles sont considérées comme un droit « coutumier ». Même si l'ostéopathie et la chiropraxie y sont des professions réglementées (respectivement depuis 1993 et 1994), le reste des pratiques non conventionnelles ne les sont pas (Robard, 2002).

S'intéressant au terrain français, nous remarquons que la place de ces thérapies n'est toujours pas clairement établie dans ce pays. Plusieurs pratiques non conventionnelles se développent sans être considérées comme professions de santé, et ne sont pas encadrées et réglementées en faveur de leur développement et fiabilité. Ainsi, la France fonctionne, principalement, sur le principe du monopole médical, où souvent seules les professions dites « de santé » (principalement les médecins, les infirmiers, les dentistes et les kinésithérapeutes,) peuvent prodiguer officiellement des soins pour agir sur la santé du patient. L'ostéopathie par exemple n'est pas reconnue comme profession de santé mais « concernant la santé ».

Mais, face au décalage entre les textes juridiques et les réalités sociétales, où la demande de ces SSNC s'accroît, la France a tout de même fait évoluer sa réglementation par l'instauration de nouvelles lois encadrant ces pratiques. Plusieurs observateurs constatent que malgré ces

¹ Entretien avec Monsieur Olivier Glardon, Responsable du Secrétariat Accréditation et Assurance de qualité (Suisse), Département fédéral de l'Intérieur, Office fédéral de la santé publique, Unité de direction Politique de la Santé, Section Développement professions de la santé en Suisse

²Suite à une décision politique, une commission avait été créée. Elle a mis en place un programme d'évaluation de la médecine complémentaire. Ses disciplines devaient initialement faire la preuve de 3 critères nécessaires pour l'inclusion de toute thérapie : des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Cependant, cette commission s'est rendue compte que ces critères sont purement scientifiques. Aujourd'hui, une discussion est ouverte en Suisse concernant l'évolution des critères d'évaluation et l'intégration des méthodes de test tel que l'approche du patient. Ces pratiques non conventionnelles doivent être basées sur des tests scientifiques et sur des tests du contexte où elles s'utilisent (Entretien avec Monsieur Olivier Glardon).

³ La liste des prestations de l'assurance de base est fixée par la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal).

évolutions, la France enregistre des retards par rapports à ses voisins européens. Ainsi, dans un pays comme la France, les emplois d'indépendants en SSNC, se développent, à côté d'un marché principalement fondé sur des instruments relativement standardisés du côté de l'offre de soins et vis-à-vis d'un système de soins conventionnels plus dominant. Ce monopole médical, qui va de pair avec une notoriété suffisante fondée sur les épreuves scientifiques et une formation universitaire, peut se rapprocher de celui des autres pays non européens tel que la Tunisie, d'où notre intérêt pour ces deux pays dans la compréhension de la place de l'expertise en SSNC dans l'acquisition de légitimité des professionnels indépendants non médecins.

Cet intérêt est d'autant plus justifié qu'en Europe et partout dans le monde, ces soins qui s'inscrivent dans une réelle avancée thérapeutique pour nombre de patients, ont connu un essor et un succès grandissant conduisant à la création de nombreux emplois en qualité de professionnels indépendants.

➤ **L'épreuve scientifique à l'encontre de l'essor des SSNC**

Les positions occupées par les médecins indépendants exerçant dans le cadre libéral, dépendent en grande partie des ressources médicales déjà constituées, leur donnant une certaine stabilité (Chateauraynaud, 1986). La détention de diplômes, sanctionnant leur savoir, et des techniques médicales mobilisées et reconnues leur permettent d'assurer une visibilité sur le marché (Sarfatti Larson, 1988). Pour ces médecins, la consolidation de leur position est dominée par des ressources qui leur sont fournies la profession médicale et qui leur ont facilité l'insertion dans ces formes de soins (Baszanger, 1992). Ainsi, le rapport au savoir est lié à la détention d'un diplôme, qui garantit pour ce groupe professionnel une reconnaissance sociale et professionnelle.

Néanmoins, la définition de l'activité médicale s'efforce de tracer la limite entre ce qui est rationnel et ce qui ne l'est pas. C'est-à-dire entre des soins conventionnels pratiqués de manière sérieuse et ceux pratiqués sans aucune garantie professionnelle prouvée sur le plan scientifique ou faisant l'objet de formations initiales reconnues par un ordre. Dans ce même contexte, il existe à l'intérieur de ce même groupe professionnel une forme de désaccord. Certains médecins s'intéressent et se tournent vers l'exercice des pratiques non conventionnelles qui ne sont pas prouvées scientifiquement, alors que d'autres se prononcent à l'encontre de celles-ci et remettent en cause la crédibilité de ces pratiques. Justifiant ce postulat, très récemment, des médecins et des professionnels de santé ont décidé d'alerter sur l'efficacité non prouvée des SSNC. En effet, en absence de preuve scientifique, 124 médecins ont demandé en 2018, la

suspension de ces pratiques sous prétexte qu'elles présentent un danger pour le patient. Par cet appel, certains médecins mettent en doute les diplômes d'homéopathie, de mésothérapie ou d'acupuncture et expriment une demande d'arrêt de l'enseignement de ces pratiques tant que les critères méthodologiques et les méthodes de validation ne sont pas encore précis (Le Figaro, 2018).

Ainsi, à défaut de légitimité officielle, la question reste ouverte concernant l'intégration réelle de ces formes de soins dans les professions de santé, telles que définit aujourd'hui, ou dans un élargissement de celles-ci posant la question de nouvelles régulations et normes en la matière. Les débats sont ainsi ouverts entre ceux qui considèrent la médecine non conventionnelle comme une technique permettant de pallier les manques de la médecine conventionnelle, qu'elle soit pratiquée par des médecins ou des non médecins, et ceux qui vont dans le sens de l'appel cité précédemment pour exiger le respect de la déontologie de leur profession. Ces derniers refusent l'exercice de soins dont l'efficacité n'est pas prouvée scientifiquement, et insistent, en contrepartie, sur l'intérêt de soins de santé classiques, faisant l'objet de preuves scientifiques, de validation institutionnelle et de reconnaissance juridique, professionnelle et socioprofessionnelle.

Même si ces pratiques sont insuffisamment éprouvées selon les normes des professions de santé, l'inscription de l'activité de ces praticiens en SSNC dans un travail professionnel lui-même en relation avec la dynamique de leurs groupes professionnels, leur permettent de vivre des consultations des patients assurant ainsi une forme de reconnaissance sur le marché. En l'état, ce sont donc les patients, usagers ou clients qui font la preuve de l'intérêt public de ces soins et qui peuvent permettre aux praticiens d'accéder à une forme de légitimité professionnelle et de vivre de son métier.

➤ **Un accès aux médecines non conventionnelles renforcé par une offre de soins de qualité**

Rappelons que l'exercice des pratiques non conventionnelles est confronté, aujourd'hui, à différentes difficultés dans la recherche de légitimité, notamment professionnelle. Cela implique une recherche de légitimation de ces activités en relation avec l'évolution des normes sociales des usagers en demande, mais également face à des normes professionnelles qui se sont transformées en lois pour tenter de limiter la pratique de ces soins ainsi que la diffusion des médicaments, substances et préparations pouvant les accompagner. Ainsi, la reconnaissance de ces soins à travers une régulation ouverte, apparaît non seulement comme une exigence par les praticiens en SSNC pour faciliter l'exercice de leur pratique, mais aussi comme une solution

pour l'amélioration de la qualité des soins en faveur d'une demande liée à la recherche de guérison et de bien-être. En effet, malgré la non reconnaissance de ces pratiques, qui sont souvent placées en antagonisme par rapport aux soins conventionnels, en raison d'une possible génération de risques, on note un recours croissant et une augmentation du nombre des usagers. Dans ce sens, ce qui est mis en évidence, c'est l'efficacité des techniques utilisées par les praticiens. En l'absence d'une légitimité institutionnelle qui passe par l'administration de la preuve scientifique, nous supposons qu'il reste à ces praticiens de faire preuve d'efficacité et donc d'expertise en SSNC pour acquérir une légitimité professionnelle auprès des patients voire des pairs. Comprendre ce processus liant construction de l'expertise et acquisition d'une légitimité est un enjeu non seulement dans la dynamique de la création d'emploi dans les territoires, mais aussi pour une régulation de ces professions en faveur d'un accès équitable et fiable aux SSNC.

Ce serait notamment une offre de soins de qualité répondant aux besoins et aux attentes des demandeurs de soins, qui contribuerait à l'essor des pratiques non conventionnelles et conduirait à la reconnaissance de leur efficacité. C'est avec une offre de soins personnalisés et cohérents, avec une lutte contre la déshumanisation des soins et avec la prise en compte des intérêts et du bien-être du patient, que peut se construire une bonne qualité de soins. En conséquence, la question de la qualité de l'offre de soins interroge la richesse de la relation patient/praticien. Dans ce cadre, des patients à la recherche d'un mode de communication différent, peuvent trouver dans les SSNC une forme particulière de soins, associée à la possibilité de s'exprimer plus librement et différemment.

Ainsi, pour une réelle compréhension du processus de légitimation de ces professions indépendantes, émergentes ou plus traditionnelles selon les cas, il semble pertinent de s'attacher au rôle des savoirs mobilisés pour une offre de soins adéquate.

➤ **Le rapport aux savoirs : la portée des savoirs formels et informels dans la construction de l'expertise**

L'exercice de la médecine non conventionnelle regroupe des praticiens appartenant à différents groupes professionnels (médecins, thérapeutes et chamans). Il semble que chaque groupe de praticien traite de manière systématique les instruments sur lesquels il stabilise sa position dans le système de soins de santé. En particulier, les positions occupées par les praticiens libéraux dans ce domaine, dépendent de la forme d'insertion dans le marché thérapeutique et de la

manière dont ils s'attachent une clientèle. Ces groupes professionnels sont porteurs chacun de conceptions différentes quant à la spécificité de leurs pratiques et de leurs activités centrales (Baszanger, 1992, p. 22). Ils ne partagent pas forcément les mêmes intérêts, ils sont formés de façon différentes et occupent des positions où ils définissent différemment leurs univers professionnel (Bucher et Strauss, 1992, p. 73). Malgré les contraintes établies en relation avec le monopole médical, ils essayent de prouver leur existence et l'efficacité de leur pratique. Ils cherchent à sortir des conditions qui leur ont été imposées et à devenir des acteurs qui profitent de nouvelles opportunités pour s'imposer indépendamment de jugements contradictoires. Dans ce contexte, nous considérons le praticien comme un entrepreneur. Nous pouvons nous attarder sur la dynamique de construction des savoirs dans ces comportements entrepreneuriaux de professions indépendantes déplaçant les normes, pour comprendre pourquoi à l'intérieur d'une même pratique professionnelle, il existe différentes manières d'exercer et de faire. L'enjeu de cette lutte professionnelle serait alors de se rattacher aux différentes manières d'apprendre, tout en s'engageant dans l'univers professionnel, des praticiens indépendants à savoir les médecins, les chamans et les thérapeutes.

En d'autres termes, en l'absence de lois favorables, l'accent est mis sur la place du savoir comme un socle constituant le centre de leur vie professionnelle et donc leur légitimité. Plus particulièrement, nous pensons que l'acquisition de la légitimité professionnelle, se base principalement sur les différents parcours de construction de l'expertise chez les praticiens, vus comme des entrepreneurs, cherchant à fidéliser et accroître les usagers de leurs services.

Cette expertise qui se fonde sur différents mode d'apprentissage se résumerait, pour les tenants d'une interdiction de ces pratiques, essentiellement aux seuls savoir formalisés en lien étroit avec à l'identification d'une rationalité scientifique. Or le savoir formel ne semble pas le seul dispositif cognitif permettant aux professionnels de rendre intelligibles et efficaces leurs pratiques (Lehoux et *al.*, 1995). Il demeure que le savoir informel ou tacite joue un rôle déterminant non seulement dans la réussite des pratiques professionnelles (Lehoux et *al.*, 1995 ; Friedmann, 1981) mais aussi dans l'acquisition des nouveaux savoirs (Gréer, 1988 ; Bourret et Huard, 1990 ; McIntyre et Popper, 1983, Lehoux et *al.*, 1995). Dans cet ordre d'idées, le savoir informel permet de compléter les savoirs acquis, selon des modes d'apprentissage différents, et d'assurer une harmonisation entre le savoir enseigné et celui expérimenté. Ainsi, en prenant appui sur les travaux de Chateauraynaud (1986), nous soulignons que l'art de la guérison est jugé non pas sur des connaissances formelles, mais aussi sur des réussites professionnelles justifiées par des guérisons. Un tel postulat est analogue aux distinctions mobilisées par la sociologie (Friedmann, 1981), la sociologie de la religion (Weber, 2006[traduit par Grossein])

ou par la philosophie (Canguilhem, 1978). Ces recherches considèrent que « *pour le médecin et le guérisseur le rapport à la guérison est inverse. Le médecin est habilité publiquement à prétendre guérir alors que c'est la guérison, éprouvée et avouée par le malade, même quand elle reste clandestine, qui atteste le " don " de guérisseur dans un homme à qui, bien souvent, son pouvoir infus a été révélé par l'expérience des autres* » Chateauraynaud, 1986, p.5).

Même si l'enseignement formel de pratiques non conventionnelles systématise les modes d'exercice, la pratique professionnelle génère de nouvelles manières d'exercer. Nous pensons tout comme Lehoux et *al.* (1995) que le « style de pratique » permet aux usagers de juger et de caractériser la professionnalisation du praticien, ce qui peut déboucher sur une reconnaissance sociale (Abbott, 1988).

➤ **Objectif de la thèse**

L'objectif de la thèse est l'étude de l'implication sur les formes de légitimité professionnelle, des différents parcours de construction de l'expertise de praticiens indépendants. Cet objectif part de l'idée que la légitimité professionnelle de l'individu, en général liée à son groupe d'appartenance professionnelle, ne va pas de soi selon les profils et les parcours de praticiens indépendants étudiés dans un contexte de régulation professionnelle et institutionnelle défavorable. Ainsi, il s'agit d'interroger la signification et la validité, en théorie et en pratique, des capacités des praticiens à s'assurer d'un mode d'apprentissage débouchant sur la construction de leur expertise comme garant d'une légitimité. Nous soulignons que le courant théorique sur la légitimité professionnelle, s'inspirant de la sociologie des professions, n'a pas cherché spécialement à articuler l'acquisition d'une légitimité professionnelle au parcours d'apprentissage et de construction d'expertise, pour des personnes plutôt isolées et en dehors du salariat ou de corporations. C'est pourquoi ce premier courant théorique est complété par le courant théorique s'intéressant, en sciences de gestion, à l'expert et l'expertise ainsi qu'au mode d'apprentissage et de construction de l'expertise en entrepreneuriat.

Nous formulerons notre problématique comme suit :

➤ **Problématique de recherche**

La question de la thèse est en conséquence la suivante : **Comment les praticiens en soins de santé non conventionnels construisent-ils leur expertise de sorte qu'ils soient légitimes professionnellement ?**

Cette problématique nous amène à nous interroger sur le rôle du praticien dans l'acquisition de sa légitimité, dans la mesure où l'accès à ce marché de soins est très discriminant. En particulier, il s'agit d'explicitier l'intérêt d'une approche en termes de construction de l'expertise, pour comprendre comment s'acquiert la légitimité professionnelle. Ceci est largement dépendant des actions individuelles ou collectives et des savoirs mobilisés, liés au mode d'apprentissage acquis.

Pour y répondre, nous avons conduit une recherche qualitative auprès de praticiens en soins de santé non conventionnels, en France et en Tunisie.

➤ **La méthode de recherche**

Notre regard sur le mode de construction de l'expertise des praticiens, s'inscrit dans une approche en termes de production d'actions et d'apprentissage aboutissant à la légitimation de leurs savoirs spécifiques.

Dans ce cadre, le caractère exploratoire de notre question de recherche est en lien fort avec le contexte au sein duquel le phénomène se produit. L'objectif de compréhension des mécanismes sous-jacents à un phénomène émergent renvoie à une méthodologie qualitative, impliquant un grand nombre d'entretiens sur trois types de praticiens indépendants non-salariés en SSNC (médecins, thérapeutes et chamans), étudié dans deux pays : France et Tunisie. Nous adoptons, ainsi, une recherche qualitative menée sur plusieurs cas. Le but étant alors de comparer le phénomène dans différents contextes, afin d'étudier l'activation des mécanismes selon ces contextes (Tsoukas, 1989). En particulier, l'étude de ces cas vise à déterminer les points communs et les différences, ainsi qu'à éprouver les enjeux sociétaux de la recherche, par un échange avec les acteurs interviewés. Nous avons précisément choisi l'étude de cas multiples de type holistique (Yin, 2003).

Pour faciliter la compréhension du phénomène étudié via l'interprétation que les acteurs s'en font, nous avons opté pour un positionnement épistémologique interprétativiste.

➤ **L'échantillon de l'étude**

En suivant les recommandations de Gavard-Perret et *al.* (2008), nous avons opté pour une diversité de profils, pour plus de pertinence.

Notre échantillon regroupe des praticiens, non seulement avec des pratiques différentes, mais aussi dans deux pays avec des systèmes juridiques, culturels, politiques et socioprofessionnels différents, à savoir la France et la Tunisie.

Le but de cette recherche regroupe trois intérêts principaux :

- Un intérêt en Sciences de Gestion (SG): peu de recherches ont été faites sur ces praticiens, car les objets traditionnels en SG restent les grandes organisations et les petites et moyennes entreprises, mais pas les praticiens hors du salariat, assimilables à des professionnels indépendants. Or, ces praticiens créent des emplois plus ou moins reconnus par les institutions de santé, et existent à travers des réseaux ou d'autres organisations de type associatif.

Donc placer ce sujet en SG, c'est admettre une évolution des domaines d'intérêt des SG à travers l'éclatement du salariat. Ici on s'intéresse en particulier à l'articulation entre l'organisation de l'acquisition et de la validation du savoir individuel, et le mode de construction de la légitimité.

- Un intérêt sociétal lié au développement de ce domaine qui se manifeste par une expansion du nombre des usagers et des praticiens en SSNC.

Le recours à ces pratiques s'explique soit par :

- La déception à l'encontre de la médecine conventionnelle ;
- Un essor lié aux caractéristiques des pratiques thérapeutiques ;
- La recherche du bien-être.

- Un intérêt pour la comparaison des cas, français et Tunisiens, sur un sujet où les débats sont vifs voire passionnés : l'objectif est de déterminer les points de convergences et de divergences, l'amélioration et la transformation des pratiques ainsi que la mise en évidence des logiques d'acteurs dans des contextes sociétaux différents.

Ce travail pourra constituer, aussi, un appui ou une référence, pourquoi pas un point de départ pour tout changement d'ordre tactique et politique à différentes échelles locales, régionales ou nationales, pour les collectifs de praticiens en premier lieu.

De plus, l'immersion dans les deux cultures françaises et tunisiennes nous a permis d'avoir une connaissance du contexte des deux pays. La connaissance des deux langues nous a également facilité la tâche. D'autant plus que certains interviewés tunisiens ne parlaient que leur langue maternelle. Donc être bilingue nous a facilité, d'un côté l'accès au terrain, et de l'autre côté la traduction des entretiens pour des interviewés ne pratiquant pas la langue étrangère.

Avant de présenter notre plan de recherche, nous souhaitons synthétiser les différents éléments présentés ci-dessus dans un schéma, inspiré de Giordano (2003, p. 30), qui résume l'architecture de notre recherche.

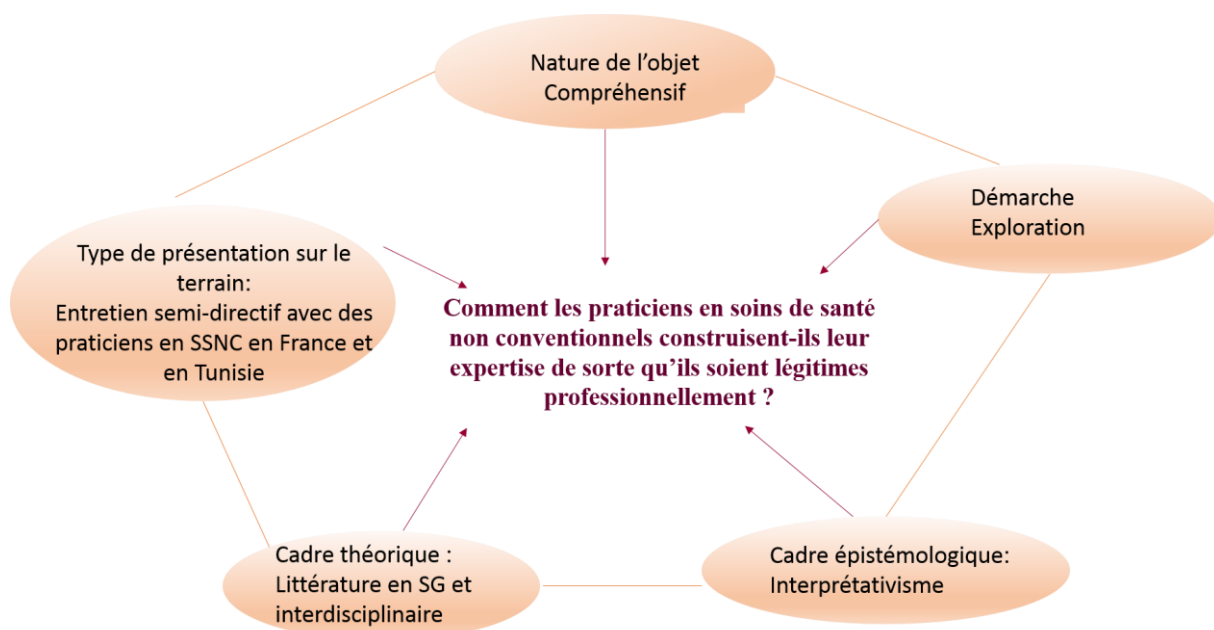


Figure 1 : Architecture de notre recherche

➤ Plan de la thèse

Afin de répondre à notre problématique, nous avons décliné notre travail en trois parties.

- Dans une **première partie**, nous présentons le contexte et les fondements théoriques de cette thèse. Cette partie s'articule en trois chapitres.
 - Dans le chapitre 1 on présentera le contexte, le statut juridique et l'évolution des SSNC. Une évolution que l'on voit au niveau de l'expansion des marchés et usagers liée à ces services et que l'on voit dans les statistiques.
 - Dans le chapitre 2 nous porterons notre réflexion sur l'étude de la notion de profession, initiée en sociologie puis approprié en SG, et nous présenterons la notion de légitimité professionnelle sous ses différentes dimensions, approches et typologies.
 - Nous argumenterons dans le chapitre 3 que la légitimité de ces praticiens est fondée sur des modes d'apprentissages constituant leur expertise. Nous présenterons ainsi, dans ce chapitre les théories de construction de l'expertise en SG.

A la fin de ce chapitre nous présenterons notre modèle d'analyse.

- La **seconde partie** reprend les choix méthodologiques et épistémologiques de la recherche.
 - Au sein du chapitre 4, on explorera le cadre épistémologique de la recherche. En particulier, il s'agit de spécifier et de justifier les choix épistémologiques ainsi que méthodologiques.
 - Au sein du chapitre 5, on présentera le terrain d'étude, les données collectées et leur mode de collecte, ainsi que l'analyse des données à travers le codage.
- La **troisième partie** comprend les résultats et discussion
 - Le chapitre 6 permet de présenter les résultats de cette recherche et d'avancer sur la pertinence des capacités des praticiens dans la construction de l'expertise, source d'acquisition de leur légitimité.
 - Nous discutons ensuite ces résultats dans le chapitre 7, tout en proposant des enseignements de notre thèse.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET ANCRAGE THEORIQUE

Chapitre 1 : contexte et évolution des Soins de Santé Non Conventionnels



CHAPITRE 2 : regards sociologiques sur la notion de profession et approches théoriques de la légitimité professionnelle



CHAPITRE 3 : les théories de la construction de l'expertise en sciences de gestion



CHAPITRE 1 : Contexte et évolution des Soins de Santé Non Conventionnels

Introduction

Les pratiques non conventionnelles connaissent ces dernières décennies un développement considérable. Elles traduisent la volonté des patients d'être soigné autrement, leur attachement à la liberté du choix, dans un contexte de métissage d'influences comportementales et culturelles variées (Graz et *al.*, 2011).

Toutefois, contrairement à ce qui se passe pour la médecine allopathique qui relève d'approches scientifiques rigoureuses et d'essais cliniques, l'absence de preuves concernant les pratiques non conventionnelles vient s'opposer à l'intégration de ces disciplines dans les systèmes de soins de santé dans quelques pays. De ce fait, le recours à ces pratiques, ayant rarement une nomenclature ou une typologie scientifique, dépend des normes sociales, culturelles et politiques dans lesquelles elles évoluent et est défini selon les pratiques et les valeurs institutionnelles en vigueur (Cohen, 2011).

Face au vide juridique, nous pensons que les praticiens (médecins, thérapeutes ou chamans), qu'on étudie, se serviront de leur savoir comme un instrument de reconnaissance auprès des usagers pour justifier l'exercice de leurs pratiques en SSNC. Nous estimons que certains prennent appui sur leur savoir académique, alors que d'autres, ne disposant pas de titres reconnus, mais qui exercent pourtant, se justifient grâce à leur savoir-faire manifesté à travers leur réussite thérapeutique (Chateauraynaud, 1986, P. 5).

Cependant, la reconnaissance de ces pratiques est variable selon les pays et le statut qui leur est fait est extrêmement divers. La France, par exemple, s'est intéressée depuis des années à ces pratiques, mais leur place n'est toujours pas clairement établie. De plus, si certaines pratiques non conventionnelles sont plutôt tolérées dans ce pays, pour certains pays tel que la Tunisie, en retard sur l'évolution de la participation des citoyens, il reste beaucoup à faire. D'autant plus que le droit tunisien ne s'est pas toujours adapté aux besoins des demandeurs de soins, bien que des textes juridiques renforcent les droits des patients en leur garantissant une liberté de choix du médecin et des soins (Chouaibi, 2016).

Nous nous intéressons, en particulier, à ces deux pays, à savoir la France et la Tunisie, et nous nous attachons à déterminer dans ce premier chapitre l'évolution des SSNC. Précisément nous présenterons, dans une première section, les statistiques concernant les évolutions des

demandes et des offres ainsi que les principaux déterminants de cette évolution. Nous exposerons dans une deuxième section le statut juridique des SSNC.

Section 1. Une évolution sociétale qui se traduit dans les catégories statistiques et dans les études

S'inspirant des travaux de Thévenot (1985), Chateauraynaud (1986, p. 8) a montré que l'orientation vers les pratiques non conventionnelles est liée à des tentatives pour surmonter les effets indésirables que font naître les formes conventionnelles. L'essor des SSNC est principalement lié à une clientèle de plus en plus demandeuse de soins « doux », « naturels », en complémentarité ou parallèles aux soins conventionnels. Chose qui n'est pas pour plaire à tous les acteurs de la santé, et qui fait ainsi apparaître une volonté de s'opposer à l'intégration de ces formes de soins dans le système de soins de santé global.

Malgré le frein au développement de ces soins, le nombre croissant de patients et de praticiens a conduit au développement de ces pratiques.

I. Différents déterminants sources d'un recours croissant complémentaire ou alternatif à la médecine classique

En marquant une distance par rapport aux soins conventionnels et aux institutions de la médecine officielle, les patients trouvent dans l'accès à ces pratiques un moyen de satisfaction à leurs préoccupations sanitaires (Elzière, 1986, p.80). En effet, depuis les années 1970, le recours à des soins de santé non conventionnels dans les pays développés croît de plus en plus. 70% des habitants de l'union européenne y ont eu recours au moins une fois dans leur vie et 25% se tournent vers ces pratiques chaque année (Roberti di Sarsina et Iseppato, 2009).

En France, l'usage massif des produits homéopathiques illustre, en particulier, la place qu'occupent ces pratiques dans le système de soins en général. Il s'agit d'un fait tout à la fois social, anthropologique et médical. On souligne, ici, que les patients ont recours aux pratiques non conventionnelles, même en l'absence de toute forme de réglementation ou de preuves scientifiques (Lazarus et Delahaye, 2007).

On peut expliquer cet engouement croissant pour les SSNC par le fait que la médecine conventionnelle, bien que fondée sur des techniques et des traitements prouvés scientifiquement, génère, en contrepartie, des effets secondaires plus ou moins nocifs, et est de surcroît de plus en plus déshumanisée. Par ailleurs, le recours croissant à ces pratiques non conventionnelles se justifie par la reconnaissance des effets positifs et de la performance de ces techniques douces, perçues comme génératrices de moins de risques que l'utilisation de pratiques conventionnelles. Elles sont ainsi appréhendées comme une offre de soins de qualité,

esquissant un panel de potentialités. La majorité de ces soins sont reconnus comme des soins « naturels », « doux », et sans effets secondaires. On peut considérer que la finalité du recours à ces méthodes, se trouve être l'aboutissement à de meilleurs résultats, sans les effets secondaires générés par la médecine conventionnelle, ou lorsque celle-ci démontre son incapacité à traiter certaines maladies graves. D'autant plus que la première raison avancée par les français est le fait d'éviter la consommation de médicaments. Nous pouvons souligner à ce niveau qu'il existe une éventuelle concurrence entre les médecines conventionnelle et non conventionnelle, dans la mesure où le pouvoir institutionnel est saisi pour s'opposer au recours à des traitements doux et aux savoirs « coutumiers ».

D'autres statistiques montrent que la France participe à un engouement mondial pour les médecines non conventionnelles⁴. La naturopathie et l'homéopathie, sans oublier les techniques de la médecine chinoise (acupuncture, massages...) représentent les pratiques les plus utilisées pour le traitement de différentes sortes de maladies.

En effet, malgré la non reconnaissance des savoirs en SSNC, les praticiens peuvent se professionnaliser en offrant des soins de santé de qualité. Nous pensons comme Lehoux et *al.* (1995) que le savoir-faire caractérise ces professions. Dans cette perspective, nous pouvons dire que le savoir détermine la relation patient/praticien. Mais cette relation montre aussi l'ampleur de l'engagement des praticiens envers le patient, et la nécessité d'offrir des soins centrés sur le patient (Lehoux et *al.*, 1995). Nous considérons ainsi que cette nature de relation, et cette efficacité pragmatique par l'offre de soins de qualité répondant aux attentes des patients, déterminent en partie le recours à ces formes de soins.

Ainsi, les attitudes relationnelles sont déterminantes dans le recours aux SSNC. Le temps accordé au patient prend une place très importante dans cette relation. Dans ce cadre, Bach et *al.*, (2006, p. 8) ont précisé que « *les thérapeutes qui utilisent les médecines parallèles accordent beaucoup de temps au patient et lui laissent l'occasion de s'exprimer* ». Ils prennent en compte autant le physique que le psychique. Ainsi, « *L'inconfort et l'incertitude doivent être réduits vers plus de confort et de certitude* », conditionnés par la garantie de plus d'informations, plus de communication, d'écoute et d'échange (Lehoux et *al.*, 1995, p.97). A ce niveau les patients cherchent à trouver dans leurs relations avec les praticiens une forme de « partenariat »⁵, de confiance et du respect. Les patients exigent le dialogue et l'écoute. Ils

⁴ Selon la note du Conseil d'Analyse Stratégique (CAS) en 2012, la session ordinaire du SENAT du 2012-2013.

⁵ L'idée de partenariat signifie que le médecin et le patient participent ensemble à la prise de décisions.

apprécient particulièrement le fait que ces formes de soins prennent en considération non seulement leur maladie mais leur être tout entier. Toutefois, cette relation patient/ médecin nécessite un vocabulaire partagé et des connaissances de base de la maladie, afin de limiter la distance cognitive.

En s'intéressant au terrain tunisien, nous constatons que ces formes de soins, en particulier celles pratiquées par les médecins (telles que l'homéopathie, l'acupuncture), sont souvent demandées par des personnes d'un certain niveau intellectuel. Ainsi, la demande de ce type de soins est rarement faite volontairement par des patients appartenant à d'autres catégories de classe sociale. Ces derniers, moins informés de l'efficacité de ces soins, étant automatiquement orientés vers les soins de santé conventionnels. Cependant, à partir du moment où ceux-ci vivent des situations critiques, ils acceptent toutes formes de soins pour se faire aider, garder l'espoir et guérir. Dans ce cadre, certains y ont eu recours même en l'absence de connaissance a priori de ces pratiques non conventionnelles et de leur efficacité (en particulier l'acupuncture et l'homéopathie). Ainsi, en état de choc, d'angoisse ou de désespoir, autant d'émotions qui fragilisent la défense naturelle du corps contre une maladie souvent grave, les patients cherchent toutes sortes de solutions pour guérir et se protéger des traumatismes psychologiques.

Enfin, nous signalons, qu'en l'absence d'études statistiques relevant d'organismes officiels, notre analyse se base sur des résultats de recherches académiques effectuées dans le domaine des SSNC.

A partir d'une étude faite sur un nombre de patients cancéreux, Gharbi et *al.* (2009) ont montré que 49% des patients (âgés de moins de 50 ans) disaient avoir recours aux pratiques non conventionnelles et que 90% des utilisateurs ne révélaient pas cette utilisation à leur oncologue. De plus, ces patients montraient qu'ils avaient recours à plusieurs substances ou méthodes en même temps, telles que la médecine naturelle (une utilisation des herbes traditionnelles dans 48% des cas et une consommation de produits alimentaires dans 90% des cas), les méthodes de traitement religieux (dans 8% des cas), et l'acupuncture (1,5% des cas) (Gharbi, et *al.* 2009). Donc le recours à ces SSNC était le plus souvent utilisé *en parallèle*⁶ avec les traitements conventionnels tels que la chimiothérapie. Les études statistiques ont montré que 94% des patients n'avaient pas abandonné le traitement conventionnel en cours, et que 47% des patients disaient être satisfaits de l'efficacité de ces soins (Gharbi et *al.*, 2009).

⁶ On a choisi le terme « parallèle » et non pas le terme « non conventionnelle » pour faire référence à l'existence de deux conceptions de la médecine désignant deux systèmes de soins fonctionnant indépendamment l'un de l'autre.

De plus, dans le cadre du développement de ce domaine, une enquête menée en 2006 sur un échantillon de 250 personnes, a montré que 63% des patients ont eu recours à la médecine non conventionnelle. Environ 50% en sont satisfaits et presque la même proportion conseille le recours à ces pratiques. De plus, depuis la fin des années 80 et jusqu'à nos jours, on remarque une constante fréquentation des guérisseurs. Environ les deux tiers des tunisiens déclarent avoir consulté des guérisseurs (souvent des chamans) au moins une fois dans leur vie (Abdmouleh, 2009). Ainsi, ces recherches faites sur le terrain tunisien ont montré que le recours au guérisseur exprime la volonté du malade « *de briser un processus infernal et à retrouver un mode de traitement et des rapports plus humains* » (Abdmouleh, 2009). Ceci explique une reconnaissance du savoir et de l'efficacité de ces formes de soins, reconnues comme des pratiques qui agissent sur la personne en globalité : corps et esprit.

Les patients, en France et en Tunisie, font souvent appel à différentes pratiques, essentiellement l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, le shiatsu et les soins chamaniques. Mais l'essor de ces pratiques accompagne une augmentation du nombre des praticiens.

II. Un nombre important de praticiens pour les différentes pratiques

De par la spécificité de notre terrain de recherche (pratiques non réglementées et encadrées, soins non connus et reconnus...) l'obtention des informations fiables sur l'ensemble des praticiens en SSNC, est difficile. Nous nous intéressons à l'étude des pratiques les plus utilisées et les plus connues.

Selon le rapport de l'Académie de Médecine, qui prend appui à son tour sur des chiffres présentés par le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs (2013), il y a plus que 4000 acupuncteurs diplômés, mais aussi plus de 6000 personnes exerçant illégalement la pratique, en France. Ce nombre élevé peut être justifié par l'entrée de cette pratique dans les universités françaises, surtout avec l'offre de formations aux docteurs en médecine, aux étudiants en médecine de troisième cycle, aux sages-femmes et aux docteurs en chirurgie dentaire (Leca et Dessi, 2016).

Concernant l'homéopathie, les chiffres montrent qu'il y a environ 5000 homéopathes diplômés en France. En plus de l'enseignement dans des facultés, cette pratique est enseignée dans des écoles privées. Ce nombre important de praticiens résulte, en partie, d'une demande importante des traitements homéopathiques. En effet, la France consomme seule 20% de la consommation mondiale (Dessi, 2013), avec un taux d'utilisation de 56% (Etude IPSOS, 2012), soignés par 61% des généralistes (ICOMED médecins généralistes, 2012) et 42% des sages-femmes (étude Omnibus-IMAGO 2013).

De plus, selon le Rapport OSEO sté 2013, on assiste à une évolution de 25% en 5 ans des ostéopathes, entre 2009 et 2013 en France. Le nombre des ostéopathes est passé de 5089 en 2009 à 7503 en 2013. Toutefois, de par le statut non suffisamment réglementé de ces soins, il est parfois difficile d'avoir des informations fiables. Dans ce cadre, on remarque un décalage au niveau des statistiques présentées par les fichiers ADELI⁷ et celles présentées par la Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse des professions libérales (CIPAV)⁸. Les statistiques pour la première source de données montrent que le nombre des praticiens ostéopathes est de 10730 en début janvier 2013. La CIPAV présente, quant à elle, un nombre dépassant les 7503 pour la même période. Cet écart peut être relatif à des problèmes d'installation et d'inscription à L'Agence Régionale de Santé (ARS)⁹, et à des problèmes de cotisation à la CIPAV.

Peu importe l'écart des chiffres présenté des organismes, on assiste à des évolutions remarquables, conduisant à l'instauration des textes et des lois réglementant la profession des ostéopathes¹⁰.

Cependant, contrairement à la France où le système des SSNC reconnaît (même lentement) des améliorations et des développements, ces SSNC souffrent encore en Tunisie de l'absence d'efforts nécessaires pour assurer leur développement. Mais, faute d'informations et de recherches suffisantes sur ce domaine, nous n'avons pas pu avoir de renseignements précis sur l'évolution de ces soins. Il a été remarqué une absence de recherches scientifiques et médicales, de travaux d'études statistiques, conçus comme de véritables outils en faveur de son essor, ainsi qu'une insuffisance d'activités de développement et de sensibilisation à l'efficacité de ces pratiques. Ceci ne peut que traduire la volonté des pouvoirs publics de ne pas se prononcer en faveur de leur reconnaissance et de leur intégration dans le système de soins de santé.

Cependant, considérées comme des pratiques privilégiées pour promouvoir le tourisme, les pratiques de bien-être connaissent en Tunisie un développement remarquable. Rappelons que la Tunisie dispose d'un capital de compétences lui permettant d'être une destination privilégiée en matière de tourisme de bien-être, surtout à travers la thalassothérapie et les activités de

⁷ADELI signifie Automatisation Des Listes. Désigne un système d'informations national sur les professionnels de santé, les assistants de service social et les psychologues. Il contient des informations relatives à l'état civil, la situation professionnelle et les activités exercées.

⁸La CIPAV est une caisse de retraite et de prévoyance en France.

⁹L'Agence Régionale de Santé a pour mission de mettre en place la politique de santé dans la région. Elle est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, à l'accompagnement médico-social.

¹⁰La loi du 4 mars 2002, complétée par le décret n°2007-435 du 25 Mars 2007.

thermalisme et de l'hydrothérapie. Grâce à ce développement la Tunisie a pu s'imposer sur le marché mondial, elle est aujourd'hui la 2^{ème} destination au monde dans le secteur de la thalassothérapie (Site du ministère de la Santé Tunisien). Concernant le thermalisme et l'hydrothérapie, les principales stations thermales proposent de soulager plusieurs maladies telles que les rhumatismes, les maladies cardio-vasculaires, certains problèmes dermatologiques « *Tous les traitements sont strictement supervisés par le Ministère de la Santé publique. Le Ministère de la Santé assure le contrôle de l'hygiène et impose un certain nombre de mesures telles la présence d'un médecin au moins, en plus de la présence de certains spécialistes du domaine comme les kinésithérapeutes* »¹¹. On peut noter aussi que les stations thermales ont enregistré une augmentation importante de 3.63% de fréquentations entre 2013 et 2014. En effet, en 2014, 14636 curistes ont usé des stations thermales pour trois régions seulement (la région de Korbos, Hammam Bouguiba et Djerba), contre 14123 curistes en 2013¹².

Pour mieux comprendre l'essor des SSNC, nous avons opté pour une présentation des statistiques, qui nous ont permis d'avoir des informations utiles et fiables sur l'évolution des SSNC en France et en Tunisie en termes de l'offre et de la demande. A cet égard, donner un cadre légal aux médecines non conventionnelles et à leur exercice, est une question sociétale. Toutefois, la reconnaissance de ces pratiques est variable selon les pays et le statut qui leur est fait est extrêmement divers. La France, par exemple, s'est intéressée depuis des années à ces pratiques, mais leur place n'est toujours pas clairement établie. De même en Tunisie, le cadre réglementaire de ces pratiques souffre encore de beaucoup de carences. Donc, si la pratique de ces médecines est plutôt tolérée, elle se développe sans être correctement encadrée et réglementée. Ainsi, il nous semble pertinent de déterminer le cadre réglementaire des pratiques non conventionnelles et de définir les lois (si elles existent) qui régissent ces pratiques en France et en Tunisie. Nous supposons, aussi, que le statut juridique constitue une base d'analyse qui amène à comprendre l'origine de quelques points de convergence et de divergence entre les phénomènes, en les comparants d'un pays à un autre.

¹¹<http://www.santetunisie.rns.tn/fr/sante-en-tunisie/sante-et-thermalisme>

¹²<http://www.hydrotherapie.tn/portail-de-lhydrotherapie/base-documentaire/lhydrotherapie-en-chiffre/>

Section 2 : Le Statut juridique des Soins de Santé non Conventionnels en France et en Tunisie

Dans son rapport de 2002/2005 sur sa stratégie pour la médecine non conventionnelle, l’OMS veille à l’assurance d’un soin équitable. Parmi ces stratégies, on note une veille sur la sécurité des pratiques non conventionnelles, par l’élaboration de politiques de réglementations nationales et internationales, et la mise en valeur de l’importance du droit du patient et de sa liberté de choix des soins et du praticien. Dans ce sens, de nombreux Etats membres ont justifié d’efforts afin d’assurer la réglementation de la médecine non conventionnelle. Tel est le cas pour la France et la Tunisie qui enregistrent quelques avancées, mais pour lesquelles il reste cependant encore beaucoup de chemin à parcourir.

I. Vers une évolution juridique en France : entre l’absence de réglementation des médecines non conventionnelles et la reconnaissance juridique de certaines pratiques à travers la loi du 4 mars 2002

La France enregistre, ces dernières années, une progression importante dans le domaine des SSNC. Ceci se traduit par une croissance tout aussi bien en ce qui concerne la demande que l’offre (Delcenserie, 2008). Mais, malgré ces évolutions et les efforts consentis pour la légitimation de certaines pratiques non conventionnelles, la France connaît un retard colossal dans la démarche de reconnaissance des SSNC par rapport à d’autres pays européens (Robard, 2002). Ce qui confirme le vide non seulement doctrinal mais aussi jurisprudentiel.

I.1. Une ambiguïté juridique caractérisant l’encadrement de certaines disciplines

La première caractéristique des SSNC est l’absence d’un arsenal juridique cohérent. Ceci est relatif à une absence de fondement et de preuves scientifiques quant à leur efficacité. En effet les pouvoirs publics estiment que la plupart des pratiques non conventionnelles reposent sur des fondements religieux, sur des habitudes, des traditions... et peuvent générer, de ce fait, un risque pour la santé.

Cependant, quelques pratiques ont bénéficié d’une reconnaissance et d’un véritable encadrement juridique garantissant une intégration dans le système de soins de santé français (Delcenserie, 2008). Ainsi, on enregistre ces dernières années des avancées relatives à l’encadrement juridique de certaines pratiques telles que l’ostéopathie, l’acupuncture, l’homéopathie et la chiropraxie. Ces avancées, qui offrent au patient une certaine liberté thérapeutique, sont considérées comme une évolution importante dans le système de soins de

santé en général, mais sont considérées aussi comme une nécessité économique relative à la faillite du système de santé (Robard, 2002).

Cependant, malgré ces efforts pour la reconnaissance de certaines pratiques, nous constatons une certaine ambiguïté juridique caractérisant ces pratiques.

Par exemple, selon l'Arrêté du 30 mars 1998, l'acupuncture fait partie du monopole médical et ne peut être pratiquée que par un corps professionnel médical justifiant d'un diplôme universitaire (médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes) (Arrêté du 30 mars 1998). Ainsi, l'enseignement de cette thérapie est aujourd'hui dispensé par de nombreuses facultés de médecine en France. Rappelons que pour l'acupuncture, l'obtention d'un Diplôme Universitaire (DU) est obligatoire pour pouvoir exercer. Ce diplôme, d'une durée d'études de 2 ans est délivré par les facultés de Montpellier, Nantes, Paris XIII-Bobigny et Strasbourg. En outre, six facultés (Lille, Montpellier, Nîmes, Paris XIII, Rouen et Strasbourg) sont partenaires pour un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) "Acupuncture obstétricale", destiné aux médecins, aux étudiants en médecine de 3ème cycle et aux sages-femmes. Il existe aussi un DU "Acupuncture scientifique" (2 ans) à l'Université Paris Sud, et un DU "Acupuncture et douleur" (1 an) à l'Université Paris Descartes.

Comme pour l'acupuncture, en 1977 l'ordre national des médecins français a reconnu l'homéopathie comme une médecine à part entière, avec la restriction qu'elle doit être réservée aux docteurs en médecine (Rapport de la convention d'étude sur l'homéopathie, ONM, décembre 1977). Ceci a nécessité la création d'un DIU permettant d'adjoindre officiellement la mention «Homéopathe ». En prenant appui sur les travaux de Leca et Dessi (2016), nous rajoutons que cette reconnaissance est une faveur accentuée par le fait que, depuis 1967, l'homéopathie jouit en droit français d'un remboursement (partiel) par l'assurance maladie (Leca et Dessi, 2016).

Cependant, récemment (Mars 2018) plusieurs médecins dénoncent l'homéopathie et plaident pour l'arrêt du remboursement par la sécurité sociale.

Malgré ces évolutions, plusieurs questions se posent concernant l'exercice de ces pratiques. En effet, si ces pratiques sont enseignées dans les facultés de médecine et exercées par des professionnels de santé, qu'en est-il des formes l'apprentissage pour les autres praticiens non médecins ?

En effet, en dehors de ces enseignements au sein des facultés de médecine, il existe en France un nombre important d'« écoles » privées proposant l'apprentissage des techniques

thérapeutiques. Les thérapeutes français non médecins construisent, alors, leur savoir à partir de formations offertes par ces écoles privées (dont bénéficient également médecins), mais aussi à partir d'apprentissages individuels dans la pratique. Ainsi, en France, les formations dans des écoles sont tolérées, alors que la pratique de certaines (l'acupuncture) par des non-médecins constitue un exercice illégal de la médecine. Mais la répression est toutefois loin d'être automatique (Leca et Dessi, 2016).

Cependant nous rajoutons qu'aucun texte juridique ne se prononce en faveur des soins chamaniques et ne régleme les pratiques chamaniques. Bien que certains améliorent leur savoir par des rencontres et par des apprentissages autodirigés.

Si de nombreuses études ont montré l'utilité et la pertinence du recours aux pratiques non conventionnelles, la place de ces pratiques dans les textes juridiques reste moins affirmée. La réglementation juridique de ces pratiques présente, en France, de nombreuses faiblesses qui mérite la mise en place de mesures officielles et précises afin de s'adapter aux exigences sociétales (Robard, 2002). Il en résulte, dans ce cadre, une nouvelle réflexion jurisprudentielle se manifestant par l'instauration d'une loi garantissant une reconnaissance à l'ostéopathie et la chiropraxie.

I.2.La loi du 4 mars 2002 et la reconnaissance de certaines médecines non conventionnelles

Etant donné le nombre de plus en plus élevé des demandeurs des SSNC, le législateur a encadré certains d'entre eux. C'est grâce à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, que certaines médecines non conventionnelles ont reçu un encadrement juridique. Il s'agit de la chiropraxie et de l'ostéopathie. En effet cette loi du 4 Mars 2002 constitue un texte novateur du fait qu'elle a autonomisé deux disciplines importantes. L'article 75 de cette loi dispose dans son alinéa premier que : « *L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret* ».

A travers cette loi, l'ostéopathie ou la chiropraxie sont devenues des professions autonomes encadrées législativement quant à leur organisation, leur formation ainsi que leur mode d'exercice. Dans ce sens, les alinéas 6 et 7 de l'article 75 de la même loi disposent d'un décret où est établie la liste des actes que les praticiens- justifiant du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur- sont autorisés à effectuer ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont appelés

à les accomplir¹³. Egalement, selon l'alinéa 7 de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002, ces praticiens ne peuvent exercer leur profession que s'ils sont inscrits sur une liste, dressée par le directeur général de l'agence régionale de santé, de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations.

Si l'ostéopathie et la chiropraxie ont été législativement reconnues comme des professions autonomes réglementées, certaines difficultés quant à leur pratique quotidienne ont été soulevées, notamment leur non remboursement par les caisses primaires d'assurance maladie.

II. En Tunisie : un encadrement limité des soins de santé non conventionnels

En Tunisie, le Code de Déontologie Médicale (CDM) est le texte principal de la réglementation sanitaire tunisienne. Si en France, on dispose d'un code de la santé publique qui encadre la législation sanitaire, en Tunisie cette législation est régie par le code de déontologie médicale et des différentes lois éparpillées, qui organisent le système de santé tunisien.

La législation sanitaire tunisienne est régie par des textes juridiques brefs, courts et parfois ambigus, raison pour laquelle les juristes sont dans la plupart des cas dans l'obligation d'interpréter les textes juridiques existants afin de trouver les solutions juridiques appropriées.

II.1. Une reconnaissance juridique de certaines disciplines non conventionnelles strictement pratiquées par le corps médical

Le législateur tunisien a autorisé la pratique de certaines médecines non conventionnelles sous les mêmes conditions d'exercice de la médecine conventionnelle. Il s'agit de l'homéopathie, de l'acupuncture ainsi que des activités de thermalisme et d'hydrothérapie. Ainsi, pour exercer une des disciplines non conventionnelles, il faut se soumettre, selon le législateur, aux conditions de l'article 1 de la loi n° 91-21 du 13 mars 1991-relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste- qui dispose que : « l'exercice de la profession de médecin ou de médecin dentiste est soumis aux conditions suivantes :

- Etre de nationalité tunisienne
- Etre titulaire du diplôme de docteur en médecine ou de docteur en médecine dentaire ou d'un diplôme admis en équivalence
- Etre inscrit au tableau de l'ordre des médecins ou des médecins-dentistes ...».

De plus, c'est l'arrêté du ministre de la santé publique en date du 2 avril 2004, complété par l'arrêté du 31 mai 2005, qui a défini les compétences qui peuvent être exercées aussi bien par

¹³ Al. 6 de la loi du 4 mars 2002 précitée.

des généralistes que par des spécialistes. Ainsi, le législateur tunisien ayant octroyé l'exercice des médecines non conventionnelles au seul corps médical. Donc seuls les médecins sont habilités à pratiquer certaines disciplines non conventionnelles. Celles non définies par le législateur, ne sont pas reconnues par la loi. Dans ce sens l'article 13 du CDM tunisien dispose que : « *Tout médecin est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Toutefois, un médecin ne doit jamais sauf circonstances exceptionnelles entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui ne lui sont pas familiers et qui dépassent sa compétence et la qualification qui lui est reconnue* ». Ainsi, le législateur tunisien est très strict quant à l'exercice illégal de la médecine.

Au final, on peut affirmer que certains soins non conventionnels sont autorisés en Tunisie à condition du respect de la législation en vigueur, et que contrairement en France, ces pratiques sont *seulement* pratiquées par le corps médical.

II.2. La répression de l'exercice illégal de la médecine

Comme on a souligné plus haut, les SSNC regroupent un nombre important de pratiques qui ne reposent pas sur des fondements scientifiques. C'est pour cela, qu'en Tunisie, un certain nombre de pratiques n'ont pas été encadrées légalement où leur exercice illicite peut faire l'objet de sanctions législatives. La raison avancée de ces répressions de l'exercice illégal de la médecine, est la préservation de la santé des citoyens.

L'article 6 de la loi n°91-21 relatif à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin-dentiste dispose que : « Exerce illégalement la médecine ou la médecine dentaire :

1) Toute personne , qui sans remplir les conditions prévues aux articles 1,2 et 3 de la présente loi, procède habituellement et de quelque façon que ce soit à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement des maladies ou d'actions chirurgicales congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels , consultations verbales ou écrites ou par tout autre procédé »

2) Tout médecin ou médecin dentiste qui muni, d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées au paragraphe précédent à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

3) Tout médecin ou médecin-dentiste qui exerce la profession pendant les durées d'interdiction prévues par la présente loi ».

Dans cette même logique s'inscrivent les articles 7 et 8 de la même loi. De son côté, selon l'article 9, puni d'un emprisonnement de 6 à 12 mois et d'une amende de 2000 (600euro) à 5000dinars (1800euros) ou de l'une des deux peines, l'exercice illégal de la médecine ou de la médecine dentaire. La récidive selon cet article est punie d'un emprisonnement de 12 à 18 mois et d'une amende de 5000 à 15000 dinars.

Au vu de tout ce qui précède, on peut affirmer que le droit tunisien n'a pas encadré de manière claire et suffisante les SSNC. L'absence d'un code de droit de la santé et d'une loi spécifique à ces droits, telle la loi française du 4 Mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, prouvent cet enfermement juridique. En outre, le législateur tunisien a octroyé l'exercice de la médecine non conventionnelle aux seuls médecins. Le non-respect de cette règle est strictement sanctionné.

Nous rappelons qu'en Tunisie les SSNC sont considérées comme des pratiques médicales parallèles qui « *ne peuvent en aucun cas se substituer aux soins conventionnels qui ont fait l'objet d'études sérieuses et qui ont confirmé leur efficacité* » (Derouiche, 2009, p. 120).

Ce que nous retenons

Vivre en bonne santé admet une liberté quant au choix du système de soins. Le patient peut recourir, non seulement, à des spécialités cliniques, mais également à des pratiques non conventionnelles qui, dans la plupart des cas, sont jugées susceptibles d'apporter la guérison et le bien-être au patient. Toutefois, le recours à ces pratiques a rarement une nomenclature ou une typologie scientifique. Il dépend des normes sociales, culturelles et politiques dans lesquelles il évolue, et est défini selon les pratiques et les valeurs institutionnelles en vigueur. Il existe d'un côté, un effet de renforcement très fort entre le capital social symbolique et scientifique des médecins, et la régulation professionnelle de ce corps. D'un autre côté la médecine non conventionnelle ne bénéficie pas du capital social et symbolique, et commence à peine à être étudiée sous forme scientifique dans différentes disciplines en sciences humaines et sociales. Dans le même temps, la réglementation des pratiques non conventionnelles, varie d'un pays à un autre en fonction des exigences politiques, culturelles et socioprofessionnelles. Ceci a été clairement mis en évidence au niveau des textes de lois.

Malgré ces difficultés, on assiste à un développement de la médecine non conventionnelle. Celle-ci se saisit d'un registre juridique rigide, en même temps qu'elle construit des formations, voire des certifications ou diplômes, cependant en général non reconnus dans le système éducatif. Cette évolution des connaissances et des savoirs a, tout de même, amené certains pays à s'adapter aux exigences sociétales tout en assurant des reconnaissances institutionnelles progressives de certaines pratiques et corps de praticiens. Ceci se manifeste surtout par une évolution des pratiques et du nombre de praticiens, au moins en Europe.

Nous avons donc affaire, bien souvent, à des personnes qui créent leur emploi tout en apprenant des savoirs de différentes natures, et en faisant émerger une activité de soins assortie d'une légitimité professionnelle, au moins du point de vue de leurs usagers ou patients. Cette acquisition de légitimité professionnelle au niveau du praticien lui garantit un emploi et des revenus stables. Dans ce cadre, l'enjeu de cette thèse est de comprendre comment les praticiens, à partir de la transformation de connaissance en savoir expert en SSNC, acquièrent une légitimité professionnelle.

CHAPITRE 2 : regards sociologiques sur la notion de profession et approches théoriques de la légitimité professionnelle

Introduction

Des contraintes professionnelles, sociétales, juridiques et des règlements en vigueur pèsent sur l'exercice de l'activité professionnelle en SSNC. Cette activité est exercée par des groupes professionnels qualifiés d'indépendants car les membres sont « non-salariés ».

Pour recruter leur clientèle, certains types de praticiens, dépourvus de légitimité professionnelle dans l'exercice de leur activité en SSNC (Médecins pratiquant une médecine non allopathique, Thérapeutes non médecins, chamans), peuvent être amenés à conduire des actions collectives pour défendre leur autonomie et se préserver de la domination de groupes plus légitimes (Médecins allopathes) sur la régulation de leur activité. En particulier, nous pensons que la relation entre les différents groupes professionnels indépendants et leurs clientèles ou patientèle qui se fonde sur des compétences spécifiques et des habilités particulières-qui caractérisent chaque groupe- justifie leur qualité de « professionnel » et leur réussite auprès de leur clientèle ou patientèle.

Nous supposons que ces groupes mobilisent des actions destinées non seulement à la construction de la légitimité institutionnelle de leur profession mais aussi à conquérir auprès des usagers une reconnaissance du métier et du fait qu'ils sont des professionnels efficaces. Nous supposons que certains y parviennent mieux que d'autres grâce à leurs efforts individuels et collectifs mais aussi à leur statut professionnel initial (exemple des médecins en SSNC, permettant des soins remboursés), alors que les autres éprouvent de nombreuses difficultés à le faire. Dans ce cadre la recherche de légitimité constitue un dénominateur commun de ces professions, y compris pour des médecins offrant des soins non allopathiques. La littérature en sociologie et à la suite en gestion, a mené une réflexion avancée sur la question de la légitimité des organisations. Elle l'a d'abord située dans un contexte de jeux de pouvoir et d'autorité, voire parfois dans une « *référence dépourvue d'ambiguïté à la modernité* » (Coenen-Huther, 2005, p.135). Ainsi, la légitimité constitue une notion occupant une place centrale dans plusieurs domaines et pour plusieurs approches. Certains travaux la lient au droit et au registre politique, alors que d'autres voient qu'elle est supérieure au fondement législatif, et la définisse d'un point de vue sociétal comme « *l'existence de normes symboliques partagées, permettant*

au membre d'une société d'interagir » (Bouquet, 2014, p13). La sociologie du travail, par exemple, souligne l'omniprésence de cette question et en même temps sa polysémie : « la question de la légitimité est aujourd'hui partout présente. Et témoigne de la fréquence avec laquelle le terme est employé : dans les propos quotidiens, dans les réunions auxquelles participent les personnes d'institutions différentes, dans les articles de presse [...] Mais ...Si le terme est largement employé, il ne l'est assurément pas toujours dans le même sens » (Hatzfeld, 1998, p.2).

Avant d'étudier les formes de la légitimité professionnelle, il nous semble pertinent de savoir, à priori, comment les professions se construisent. Ainsi, s'intéresser à la sociologie des professions en particulier à l'approche interactionniste, est important pour notre recherche de définir concrètement des groupes professionnels et des réalités professionnelles. La première section sera consacrée à cet effet.

Dans une deuxième section, nous portons notre réflexion sur la présentation des études de recherche conduites sur l'étude de la notion de légitimité. Particulièrement, nous mettons en évidence les différents travaux s'intéressant à la définition de la légitimité et de la présentation de ses différents types sur lesquels peut se fonder les légitimités des praticiens en SSNC.

Section 1. Les professions indépendantes et l'interactionnisme : Une légitimité issue de la situation concrète de travail et des relations professionnelles

I. L'activité professionnelle comme processus biographique et identitaire

Cherchant à différencier la notion de « profession » de celle d'« occupation », les anglo-saxons en sociologie des professions (Parsons, 1939 ; Hughes, 1951 ; Merton, 1957 ; Abbott, 1988 ; Becker, 1962 ; Strauss, 1992) ont principalement distingué l'analyse fonctionnelle et l'analyse interactionniste. Cette dernière serait plus ouverte à de nouveaux possibles à partir de l'analyse des interactions entre l'individu et son environnement social, produisant des dynamiques identitaires individuelles et collectives à déchiffrer au-delà du statut et du rôle acquis dans la société. Ces études ont été enrichies par des analyses françaises en sociologie des professions (Dubar et *al.*, 2011 ; Demazière, Gadéa, 2009 ; Champy, 2009) à travers une synthèse sur différents corpus théoriques : études fonctionnalistes, interactionnistes, néomarxistes néo-wébérienne... (Vezinat, 2009). La redéfinition des objets de recherche associée à une spécialisation en sous-champs de la discipline, a amené les études françaises à faire un passage de la sociologie de la profession à une sociologie des groupes professionnels elle-même sous-découpée en fonction des types de professions étudiées, avec d'un côté les salariés (infirmières, postiers...) et de l'autre des professions indépendantes, qu'elles soient libérales (médecins, avocats, ...) ou artisanales (potiers).

L'apport de l'approche interactionniste nous semble pertinent pour comprendre comment ces praticiens (médecins, thérapeutes non médecins, chamans) peuvent acquérir une légitimité différenciée à partir du mode de construction de leur savoir en relation avec ce qui fait sens pour eux. En effet si les médecins bénéficient d'un statut reconnu par l'Etat avec un diplôme obtenu de l'enseignement supérieur, cela n'est pas le cas pour les thérapeutes non diplômés d'Etat et encore moins a priori pour les chamans. Dans l'approche fonctionnaliste (si cela l'est déjà moins pour les ostéopathes qui accèdent à une légitimité du diplôme) parler de profession dans le cas de praticiens de shiatsu, par exemple, ou de chamans, semble délicat. Pourtant ils en font un métier, employant des techniques du corps pour soigner, avec des codes, des savoirs, des relations aux pairs, à la société, au vivant... Pour argumenter notre choix nous nous référons aux apports et aux spécificités de ces deux courants clés en sociologie des professions que sont l'approche fonctionnaliste et l'approche interactionniste.

Le courant fonctionnaliste a porté une réflexion sur le rôle de l'Etat dans la régulation et la légitimation des groupes professionnels, notamment à travers la validation et la reconnaissance des savoirs (diplômes, des certifications...). Ce sont ici « *la compétence techniquement et scientifiquement fondée et l'acceptation d'un code éthique commun* » (Dubar et Tripier, 1998, 87) qui sont au centre de l'approche fonctionnaliste. Seulement les activités établies sous contrôle professionnel (Parsons, 1955) dotant les individus d'attributs fonctionnels (des formations scientifiques, des associations assurant le regroupement des individus et veillant à la bonne application des règles, une déontologie...) sont reconnues comme des professions (Wilensky, 1964). Ainsi, selon cette approche, tout travail manuel qui ne se dote pas d'un cursus universitaire ne peut pas accéder au monde professionnel. S'intéressant à la profession médicale, Wilensky (1964) et Merton (1957) renforcent ces postulats en mettant en lumière la place du cursus universitaire dans l'accès au statut de profession.

Or nous nous intéressons aussi aux praticiens non médecins (thérapeutes et chamans) dont la pratique, ici l'exercice du soin, n'est pas construit à partir d'un cadre institutionnel et régulateur associé au principe de la sécurité sociale. Il s'agit d'activités majoritairement considérées comme en dehors de tout cadre réglementaire et de contrôle professionnel et donc non remboursées pour les patients. Dans cette situation, comment ces praticiens parviennent-ils à assoir une légitimité, sous quelle forme, à partir de quels savoirs et efficacité estimée ou perçue ?

L'approche interactionniste, dans sa volonté de compréhension de la transformation de l'activité professionnelle (occupation) en une « profession » s'est intéressée à des activités peu étudiées, tel que les musiciens, les boxeurs. Nous considérons donc que les apports empiriques et les analyses faites dans cette perspective novatrice peuvent être utilisés pour comprendre le sens et l'ancrage social des activités des praticiens non médecins en SSNC.

Le courant interactionniste s'est intéressé particulièrement à la valorisation des actions de l'individu, ainsi qu'à ses capacités à faire reconnaître par la société ses prétentions (Bourdoncle, 1993, p.89). Dans ce contexte, en s'inspirant des Hughes (1959, 1981) et de Vezinat (2009), Dubar et al (2011) montrent le rôle que joue l'individu dans l'analyse de son travail et la préservation de son autonomie. « *Ceci s'inscrit dans une trajectoire, un cycle de vie qui permet de comprendre comment un objet humain est arrivé à faire ce qu'il fait* » (Dubar et al, 2011, P. 100). Ainsi, la vie professionnelle est considérée comme un « *processus biographique qui construit les identités tout au long du déroulement du cycle de vie, depuis l'entrée dans l'activité jusqu'à la retraite, en passant par tous les tournants de la vie (turning point)*. Ces processus biographiques et les mécanismes d'interaction sont dans une relation d'interdépendance : la dynamique d'un groupe professionnel dépend des trajectoires biographiques de ses membres,

elles-mêmes influencées par des interactions existantes entre eux et avec l'environnement. »
(Dubar et al., 2011, P.100, 101).

Ce que nous retenons de cette deuxième approche est que le trait central de la profession ne dépend pas seulement de la délégation de l'Etat qui s'intéresse aux savoirs de haut niveau (comme l'ont montré les fonctionnalistes) mais dépendent de la capacité de l'individu en relation avec le groupe d'appartenance à faire reconnaître ses prétentions. Dans ce cadre, nous pensons que le praticien en SSNC justifie sa pratique auprès des usagers par le développement de valeurs particulières et différenciantes vis-à-vis de la médecine conventionnelle et par la résistance à toutes sortes de pressions, ainsi qu'à travers un savoir professionnel, développé par l'expérience combinée à des formations ou initiations...

S'agissant des praticiens médecins, nous suivons les affirmations de Hughes qui montre que la « fabrication d'un médecin » nécessite une culture médicale permettant une initiation, non seulement, à l'éducation et à l'apprentissage, mais aussi au rôle médical dans la conversion de la vision du monde et de soi (Dubar et al, 2011, p. 109). En d'autres termes il s'agit « *de changer le monde et de fabriquer en soi et dans le regard d'autrui, une nouvelle identité professionnelle faite de « nouvelles » définitions de soi et du monde, de nouvelles idées sur le travail, les carrières, les clients... »* (Dubar et al, 2011, p. 109). Ainsi, la construction de la profession passe par la construction d'une identité professionnelle qui se vit dans la relation à soi, aux autres et avec les autres. L'identité qui est issue de ce processus de construction envoie d'abord à l'image que l'on construit de soi-même ensuite à l'image que nous souhaitons renvoyer aux autres, enfin l'identité est issue de l'image que les autres nous renvoient.

Si ces études renseignent sur les diverses conceptions permettant la construction de la profession médicale, elles ont peu soulevé des interrogations sur la validité de ces conceptions et de leur application dans le domaine de la médecine non conventionnelle. Toutefois, cette approche interactionniste reste pertinente pour notre objet, dans sa définition concrète des groupes professionnels et des réalités professionnelles. Elle se centre sur un double point de vue biographique et interactif. Rappelons que dans notre étude nous mettons l'accent sur la place du praticien et ses représentations dans la mobilisation des actions afin de garantir une légitimité professionnelle. Ceci suppose une étude de son parcours, en particulier de son parcours biographique et identitaire. Nous supposons que ce dernier s'inscrit dans une trajectoire comprenant des formations, des événements et des expériences, qui permettent de renseigner sur la construction de son savoir, sur les actions mobilisées et les défis surmontés lorsque l'objectif est de construire son métier et de se faire reconnaître professionnellement.

Notons de plus que ce courant interactionniste considère l'activité professionnelle comme relationnelle et interactive, soulignant à ce niveau la place que joue l'interaction entre les membres d'un même groupe professionnel dans la valorisation de leur travail (Hughes, 1959). Néanmoins, nous pensons que pour nos praticiens non médecins, l'interaction entre les membres du groupe professionnel n'est pas clairement visible mais elle peut être envisagée dans le cadre d'adhésion à des associations et à des fédérations.

Au final, nous pouvons avancer que l'approche interactionniste permet de mieux comprendre dans quelles circonstances les membres d'un métier (occupation) tentent de le transformer en profession. Pour découvrir ces circonstances dans les divers segments d'activité en SSNC, il faut étudier la trajectoire (dont la carrière), les formes d'établissement des règles, les autorisations d'exercices, les expériences et le travail concret ... (Wittorski, 2008). Cette approche et ses concepts clés ont présenté donc des éclaircissements qui peuvent contribuer à nous aider à mieux délimiter notre champ de travail. En particulier elle a cherché à appréhender les principales caractéristiques des groupes professionnels, à partir d'une analyse de la dynamique de leur structuration et de la manière dont ils perçoivent et interprètent leurs actions. Cela nous semble particulièrement important pour comprendre comment les praticiens, comme les praticiens en shiatsu ou les chamans par exemple, peuvent accéder à une légitimité professionnelle dépassant l'exercice d'un métier.

II. Les caractéristiques des groupes professionnels

II.1. L'ordre négocié

S'attachant à décrire la relation entre les individus relevant d'un même environnement structurel (hôpital psychiatrique), Strauss (1992) (cité par Dubar et *al.*, 2011) met en lumière la place de la négociation dans le développement des interactions. En menant une recherche dans cet espace social et relationnel, Strauss et *al* (1963) (cité par Dubar et *al*, 2011) montrent que les règles établies entre les corps professionnels, « *ne sont efficaces que si elles sont adaptées à l'univers cognitif de chacun grâce à la négociation dans l'action elle-même* » (op. cit., p.117). Ces règles se construisent ainsi grâce aux rapports sociaux, favorisant des comportements interactifs et permettant leur production dans et par l'action. Cette dynamique de construction des règles et de négociation de leurs applications, dans un contexte organisationnel, aboutit à la production d'un ordre social qui n'est autre qu'un « ordre négocié ».

Cette dynamique de construction des règles et négociation nous intéresse ici, mais il est important de souligner que les praticiens en SSNC, que nous étudions, sont des travailleurs indépendants, exerçant dans un contexte autre qu'organisationnel tel qu'entendu

précédemment. Même s'ils peuvent être membres d'association, ils sont des acteurs isolés dans le travail au quotidien, cherchant à construire un savoir et à acquérir une légitimité professionnelle. Cependant, si certains se réunissent dans un cadre associatif et fédératif dont l'adhésion est parfois fortement recommandée par les pairs, l'établissement des règles ne porte pas directement sur la régulation de l'activité de travail en soins, mais peut l'influencer par le partage de savoir, même si l'objectif primordial de cette adhésion est la recherche du soutien et la défense de l'intérêt commun.

II.2. Licence et mandat

Hughes (1958) définit la notion de « licence » (autorisation d'exercice) et de « mandat » (obligation de mission) afin de mettre en évidence le processus de professionnalisation. Ces notions sont développées comme réponse à des constatations concernant des inégalités face à l'accès à la professionnalisation. Hughes (cité par Dubar *et al*, 2011) montre que toute occupation (emploi) renvoie à une autorisation d'exercice, permettant par la suite à la personne la revendication d'une mission. « *Ainsi, tout collectif exerçant une activité (occupation), un métier, un emploi est conduit à stabiliser son domaine, son territoire, sa définition en obtenant de ses partenaires (et notamment de ceux qui ont ce pouvoir) une autorisation spécifique, limitant la concurrence ; et une mission reconnue, valorisant le groupe* » (op. cit, p. 112).

II.3. Professionnalisme et professionnalité

a. Le Professionnalisme

La notion de professionnalisme renvoie à la capacité d'engagement dans l'activité professionnelle et au sens de responsabilités. Lazega et Mounier (2009) montrent que la notion de professionnalisme est une stratégie de « *ceux qui ont le privilège de définir et de coordonner eux-mêmes, de manière collégiale, leur propre travail, d'en définir les conditions, car ils peuvent en théorie se permettre d'ignorer les éventuelles exigences du client ou de la hiérarchie. Une profession, dans ce sens, s'appuie sur une idéologie donnant la priorité, en théorie, à la qualité du travail plutôt qu'au gain économique* ». Ces auteurs montrent que la logique de professionnalisme correspond à une autorégulation dans la mesure où les professions déterminent elles-mêmes les valeurs et les conditions de leur l'exercice. Ceci passe en premier lieu par une amélioration des « structures sociales du travail professionnel » (Lazega et Mounier, 2009, P.27). Pour Boussard *et al* (2010) le professionnalisme fait référence à une norme du travail, à une éthique défendue par les travailleurs, et correspond aussi à « *un ensemble d'impératifs imposés de l'extérieur à des travailleurs soumis à de nouvelles définitions de leurs missions et confrontés à des normes d'efficacité pilotant leur activité* »

(Boussard et al, 2010, p.13). Ainsi, l'efficacité des travailleurs est déterminée par les exigences de l'extérieur qui influencent, en quelque sorte l'exercice de leur activité et qui imposent parfois des nouvelles règles et normes de travail. A cet égard, l'efficacité au travail subit souvent des modifications conduisant à une injonction malgré l'existence d'un mode de régulation qui « offre aux travailleurs des protections collectives, qui fixent les contours de la définition de leur travail et leur garantissent la qualité de professionnel » (Boussard et al, 2010, p. 16). En effet, cette qualité de professionnel fait l'objet de revendications et de stratégies collectives de travailleurs, qui tentent de valoriser leur activité, de faire reconnaître leur savoir, de fixer un contrôle à l'entrée de leur spécialité et d'accroître leur légitimité. La qualité est donc le produit d'une définition interne et maîtrisée par les travailleurs (Boussard et al, 2010).

Ainsi, le professionnalisme est un concept largement influencé par des conditions de travail internes ainsi que par des facteurs externes qui présentent des contraintes limitant parfois le développement des activités professionnelles. Ceci est le cas des praticiens exerçant dans le domaine des SSNC. Mais, la conviction de ces praticiens de l'efficacité de leur pratique peut contribuer à la lutte contre ces contraintes au profit de l'amélioration du professionnalisme. Cette amélioration est dépendante certes des conditions internes et externes mais aussi de l'effort fourni par le praticien dans la prise d'initiatives, dans l'appréciation de la valeur des actions mobilisées et dans la recherche de l'efficacité dans son métier.

b. La professionnalisation

Bourdoncle (1993) adopte une distinction claire entre l'apport de chaque approche de recherche (française et américaine) en sociologie des professions. La notion de professionnalisation, selon la sociologie française des groupes professionnels, est caractérisée par un état hiérarchique, et assujettit à une prédominance de l'Etat. Ainsi, la profession se développe au fondement du « modèle des corps d'Etat ». Toutefois, Wittorski (2009) définit le terme « professionnalisation » en se référant au rôle de l'individu comme acteur et auteur de sa vie professionnelle, ce qui fait particulièrement sens dans nos cas de praticiens en SSNC. Ses études montrent que la notion de professionnalisation relève d'une *rhétorique et d'une dynamique de construction identitaire d'un groupe social* (Wittorski, 2008). Des recherches récentes (Tardif et Lessard, 2000) soulignent aussi la pertinence de la conception rhétorique comme une dimension essentielle de la professionnalisation conçue comme « un discours que produit et diffuse un groupe occupationnel dans sa lutte constante pour l'autonomie et la reconnaissance d'une pratique qu'il cherche à maintenir et à contrôler » (Tardif et Lessard, 2000, p. 99).

Dans la définition de la notion de « professionnalisme », les recherches américaines considèrent cette notion comme un processus permettant de garantir des places dans le marché du travail (Paradeise, 2003). Cette notion pourrait bien concerner nos praticiens, surtout s'ils n'ont pas créés des groupes professionnels très visibles, avec un pouvoir d'influence sur les régulations internes et externes. Bourdoncle (1993) montre que les recherches anglo-saxonnes donnent plus de valeur à l'individu et aux groupes professionnels dans la régulation du marché. La profession libérale constitue ici un modèle de garantit d'une professionnalisation s'inscrivant dans un jeu de régulation sociale (Merton, 1957).

On comprend donc l'intérêt de ces approches en science de gestion pour comprendre comment des individus non-salariés, au statut d'indépendant, n'appartenant pas à une profession très visible et reconnue socialement voire même aux pratiques décriées, arrivent à être légitimes auprès de la société et auprès de leurs clients ou patients. La notion de capital médical et les apports théorico-empiriques sur son mode de construction peuvent alors être utiles pour illustrer cette dynamique.

III. La médecine conventionnelle et non conventionnelle : mode de construction du capital médical et thérapeutique

III.1. La médecine conventionnelle

a. Un savoir académique au centre de la construction de la profession en médecine conventionnelle

La profession médicale est construite sur le monopole de la dispense de soins. Elle est fondée sur la spécificité du savoir médical, enseigné dans des facultés qui ont réussi à conserver une forte autonomie au sein de l'enseignement supérieur. Ainsi pour ce domaine, le rôle des professionnels est qualifié d'universaliste puisque la compétence du médecin se base sur l'articulation entre savoirs pratiques et théoriques de haut niveau, acquis « *au moyen d'une formation prolongée et formalisée* » (Carr-Saunders et Wilson (1993), cité par Dubar et Tripiet, 1998, p.80). Dans ce sens, la loi Chevandier, a restreint le monopole d'exercice de la médecine à ceux et seulement ceux munis d'un diplôme de docteur en médecine. Castel et Dalgarrondo (2005) rajoutent que la médecine relève de la culture scientifique, des aptitudes personnelles, de l'art et de l'expérience du médecin. Elle a réussi à « *imposer la définition d'un savoir légitime et limiter les acteurs qui pouvaient revendiquer son usage et empêcher toute évaluation externe des pratiques médicales* » (Castel et Dalgarrondo, 2005).

Ainsi, nous pouvons souligner, que les médecins sont légitimes professionnellement étant donné leur statut lié à un savoir reconnu et qualifié par l'obtention d'un diplôme d'Etat. On peut alors chercher à comprendre comment les médecins qui souhaitent se spécialiser en SSNC

acquièrent ce savoir, sachant qu'il n'est pas présent du moins en France dans le cursus initial de médecine, et comment ils acquièrent une légitimité étendue à ce savoir en SSNC ? Nous comprenons que leur intérêt est que les formations auxquelles ils accèdent soient validées par l'obtention d'un diplôme dans le cadre d'un monopole régulé par les pairs, constituant un atout pour accéder aux activités en SSNC dans de bonnes conditions, loin de toutes sortes de contraintes empêchant l'action professionnelle.

b. Un savoir académique et un processus de socialisation au centre de la médecine conventionnelle

S'attachant à étudier la construction de la profession médicale, Hughes (1951) montre la place du processus de socialisation comme condition de construction d'une identité médicale. A ce titre, il souligne l'importance d'une « culture médicale » construite non seulement à partir des connaissances scientifiques et techniques mais aussi à partir d'une « imprégnation culturelle », consistant à la conversion d'une identité de profane à une identité de professionnel (Dubar et al., 2011). La sociologie fonctionnaliste, à travers les écrits de Merton (1957) a souligné la place des certifications universitaires et des savoirs scientifiques dans la construction de la profession. Merton (1957) a montré aussi que la construction de la profession médicale est déterminée par les valeurs et les cultures partagées. Ces valeurs et ces normes définissent, pour la profession, le rôle du médecin. Ainsi, « *la profession médicale est définie comme ayant sa propre culture normative, c'est-à-dire un ensemble d'idées partagées et transmises, de valeurs et de critères de pratique vers lesquels les membres d'une profession doivent orienter leur comportement* » (Baszanger, 1981, p.224). « *Les valeurs et les normes de la profession médicale servent de moyens effectifs à une fin sociale importante (...), elles peuvent être considérées de façon neutre, en terme de leur signification instrumentale pour la production effective de soins* » (Merton, 1961). Les écoles de médecine sont donc socialement définies comme les « gardiennes » de ces valeurs et de ces normes ; elles ont une double fonction : transmettre, d'une part, ces valeurs et ces normes et, d'autre part, assurer un savoir technique (Baszanger, 1981).

Freidson (1970) développe une nouvelle approche en montrant aussi que le monopole du contrôle professionnel permet aux médecins de « faire autorité » sur toutes les questions touchantes à la médecine. Selon cet auteur « *La médecine est un métier qui mérite le nom de profession* » (Freidson, 1970, p.14). Elle est « une profession » consultante dépendante de la confiance du public et donc de la légitimité de leur compétence. De plus, contrairement aux apports de Hughes, Freidson montre que pour les médecins, la question d'autorisation ne se

pose même pas grâce à l'obtention d'un diplôme. L'accent est plutôt mis sur le rôle du médecin et sur ces capacités à recruter une clientèle qui croit en ses capacités. Une profession « consultante » suppose donc l'établissement collectif d'un monopole sur un marché spécifique de service (Dubar et al, 2011, p.132).

En comparaison de l'étude du mode de construction de la profession médicale, le mode de construction des professions en SSNC, nous semble peu exploré et donc important à l'étudier, vu l'évolution du nombre des usagers vis-à-vis de ces soins et les emplois créés sous statut d'indépendant participant à une forme d'auto-entrepreneuriat.

III.2. La médecine non conventionnelle : mode de construction du capital thérapeutique

a. L'illusio et la force de l'évidence

S'attachant à déterminer la manière avec laquelle les membres s'identifient par rapport à leurs groupes professionnels, Marquis et Giraldo (2010) proposent une comparaison de deux groupes professionnels, à savoir les médecins non praticiens des SSNC et les « thérapeutes alternatifs ». Ces auteurs abordent la question de la construction des groupes professionnels à partir de la définition indigène, ou de sens commun, de la profession (Hughes, 1983). En s'appuyant sur une approche interactionniste, ces auteurs tentent d'étudier ce phénomène à travers l'étude de la manière dont les membres définissent leur appartenance au groupe professionnel et aussi la manière dont ils se rapprochent ou se différencient les uns des autres.

Cette étude a permis de comparer un groupe caractérisé par un savoir institutionnel et une « forte intégration dans un champ qu'il domine », avec un groupe minoritaire caractérisé par la recherche d'un changement dans les opinions, tentant de créer une « niche en revendiquant son caractère alternatif et en insistant sur les insuffisances des pratiques du groupe installé » (Marquis et Giraldo, 2010, p.5).

En se référant au processus individuel de construction de l'identité dans la similitude et la différence à autrui, ce mode de fonctionnement permet aux individus de valoriser leurs pratiques tout en les dévoilant et en mettant en causes celles des autres dans une logique de différenciation sociale. Pour ces auteurs (Marquis et Giraldo, 2010), en parlant de soi et des autres, le médecin ou le thérapeute cherche à crédibiliser ses pratiques et à disqualifier celles de l'autre groupe. En effet, parler de soi revient à souligner les forces de l'évidence « qu'ils ne convient pas à discuter ». Les médecins cherchent à mettre en cause les savoirs des thérapeutes et ainsi l'efficacité de leurs pratiques. Cependant, les thérapeutes argumentent que leur savoir

professionnel est fortement demandé, permettant de satisfaire des demandeurs de soins en leur apportant la guérison et le bien-être.

Dans ce cadre, ces travaux soulignent que l'engagement dans la profession médicale ou dans les SSNC est une *illusio*. Il s'agit d'une croyance développée par chaque groupe professionnel, en l'évidence de l'efficacité de son activité : « *quand la perception est construite selon les structures de ce qui est perçu, tout paraît évident, tout va de soi* » (Bourdieu, 1998, p.156). Le médecin possède *l'illusio* que la science est le facteur le plus important pour donner des preuves d'efficacité. Par contre le thérapeute possède *l'illusio* que les pratiques non conventionnelles ne génèrent pas des effets secondaires. Les thérapeutes font le reproche aux médecines conventionnelles d'un manque de fondements, dans le sens où celles-ci agissent par segmentation de problème alors qu'il faut agir sur la personne en globalité : corps et esprits (Marquis et Giraldo, 2010).

Ainsi parler de soi donne lieu, au sens de Bourdieu, à une *illusio*, une évidence, une chose non discutable qui apparaît a contrario comme *illusion* pour celui qui appartenant à un autre groupe professionnel, ne participe pas de cette évidence (Bourdieu, 1988, p.14). Chaque membre du même groupe considère qu'il a de bonnes raisons d'agir et de soigner comme il le fait et que ces bonnes raisons ne sont pas à discuter puisqu'elles sont, selon les termes de Bourdieu, des « conditions indiscutées de la discussion » (cité par Marquis et Giraldo, 2010, p. 15).

Ainsi, la détermination des facteurs qui contribuent à construire la profession médicale et thérapeutique renvoi pour ces auteurs à l'étude d'une présentation de soi et d'autrui. Ceci permet de mieux comprendre les mécanismes d'attribution de la crédibilité dans un contexte concurrentiel. L'évidence du concept bourdieusien d'un domaine apparaît alors comme *illusio* pour soi mais aussi comme *illusion* pour un autre groupe professionnel en concurrence, ici vis-à-vis de la pratique de soins en santé humaine.

b. Une relation de pouvoir par rapport au patient confiné à l'abus

S'intéressant toujours à la même étude développée par Marquis et Giraldo (2010), qui à notre sens se rapproche de notre présente étude, la relation *illusio* et *illusion* peut être manifestée à partir d'une relation de pouvoir par rapport au patient, confinée à l'abus pour ce qui est de la dénonciation de l'illusion chez les autres. Chaque groupe professionnel souligne plusieurs formes d'abus liées à sa situation et aux statuts de l'autre groupe professionnel.

Ainsi les thérapeutes montrent que l'abus de position pour les médecins est lié à leur statut et à leur position définie de « monopole ». Ceci se manifeste par un savoir académique reconnu institutionnellement et socialement et se traduit par un sentiment de « suffisance » qui conduit,

selon les thérapeutes, à un « manque d'ouverture vis-à-vis d'autres pratiques non conventionnelles » (Marquis et Giraldo, 2010). De plus, ces recherches ont montré que cet abus de position génèrerait du point de vue des thérapeutes, chez les médecins, un manque de rigueur et de professionnalité en termes d'offre des SSNC et de prise en charge des patients. Ces thérapeutes inquiètent, ainsi, les médecins qui, souvent, les associent aux « charlatans » et considèrent leur savoir loin de toutes formes de guérison.

c. Le rapport au savoir

En se référant aux mêmes travaux de Marquis et Giraldo (2010), ces écrits ont souligné que pour les groupes professionnels des médecins et des thérapeutes, l'exercice de leurs pratiques est conditionné par des convictions et de l'enthousiasme conduisant à une confiance en leurs capacités d'agir. L'étude de ces deux groupes professionnels montre que l'acquisition de la légitimité est différente d'un groupe à un autre. Parler avec enthousiasme est une composante bien présente chez les thérapeutes. Toutefois, l'étonnement des médecins face aux questionnements des valeurs et de la légitimité de leur métier relève d'une confiance en ceux-ci ainsi qu'à leurs savoirs académique et pratique. Leur légitimité est évidente grâce au rapport aux connaissances en tant que savoirs scientifiques reconnu institutionnellement et socialement. Ainsi, il s'agit d'un savoir considéré comme « évident », possédant une légitimité institutionnelle intrinsèque (Marquis et Giraldo, 2010).

Toutefois, ces mêmes recherches montrent que les situations marginales des thérapeutes les conduisent à mobiliser des actions caractérisées par « une dimension prosélyte » dont l'objectif est de se faire reconnaître et de se justifier (Marquis et Giraldo, 2010). En effet, la bonne application des techniques spécifiques et l'efficacité des soins offerts en SSNC contribuent, selon les thérapeutes à acquérir une légitimité pragmatique (Marquis et Giraldo, 2010).

Malgré la richesse de ces études, la dynamique de construction du savoir (au moins pour les thérapeutes) restent encore floue. Nous supposons que la dynamique d'apprentissage, la nature du savoir acquis et le développement des habiletés par l'expérience contribuent à construire un praticien suffisamment confiant en ses capacités pour agir et répondre au manque de considérations. En effet, dans leur cas, nous supposons que c'est cette dynamique d'apprentissage qui fonde la légitimité. En particulier, en absence de cadre réglementaire et institutionnel, les reconnaissant comme profession de santé, l'accent est mis sur la place du praticien dans la justification de sa pratique et dans l'apprentissage des savoirs en SSNC. Les actions menées pour la justification de sa pratique et l'apprentissage associé peuvent être

considérés comme moyens de reconnaissance sociale de l'activité professionnelle lui conférant une légitimité professionnelle.

Section 2. La notion de légitimité : un approfondissement à l'interface de plusieurs disciplines

La notion de légitimité occupe une place centrale dans plusieurs disciplines et plusieurs domaines. Des conceptions en sociologie politique, philosophie se sont succédées pour l'enrichir et ont été discutées et appropriées pour déboucher sur des propositions en sciences de gestion.

I. La légitimité en sociologie politique et philosophique

Nous nous intéressons dans cette partie à définir la notion de légitimité telle qu'elle a été abordé par plusieurs auteurs clés. Nous ne présenterons pas toutes les approches mais nous citerons celles qui nous apparaissent comme les plus fondamentales. Nous tenterons dans ce qui suit de cerner cette notion à partir de l'apport de Weber (1959), Habermas (1978) et de Bourdieu (1979).

I. 1. Présentation des apports de Weber

Les travaux de Weber (1922) ont défini les liens entre pouvoir et légitimité. Dans ses écrits, il montre que la légitimité est un attribut du pouvoir. Le fait d'être en quête de légitimité suppose une autorité exercée auprès d'une personne considérée au sens de Weber comme dominée. Dans cet esprit, Max Weber définit la notion de légitimité dans un cadre de relation de domination. Il montre que celle-ci est « *sociologiquement amorphe* » (Weber, 1992, p.8 ; Weber, 1995, P.95) et se définit toujours en rapport avec l'obéissance, comme « *la chance pour des ordres spécifiques ou pour tous les autres de trouver obéissance de la part d'un groupe déterminé d'individus* » (Weber, 1992, p.122). Ainsi, la reconnaissance par autrui implique une reconnaissance d'un droit d'agir et l'acceptation d'un pouvoir manifesté par des dimensions formelles (les lois) et des fondements en relation avec les normes et les valeurs de la personne. Nous renforçons ces propos, par les écrits de Hirsch et Andrews (1986) qui soulignent que l'« *élément central de la légitimité est de répondre et d'adhérer aux attentes des normes d'un système social, ses valeurs, règles et significations* » (Hirsch et Andrews, 1986, p.170). Être légitime c'est disposer d'un usage de la force et d'un pouvoir d'agir au sein d'une communauté humaine, de sorte que les membres obéissent à cette force. Ainsi la domination a pour objectif de faire accepter un pouvoir ou une autorité, afin que ceux qui s'y soumettent reconnaissent la validité et la justification de ce pouvoir.

A la lumière de cela, Weber distingue trois sortes de dominations, donc trois fondements de légitimité, qui ont nourri, par la suite, les approches en sciences sociales.

- **La domination rationnelle-légale** : elle signifie la supériorité du droit dans l'orientation des directives. Elle repose sur la croyance en la légalité et au droit (Bouquet, 2014 ; Leimdorfer et Tessonneau, 1986). Dans ce cas l'obéissance ne se limite pas « à la personne en vertu d'un droit qui lui est propre, mais à la règle codifiée qui précise à qui l'on doit obéir, et dans quelles limites on doit lui obéir. Lorsqu'il émet un ordre, celui qui donne des ordres obéit lui aussi à une règle : à la « loi » ou au « règlement », à une norme formellement abstraite. Le type de celui qui donne des ordres est le « supérieur hiérarchique » dont le droit à la domination est légitimé par une règle codifiée à l'intérieur d'une « compétence » objective. » (Weber, 2014, p.293). On note ici que la situation à laquelle l'auteur se réfère pour la situation de domination est celle du contrat de travail dans le cadre du salariat, alors que nous travaillerons de notre côté sur des praticiens indépendants.
- **La légitimité traditionnelle** repose sur le pouvoir du maître et sur les traditions qui existe depuis toujours et qui reste valable tous les temps (Weber, 2014 ; Bouquet, 2014). Le maître est caractérisé d'une légitimité et d'une dignité qui lui sont propre et qui sont issues, à l'origine, de la tradition (Weber, 2014). Sa domination repose donc sur un caractère traditionnel. Dans ce cas, le maître tire profit de ses « sympathies, antipathies » et des opinions purement personnelles pour gouverner comme il lui plaît (Weber, 2014). En effet, cette légitimité « se compose de dépendants selon un mode personnel (membres ou fonctionnaires de sa Maison), de membres de sa famille ou d'amis (favoris), ou encore d'obligés tenus par une loyauté personnelle (vassaux, princes tributaires). Ainsi, « l'étendue du pouvoir « légitime » de commandement dépend, à chaque fois, de ce qui semble bon au maître. (Weber, 2014, p.294). Le caractère traditionnel évoqué ici pour fonder une forme de légitimité, celle du maître, pourrait avoir du sens concernant certains praticiens qui ancreraient leur pratique de soins dans des identités codifiées traditionnellement et où ils peuvent agir en fonction d'une opinion purement personnelle. A priori cette forme de légitimité pourrait même s'appliquer à des médecins, en ce qui concerne les prescriptions en SSNC (plantes, huiles essentielles, ...), vis-à-vis de leurs patientèles.
- **La domination charismatique** : elle prend en considération un ensemble de caractéristiques du maître « charismatique » telles que des facultés magiques, héroïques, des habilités extraordinaires... en d'autres termes des facteurs inhabituels, nouveaux, qui sortent du quotidien. Selon Weber « on obéit exclusivement, de façon purement

personnelle, au chef, par amour de ses qualités personnelles, extra -quotidiennes, et non à cause d'une situation codifiée ou d'une dignité traditionnelle. Et donc seulement aussi longtemps que ces qualités lui sont attribuées, que son charisme continu d'être confirmé par le caractère avéré de ces dernières. Le concept rationnel de « compétence » est absent. Seules la mission et la qualification charismatiques personnelles du maître confèrent plus ou moins de légitimité à l'homme » (Weber, 2014, p.297). Ici, la notion de qualités personnelles extra-ordinaires pourrait faire sens pour des praticiens auxquels les patients reconnaissent ces qualités et un pouvoir de soigner à partir de résultats avérés en SSNC.

Les écrits de Weber ont mis en évidence des critères obligatoires en relation avec le pouvoir du maître et des coutumes sur lesquelles repose une légitimité traditionnelle. Ils ont aussi distingué les caractères exceptionnels du chef, incarnent des qualités dans une figure charismatique, ainsi que les règles rationnelles qui s'imposent en vertu de la légalité. Cependant, ces écrits ne nous ont pas renseigné sur la dynamique de construction de légitimité, car largement considérée comme un acquis stables et durables. Contrairement à ces propos, certains conçoivent la légitimité comme un construit social (Arendt, 1972) dans les sens où elle ne peut pas être construite seulement en rapport avec la notion de domination, mais créée via l'interaction. Ceci débouche sur des accords et des compromis donnant lieu au droit d'agir (Arendt, 1972 ; Habermas, 1987). Ainsi, selon ces écrits (Arendt, 1972 ; Habermas, 1987), la légitimité repose sur des agencements et des actions permettant la structuration du pouvoir, qui est plus vu ici comme un outil d'échange et de partage et moins comme une forme d'autorité reposant sur des règles et des normes.

I. 2. Les apports de Habermas

En prenant appui sur les écrits d'Habermas (1978), Buisson (2008) a précisé dans son livre «*Raison et légitimité* » que la légitimité ne se limite pas au respect de la règle de la loi. Elle est fortement liée aux capacités à apporter des jugements de valeur et à la capacité à vérifier même la validité des règles qui parfois se révèlent illégitimes en absence de valeurs humaines (Buisson, 2008). Si le pouvoir résulte d'un compromis entre les individus, il est important, selon Habermas, de souligner la pertinence des échanges et des interactions entre les individus, au fondement de l'établissement de l'accord. En ce sens, en prenant appui sur les travaux d'Habermas, Leimdorfer et Tessonneau, (1986) montrent que l'ouverture, le changement et la flexibilité, l'éthique communicationnelle et l'argumentation constituent les bases pour

l'établissement d'un « contrat ». La communication, qui doit être réalisée dans un cadre interactif, conditionne les négociations, les interactions et les discussions, dont l'enjeu est de parvenir à la réalisation des objectifs communs. Dans ce cadre, Habermas dit que « *la volonté formée de façon discursive peut être dite "rationnelle" parce que les propriétés formelles de la discussion et de la situation de délibération garantissent suffisamment qu'un consensus ne peut naître que sur des intérêts universalisables interprétés de façon appropriée, et j'entends par là des besoins qui sont partagés de façon communicationnelle* » (Habermas, 1978, p.150).

Ainsi, contrairement à Weber qui définit un mode de domination légitime en envisageant un principe d'autorité et une croyance en la légalité, Habermas montre que la légitimité est un construit interactif, résultant « *de la délibération générale* » (Habermas, 1973, p.180). Ce point de vue permet de mieux saisir à notre sens l'émergence de nouvelles normes en matières de pratiques de soins et de légitimité professionnelle sans pour autant annihiler le fait qu'il existe en même temps des logiques de domination légitime fondées sur un principe d'autorité et d'acceptation de cette autorité par ceux qui seraient dominés.

I. 3. Les apports de Bourdieu

Les écrits de Bourdieu s'intéressaient à plusieurs domaines et à plusieurs phénomènes notamment au fonctionnement de l'Etat. En critiquant son système et l'étendue de son « monopole », Bourdieu définit l'Etat comme un secteur du champ de pouvoir qui « *se définit par la possession du monopole de la violence physique et symbolique légitime* » (Bourdieu, 2012, p.14). Ainsi, dans ses ouvrages, Bourdieu décrit le plus souvent les stratégies de l'Etat, ses systèmes de gouvernement et ses modes de domination pour montrer que le caractère de légitimité est souvent fondé sur un rapport de domination d'une institution. Dans ce mode de domination, Bourdieu souligne l'existence d'une relation entre dominant et dominé, et de là, la légitimité fait référence à « *l'obtention d'un pouvoir sur autrui* » (Demaret, 2014). Ainsi, la légitimité dans le domaine politique signifie « dominer » pour être reconnu, ce qui peut impliquer un abondant des conceptions fondées sur les valeurs (Demaret, 2014).

Si le modèle wébérien définit la légitimité comme « *une donnée fondamentale* » et stable pouvant être rationnelle, traditionnelle ou charismatique, Bourdieu adopte une définition différente et considère la légitimité comme une chose qui n'est « *jamais stabilisée et reste à conquérir* ». Ainsi, selon Bourdieu, l'enjeu pour les acteurs d'une société est de faire reconnaître leur idée et d'acquérir leur propre légitimité, en instaurant une relation de pouvoir et d'autorité (Jobard et *al.*, 2012, p.390). Ces propositions laissent donc une ouverture à

l'analyse du changement social et organisationnel à partir de la notion de légitimité et sa construction sociale par la pratique et dans l'échange.

Cependant, malgré leur importance, nous considérons que les travaux précités ne permettent pas de préciser les spécificités de processus d'acquisition de légitimité. Ainsi, il peut être intéressant de se tourner vers des travaux proposant un cadre d'analyse plus ouvert sur les interactions et permettant d'affiner les recherches précédentes. C'est ici que les travaux en Sciences de gestion peuvent être utiles. Ces écrits définissent la légitimité comme le produit de la rencontre entre des stratégies – permettant à l'organisation de se rendre crédible dans son environnement- et d'un milieu social plus ou moins favorable et perméable à ces stratégies.

II. L'apport en sciences de gestion

Nous nous attachons, ici, à définir la notion de légitimité à travers des matériaux gestionnaires. D'après nos lectures et des auteurs récents comme Demaret (2014), contribuant à cette discipline et travaillant sur cette notion, nous constatons que celle-ci a été définie et appropriée par des auteurs clés en sciences de gestion, tels que les travaux de Haslam (2004), Zimmerman et Zeitz (2002), Kostova et Zaheer (1999), Elsbach et Sutton (1992), Deephouse (1996), Suchman (1995, 1988) ; et Pfeffer et Salancik (1978). Ces travaux fondateurs se sont intéressés à l'organisation comme une dimension collective, où sa légitimité est avant tout un jugement social, construit dans une entité regroupant des actions et des considérations socialement construites via des valeurs et des normes partagées.

Ces approches de la légitimité s'orientent selon deux angles de vue, d'après Suchman, qui propose de son côté sa propre typologie.

II.1. Deux approches de la légitimité

Suchman (1995) enrichit la notion de légitimité organisationnelle par l'identification de deux approches : une première selon l'angle stratégique (la légitimité est considérée comme une ressource opérationnelle) et une deuxième selon l'angle institutionnel (la légitimité a tiré profit des croyances pour déterminer le comportement et les structures) (Suchman, 1988). La différence entre ces deux approches relève des « *hypothèses en termes d'agence et d'encastrement culturel* » (Buisson, 2009, p. 31).

a. L'approche stratégique de la légitimité

L'approche stratégique définit la notion de la légitimité à travers l'exploration de la notion de ressource (Pfeffer et Salancik, 1978). Dans le sens où l'organisation « *qui cherche à se légitimer*

cherche à atténuer le pouvoir de l'environnement et à accéder aux ressources » (Bayouhd et al, 2016). La dépendance des organisations envers les ressources conduit à souligner l'importance de l'environnement et de l'interaction avec ses acteurs, en matière de perception et d'évaluation nécessaire de la légitimité de l'organisation (Demaret, 2014). Dans ce cadre l'organisation est amenée à bien structurer et gérer ses relations avec les interlocuteurs de l'environnement, car « *la légitimité organisationnelle dépend pour partie des réponses apportées aux demandes des acteurs qui sont membres de cet environnement* » (Demaret, 2014, p.97). En d'autres termes l'organisation doit adopter un comportement approprié afin d'assurer une adéquation entre les valeurs et les normes en vigueur et ses activités.

Ainsi, la légitimité est considérée, dans cette approche, comme une ressource opérationnelle faisant partie de la stratégie de l'organisation. Cependant cette approche n'est pas suffisante pour notre travail de recherche s'intéressant à des individus sous statut d'indépendant, même s'ils sont partie prenante d'autres organisations de type associatif ou fédératif.

b. L'approche institutionnelle de la légitimité

La littérature néo-institutionnelle s'est développée avec les écrits de Meyer et Rowan (1977) et s'est améliorée avec les travaux de DiMaggio et Powell (1983) et Zucker (1977).

Inspirés par des travaux en sociologie, Meyer et Rowan (1977), lient la légitimité à des relations de conformité vis à vis d'instructions institutionnelles. Il s'agit d'une conformité aux règles, aux guides de bonnes pratiques et aux valeurs sociales dans le but de respecter les exigences culturelles et normatives, de contribuer à l'efficacité des objectifs et de créer des bases nécessaires pour la réussite. La légitimité serait alors un ensemble de croyances largement dépendantes du « *caractère subjectif et social de la réalité organisationnelle* » (Capron et Quairel, 2004, p.26). Cependant, Scott et Meyer (1991), soulignent que les procédures en vigueur et la conformité à ces règles institutionnelles n'augmentent pas forcément l'efficacité organisationnelle. Il en résulte un questionnement relatif à la pertinence des exigences institutionnelles et au degré de la conformité à ces règles et en conséquence une interrogation est portée sur la pertinence de ces éléments comme fondements nécessaires à l'acquisition de la légitimité.

Toutefois, les écrits de DiMaggio et Powell (1983) montrent que la légitimité est obtenue par des comportements « isomorphiques » et par des jeux de concurrence. Buisson (2009) rappelle que ce processus permet l'obtention d'un pouvoir politique. Ces derniers travaux ont souligné la pertinence de la « *pressions institutionnelle* » dans la construction de la légitimité. Dans ce cadre, les organisations doivent se conformer à des stratégies et adopter des comportements et

des mythes institutionnels nécessaires à la continuité et à la préservation de leur légitimité (Demaret, 2014 ; Beylier et *al*, 2011).

DiMaggio et Powell (1983) précisent que les pressions institutionnelles correspondent à trois processus d'isomorphisme institutionnel :

- Le processus mimétique : il s'agit « d'une tendance au mimétisme » pour les organisations qui semblent les plus légitimes.
- Le processus coercitif : il s'agit d'une forme d'exercice du pouvoir à partir des règles de conduite. Ce processus est considéré comme une pression formelle et informelle sur les organisations.
- Le processus normatif : il s'agit d'une pure application des normes qui orientent l'action et qui constitue une forme de référence obligeant les organisations à suivre les mêmes orientations et les mêmes règles.

Pour mieux expliciter la notion de légitimité, les travaux de Suchman (1995), se fondent sur une synthèse de ces approches au moyen d'une typologie de la légitimité.

II.2. La typologie de la légitimité selon Suchman

Suchman (1995) montre que si la légitimité renvoie aux principes de jugement humain, elle fait aussi référence à la collaboration et à la construction du sens par les collectifs d'individus. Suchman (1995) appréhende la légitimité comme un construit social fondé sur les valeurs d'un groupe social. Ces travaux ont mis l'accent, aussi, sur la légitimité comme une perception de ce qui est attendu en termes d'action, à partir d'un système construit de normes, valeurs ou croyances. Cette vision nous intéresse particulièrement puisqu'elle permet d'approcher la construction de nouvelles normes ou leur transformation. (Suchman, 1995).

Suchman a adopté une typologie basée sur la distinction entre trois types de légitimité.

a. La légitimité morale

Pour développer la légitimité morale, Suchman s'est intéressé à la notion de normativité développée par Scott (1995). En particulier Suchman suit le postulat de Scott (1995) sur la place des dimensions évaluatives de l'organisation et de ses activités dans sa justification d'être. Ici, la légitimité fait référence à une évaluation normative de l'organisation et de ses activités (Suchman, 1995). En s'attachant à enrichir ces travaux, Suchman (1995) a montré que la légitimité est construite par des opinions permettant de déterminer les comportements à adopter afin d'assurer une conformité aux exigences sociétales. S'inspirant des travaux de Suchman (1995), des études récentes (Debref et Brule-Gapihan, 2012) ont souligné que la légitimité morale repose sur la conséquence de l'activité (le résultat) ou de la procédure adoptée (les

moyens) et participe à la définition de la performance environnementale. (Debref et Brule-Gapihan, 2012, P.124).

Ces travaux antérieurs ont souligné différentes sortes de légitimité morale.

- **La légitimité est procédurale** dans le cas où l'organisation adopte des procédures socialement acceptées ;
- **La légitimité est structurelle** lorsque l'organisation détient des instructions de qualité ;
- **La légitimité est personnelle** quand elle s'appuie sur la personnalité, l'identité et le charisme des leaders,
- **La légitimité est de conséquence** : construite lorsque l'organisation définie en termes de ses activités et jugée en fonction des actions menées. Ainsi, la légitimité de l'organisation est conséquente de son mode de fonctionnement.

Notons, qu'en s'inspirant des travaux de Weber (1922), Suchman (1995) a montré que la légitimité procédurale et de conséquence font référence à la légitimité rationnelle-légale, alors que la légitimité structurelle renvoi à la légitimité traditionnelle, et la légitimité personnelle fait référence à la légitimité charismatique (Demaret, 2014).

b. La légitimité cognitive

Selon Buisson (2009), la légitimité cognitive trouve ses fondements dans le domaine de la psychologie sociale, à travers les écrits de Berger et Luckmann (1966), et chez les cognitivistes grâce aux apports de Meyer et Rowan (1977).

Plusieurs travaux (Schuman, 1995 ; Ruef et Scott, 1998 ; Scott, 1995) ont montré que la légitimité cognitive se fonde sur des éléments culturels et tacites de l'environnement, qui influence l'organisation. Ainsi, celle-ci n'est pas à l'abri de changement de l'environnement, mais elle subit ses actions et ses réactions. En parallèle, elle l'influence, agit et coproduit son modèle de développement, via des représentations cognitives (Suchman, 1995). Ainsi, ces représentations et ces règles déterminent en quelque sorte son mode de fonctionnement (Ruef et Scott, 1998). Dans ce sens, ces règles spécifient « *quels types d'acteurs peuvent exister, quelles caractéristiques formelles doivent posséder, quelles procédures peuvent suivre et quelles significations associées à leurs actions* » (Ruef et Scott, 1998, p.879).

Notons que la légitimité cognitive peut prendre une deuxième déclinaison pour être considérée comme « *allant de soi* » (Aldrich et Fiol, 1994). Aldrich et Fiol (1994) avancent que « *lorsque l'objet à légitimer est connu de manière factuelle par ses potentiels évaluateurs* », il ne donne pas lieu, par conséquent, à aucune évaluation (Demaret, 2014, p.100).

Suchman (1995) a contribué à synthétiser la notion de la légitimité cognitive dans le tableau suivant :

	Le caractère compréhensible	Le fait d’aller de soi
Définition	La légitimité provient de la disponibilité des modèles culturels qui fournissent des explications plausibles pour l’organisation et ses efforts.	La légitimité provient du contrôle des acteurs. Dans ce type d’institutions, le désordre est géré et transformé en un ensemble d’intersubjectivités.
caractéristiques	Légitimité ponctuelle et plausible d’après les représentations sociales.	Légitimité ponctuelle et inévitable

Tableau 1. Caractéristiques de la légitimité cognitive (Suchman, 1995)
(Source : Demaret, 2014, p. 101)

c. La légitimité pragmatique

Inspirée de la théorie de l’agence, la légitimité pragmatique est fondée sur le calcul des intérêts propres des acteurs. Ces derniers deviennent des constituants de l’organisation dans la mesure où leurs objectifs propres sont intégrés dans la stratégie des dirigeants. En conséquence, la légitimité apparaît ici comme une ressource importante pour la gestion de l’organisation. Des études ont contribué à des analyses plus approfondies dans ce type de légitimité. Tel est le cas des recherches faites sur la relation entre la légitimité organisationnelle et la réputation (Bayouhd, et *al*, 2016). S’attachant à déterminer les éléments de complémentarité entre ces deux concepts, des études (Bayouhd et *al*, 2016 ; Demaret, 2014) ont suggéré une relation de dépendance entre la légitimité et la construction de la réputation. En particulier, l’étude de la relation entre la légitimité pragmatique et la construction de la réputation éclaire une relation à double sens entre ces deux variables (Pollach, 2014 ; Binkerhoff, 2005 ; Deephouse et Carter, 2005). L’organisation par sa stratégie, prend en compte des intérêts et des valeurs des acteurs pour construire sa légitimité, afin d’être plus crédible et avoir une bonne réputation (Pollach, 2014 ; Deephouse et Carter, 2005). En même temps, la bonne réputation de l’organisation contribue à construire une légitimité pragmatique.

A partir de ces travaux nous pouvons dire que Suchman (1995) s’est intéressé à une conception multidimensionnelle de la légitimité (morale, cognitive et pragmatique), en s’intéressant à la

légitimé de l'organisation qui renseigne sur une légitimité du collectif et par celui-ci. En effet, cette légitimité est dépendante, en partie de l'évaluation et du jugement des autres en interne et en externe : acteurs, institutions, concurrents...et des exigences et règles imposées par l'environnement professionnel, autant que sur les propres compétences et capacités. Toutefois, nous soulignons que nous nous intéressons à des praticiens qui n'exercent pas principalement dans les organisations mais en cabinet seuls et en face à face avec la clientèle dans des contextes régulés institutionnellement mais où tous les segments concernés ne sont pas institutionnellement des professions de santé, bien que touchant directement à la santé des personnes. Dans le cas des médecins en cabinet, nous savons que leur pratique est construite à partir d'un cadre institutionnel et régulateur de la profession au niveau national au moyen de l'ordre des médecins en capacité de faire loi. Mais cela n'est pas le cas des autres types de praticiens. Dans le cas des thérapeutes, leur insertion dans une forme d'organisation collective est à priori très diverse, forte pour les ostéopathes voire pour la médecine traditionnelle chinoise et plus faible pour d'autres domaines (naturopathie...) ce qui semble aller de pair avec une faible légitimité institutionnelle. Dans ce cadre leur légitimité en SSNC, ici auprès des clients, pourrait être surtout acquise sur la base d'une réputation liée à leurs modes d'actions en soins, la manière de les exécuter et l'expérience accumulée. Nous parlerons par extension de légitimité pragmatique puisque celle-ci est influencée par la bonne réputation, et réciproquement, tout en cherchant à recontextualiser cette notion.

Dans ce cadre, nous pouvons dire que les éléments moraux et cognitifs sont des marqueurs de la légitimité professionnelle, au côté de la légitimité pragmatique pour nos praticiens dans ce domaine. Ceci revient à accorder au praticien un pouvoir d'influence à partir de ses propres moyens et ses capacités personnelle et professionnelles et en retour un pouvoir d'influence des patients attaché à leurs propres intérêts. Toutefois, nous étudions différents segments de marché avec des profils socio-professionnels différents en termes de modèle moral, culturel et d'intérêt propre, mais aussi différents d'un point de vue sociétal national (France, Tunisie). Donc le référentiel de légitimité peut être différent d'un profil de praticien à un autre, en fonction de type de construction de l'action qui peut déboucher sur différentes combinaisons possibles de différentes légitimités en SSNC. Nous notons que dans ce modèle de la légitimité, la place faite à la construction de savoir est très faible puisqu'elle intervient essentiellement sur le modèle culturel comme moyen explicatif des actes et qui ne dit rien sur comment ces praticiens apprennent.

Dans des développements plus récents notamment s'intéressant à une profession « indépendantes », statut qui nous concerne plus particulièrement ici, Guay et Gagnon (1988)

montrent que malgré un sentiment de forte légitimité professionnelle au sein des milieux de travail, les ingénieurs forestiers se sentent peu reconnus socialement dans des contextes de transformation profonde de leur activité. Ces auteurs ont montré que ces ingénieurs ont été en capacité de développer un discours, fondé sur leur compétence et leur utilité, en vue de gagner cette reconnaissance sociale. Ces études ont montré la place des actions pour la reconnaissance et la garantie d'une visibilité de leurs professions. De façon plus précise se rattachant à l'étude de la légitimité des travailleurs sociaux, Hatzfeld (1998) définit trois types de légitimité, une légitimité institutionnelle, une légitimité démocratique (reconnaissance sociétale) et une légitimité de compétence qui retient notre attention. Selon Hatzfeld la légitimité de compétence se fonde sur des faits, des résultats concrets, sur l'efficacité de ces actions pour la reconnaissance. Ces trois légitimités sont reliées, dans l'exercice de ce métier, aux caractéristiques personnelles, aux valeurs et à un ensemble « d'idéaux moraux », ce qui englobe la notion de la légitimité morale chez Suchman (1995). Cependant Hatzfeld (1998) adopte une autre vision de l'acquisition de la légitimité, en montrant qu'elle est un processus instable et change en fonction des conditions et des exigences sociétales. Les interactions et les interdépendances qui la construisent sont de plus en plus complexes, dans la mesure où les actions de justifications (légitimité cognitive chez Suchman) regroupent des acteurs différemment intéressés à agir, et voir même en concurrence.

Enfin, en privilégiant l'étude de la légitimité des professions dans l'espace public, des auteurs (Le Bianic et Vion, 2008 ; Arborio, 2012) se sont intéressés au rôle des usagers dans l'évolution des pratiques professionnelles et surtout dans la relégitimation de l'action publique via sa transformation vers la gouvernance. Ces études ont conduit, ainsi, à une redéfinition profonde des professionnalités ou identité professionnelle des agents publics en relation avec le marché, l'autonomie professionnelle et la construction de l'espace citoyen.

Ainsi, il est clair que pour une compréhension plus satisfaisante de l'acquisition d'une légitimité professionnelle pour les praticiens en SSNC, il est nécessaire d'intégrer des processus qui conduisent à garantir une reconnaissance et une adaptabilité à un environnement de plus en plus complexe et mouvant.

Ce que nous retenons

En l'absence d'un cadre conceptuel et juridique susceptible de s'appliquer au domaine de la médecine non conventionnelle et au praticien dépourvu d'autorité institutionnelle dans l'exercice de ses pratiques, nous cherchons à savoir comment ce praticien se légitime par rapport à la non-reconnaissance de sa pratique.

Pour rendre compte de ce phénomène de professionnalisation, il nous a paru utile de repérer dans ce chapitre les natures de la légitimité auxquelles le praticien peut prétendre dans le cas de son travail. Notons de plus, que les typologies de la légitimité traversent différents cadres de recherche et touchent des objets culturels (Bourdieu, 1970), institutionnels (Hauriou 1925, Di Maggio et Powell, 1983) et organisationnel (Weber, 1922, Suchman, 1995). Aussi, on voit bien que le domaine des SSNC regroupe différents groupes professionnels (médecins, thérapeutes, chamanes) avec des savoirs différents donc engendrant différents référentiels et manières d'acquisition de la légitimité. Ainsi, si le pouvoir des médecins est dominé par un savoir médical lui-même contrôlé par un ordre reconnu comme acteur public pouvant faire loi, les autres segments luttent pour la reconnaissance de leur métier et l'acquisition du statut de *profession* en amont. Dans ce cadre l'étude sociologique des professions est nécessaire pour comprendre les dynamiques de construction des groupes, de construction des règles, de l'autonomie, de l'indépendance et de l'expertise. Notons aussi que nous nous intéressons à un domaine relevant de la profession indépendante, où nous considérons que la saisie d'une logique biographique à l'œuvre dans une vie professionnelle et la manière dont l'identité professionnelle est construite, est importante.

Nous rajoutons que nous nous intéressons aux professionnels indépendants essentiellement libéraux à vocation « intellectuelle » où la profession est analysée à partir du rapport aux savoirs. Nous pensons, dans ce cadre que l'acquisition de la légitimité pour les praticiens en SSNC est liée à la possession des compétences spécifiques et des habiletés particulières, même si, pour certains (souvent pour les médecins) elle est aussi liée à une organisation professionnelle institutionnelle (ordre des médecins) (Aboott, 1988). En particulier nous pensons que l'acquisition de la légitimité est dépendante du mode d'apprentissage et de construction d'expertise.

CHAPITRE 3 : les théories de la construction de l'expertise en sciences de gestion

Introduction

L'observation de la dynamique des praticiens à pouvoir exercer et à négocier leur action avec les différentes facettes de leur environnement, malgré la présence des contraintes normatives qui pèsent sur leur décision, sur leur autonomie et sur la liberté d'exercice de leur pratique, suppose l'acquisition d'un savoir personnel spécifique. Il s'agit en particulier de la mobilisation des connaissances conceptuelles (savoir-faire expérientiel et social) et procédurales (savoir théorique ou académiques). Par ailleurs, la transformation de l'action et la résolution de problèmes ne pourra pas se réaliser à travers l'application des règles et procédures, mais plutôt grâce aux capacités cognitives et sociales de ces praticiens. Ceci nous a conduit à porter la réflexion sur la notion de l'expert et surtout sur la construction de l'expertise, pour l'articuler ensuite à la question de la légitimité professionnelle. En particulier, nous supposons que la mise en évidence de la façon dont ces praticiens cherchent à acquérir leur légitimité professionnelle interroge les modes de construction de l'expertise.

Ainsi, ce chapitre porte sur les auteurs et les courants s'intéressant à la construction de l'expert et de l'expertise. Nous mobilisons ces courants pour étudier les modalités d'apprentissage et d'acquisition des savoirs nécessaires à la construction de l'expertise à partir d'une situation de novice.

On explorera, dans une première section, les fondements de la notion d'expert en sciences de gestion. Ensuite dans une deuxième section nous aborderons la question de l'expert sous un aspect cognitif, tout en déterminant les différents types de connaissances mobilisées. Puis dans une troisième section, nous aborderons la question de l'expert sous un aspect social. La quatrième section est réservée à la présentation des facteurs d'influence de passage d'un praticien novice à un expert, où nous montrerons la place des théories entrepreneuriales dans ce passage. Dans la dernière section, nous présenterons le modèle d'analyse synthétisant les deux grands courants théoriques de la thèse.

Section 1. Les fondements de la notion d'expert en sciences de gestion : une approche en gestion des connaissances et en RH

Les travaux sur l'expert, en sciences de gestion, s'accordent à le définir selon deux courants : soit sur la base de la dynamique de construction de savoirs à travers le courant du knowledge management (Nonaka et Takeuchi, 2007 ; Prax, 2003 ; Tarondeau, 1998), soit à partir de la gestion de ressources humaines (Bailyn, 1991 ; Debackere, Buyens et Vandebossche, 1997 ; Fort et Fixari, 2005 ; Gastaldi et Gilbert, 2007; 2008). La première discipline s'intéresse aux enjeux de l'expertise et notamment au codage et capitalisation des connaissances, tandis que la deuxième s'intéresse à la gestion des experts. Dans ce deuxième champ, les débats portent essentiellement sur la pertinence pour la gestion des carrières, (Gastaldi et Gilbert, 2007) et plus largement sur la stratégie de développement de l'expert, considéré comme une figure incontournable au sein des entreprises. Dans ce cadre, différentes perspectives théoriques ont été mises en œuvre pour analyser les fondements de la notion de l'expert.

Selon Roubelat (2000) cité par Scouarnec (2008), l'expert est sollicité en raison de son rôle dans les processus de prise de décisions et dans l'apport des réponses aux différents problèmes. « *Il a donc une fonction de recours* » (Grimaldi, 2010, P.92).

Ainsi, l'expert est une personne qui maîtrise les « *multiples facettes de son domaine d'expertise* » (Grimaldi, 2010, p.92), sollicité, en fonction de ses connaissances techniques, mais aussi en fonction de ses compétences relationnelles et environnementales sur un sujet précis. C'est dans ce cadre que Shanteau (1988), définit l'expert en prenant en considération ses relations avec ses pairs, dans la mesure où il « *est une personne reconnue par ses pairs comme celle qui a les connaissances et les compétences pour être au plus haut niveau* ».

En effet, les différents courants de recherche en sciences de gestion s'accordent sur les fondements de la notion d'expert. Ils ont adopté une définition commune selon laquelle l'expert est une personne compétente dans un domaine précis, disposant d'un niveau élevé de connaissances, de savoir-faire, et d'une habileté à mobiliser et à opérationnaliser ses connaissances, à force de répétition et de mise en pratique (Castel, 1987 ; Gastaldi et Gilbert, 2008 ; Salas et al. 2010 ; Coulet, 2014 ; Bootz et Schenk, 2014). Ainsi, ses expériences sont reconnues comme importantes et indispensables (Shanteau et al. 2002) dans la construction de son savoir et sa reconnaissance. Le dire de l'expert représente, donc, un professionnel supposé « *savoir et dire le vrai dans le domaine particulier de compétence dont il est crédité* » (Ancori, 2009, p.487). Par exemple, dans le domaine médical, qui nous intéresse ici, le savoir du

médecin, considéré comme « expert », est profond et relatif à des connaissances spécifiques aux maladies et à ses traitements (Grimaldi, 2010).

La notion de l'expert a évolué suivant le temps et suivant les siècles. Elle correspondait, depuis le XII^{ème} siècle, à toute personne ayant des « habilités » particulières acquises par l'expérience (Dubois et *al.*, 2006). A partir du XVI^{ème} siècle, l'expert est défini comme une personne « avertie et instruite » disposant de connaissances particulières dans un domaine précis. Cette définition colle à celle qui le définit comme un « spécialiste » ou un « savant », dans la mesure où le recours à l'expert a pour objectif de trouver des solutions pour des sujets complexes et diversifiés.

On déduit, en effet, que la littérature a appréhendé la notion de l'expert de deux manières.

- La première, le conçoit comme un « savant » qui possède des connaissances et des capacités à la recontextualisation des connaissances acquises et dont les connaissances s'acquièrent grâce à des formations initiales, (Bootz et Schenk, 2014 ; Saint Arnaud, 1992 ; Béroujon, 2008). Ceci renvoie à des « connaissances métacognitives » (Mayer ; 2002, 2009) et à des savoir-faire cognitifs (Le Boterf, 1995). L'expertise est liée, ainsi, à « *des performances exceptionnelles dans un domaine* » (Visser, 2006, p. 2).

Dans ce cadre, la compétence de l'expert repose principalement sur son savoir et sur sa capacité à mobiliser et à combiner ses connaissances dans un domaine bien déterminé (Bootz, Lièvre et Schenk, 2012).

- La deuxième vision appréhende l'expert comme un « spécialiste » qui exécute des tâches sans chercher à modifier les procédures et les règles qui lui sont données. Dans ce cadre « *l'expertise a fondamentalement une position provisoire* », qui émerge à travers une construction sociale (Trépos, 1996, p. 121), dans la mesure où l'expert opère sur un domaine où ses connaissances et compétences sont reconnues comme légitimes (Lièvre et Rix-Lièvre, 2012). Ainsi, l'expert déploie des stratégies fines pour acquérir sa légitimité qui n'est pas définie a priori mais construite à travers son travail d'expertise (Backouche, 2008), où il est « *sollicité dans un contexte particulier de décision ou d'action et dont l'avis ou le jugement possèdent un caractère de légitimité* » (Bootz, Lièvre et Schenk, 2012 ; Bootz, 2013).

Cependant, de récents travaux (Bootz et Schenk, 2014) proposent de dépasser l'association communément faite entre les notions d'expert, comme savant et spécialiste. Ces travaux conduisent à différencier l'expert du spécialiste et du savant, et à le considérer comme un individu qui intègre naturellement des éléments de connaissance. Ainsi, le recours à des experts est de plus en plus étendu et perçu comme une nécessité, qui témoigne bien des capacités

d'investigation et de prise de décisions. Cette capacité fait appel à des expériences et à la maîtrise des savoirs acquis. Mais la figure de l'expert, comme a souligné Backouche (2008, p. 2), ne dépend pas seulement de ces facteurs. Le rapport au pouvoir, la reconnaissance institutionnelle et la reconnaissance par les pairs et les demandeurs d'expertises contribuent à l'affirmation de la qualité de l'expert. Ainsi, celui-ci est défini en mettant l'accent sur ces deux dimensions essentielles : à savoir les dimensions cognitive et sociale.

Ces dimensions, qui font l'objet de plusieurs études (Ericsson, 2006; Hayes, 1989; Weisberg, 2006 ; Bootz, Lièvre et Schenk, 2012 ; Bootz et Schenk, 2014) présentent l'intérêt de prendre au sérieux, l'apprentissage comme une source de reconnaissance et de capacité d'action au travail, agissant sur la dynamique de construction du savoir et des expériences et conduisant à la production de la figure de l'expert et de son expertise.

Celle-ci est définie comme une construction sociale où l'expert est sollicité en fonction de ses compétences (Guittard et Welter, 2014 ; Bootz Lièvre et Schenk, 2012; Bootz et Schenk, 2014, Dubois et *al.* 2006) et crédité de confiance de la part des demandeurs d'expertise.

Afin de conserver cette crédibilité et cette confiance, l'expert est amené à progresser, à renouveler ses connaissances et à en produire d'autres. Le développement constant dans son domaine nécessite, non seulement, un développement des connaissances théoriques et pratiques mais aussi, comme ont montré Sié et Yakhlef (2009) et l'a confirmé Lelebina et Sardas (2011), les aspects émotionnels et la passion de son domaine d'expertise constituent des dénominateurs communs pour la qualification de l'expert et la construction de son savoir.

Les recherches en sciences de gestion se sont intéressées à la valorisation de l'expert en gestion des ressources humaines et à la mise en place des actions pour assurer le développement, voire le partage de l'expertise en envisageant une véritable progression de carrière.

Cependant en sciences de gestion, le concept d'apprentissage est fondé sur une théorie solide au niveau de l'individu pour comprendre la construction de l'expertise et sa légitimité et surtout investit le courant de l'apprentissage entrepreneurial que nous approfondirons en section 4 compte tenu du fait que nous travaillons sur des professions indépendantes.

Notons auparavant que d'autres disciplines, autres que les sciences de gestion, se sont aussi intéressées à la notion d'expert. On distingue principalement deux courants : le premier d'inspiration psychologique et le deuxième d'inspiration sociologique.

Le courant psychologique s'appuie sur des travaux qui se sont intéressés à la place du processus d'acquisition et d'organisation des connaissances dans le développement de l'expertise individuelle. Il insiste, à ce titre, sur une atteinte des performances liée aux capacités cognitives.

A cet égard, plusieurs facteurs entrent en jeu pour la construction de ces capacités, et de-là la performance de l'expert. Ces facteurs sont relatifs à la nature du savoir acquis, au processus d'apprentissage, aux capacités de recontextualisation et à la motivation (Sternberg et *al*, 2010). Cette vision dynamique du point de vue de l'individu, nous aide tout particulièrement car nous cherchons à comprendre le processus de construction d'expertise à partir de la compréhension de la dynamique d'apprentissage et de construction de savoirs.

Notons de plus, qu'un débat continue autour de la nature de la perception de l'expert et de ses capacités. S'inspirant des travaux de Sternberg et *al*. (2010), Lelebina et Sardas (2011) ont montré que la capacité de l'expert peut être perçue comme statique (dans le cadre où ces capacités sont perçues comme des « paramètres stables ») ou comme dynamique (quand il s'agit de relever de fortes perspectives de développement des compétences et des connaissances). Dans ce cas l'expert est considéré comme une source de savoir par laquelle, grâce aux partages et à l'échange, de nouvelles connaissances seront créées et de nouveaux savoirs seront générés (Sternberg et *al*, 2010).

Pour le courant sociologique les études se sont intéressées au mode de développement de l'expertise (Evetts et *al*, 2006). Cette approche se concentre sur la notion de la relativité de l'expertise, qui est considérée comme une construction sociale où le statut d'expert est défini par rapport aux non-experts et aux usagers demandeurs d'expertise (Huber, 1999 ; Ericsson, 2006 ; Bootz et Schenk, 2014).

En effet, l'expert est appréhendé comme « professionnel » et doit être à la hauteur des attentes des demandeurs et digne de la confiance accordée (Bootz et Schenk, 2014). En contrepartie, la notion de professionnalisme est récompensée par la reconnaissance d'une autorité d'expert et par l'attribution du statut correspondant (Evetts, et *al*, 2006).

Section 2 : La dynamique de construction d'expertise : une combinaison de connaissances

En mettant l'accent sur des paramètres cognitifs, l'expert est défini « *comme un individu qui dispose d'une compétence à analyser et résoudre des situations diverses et non triviales, en s'appuyant sur une capacité à combiner et à mobiliser rapidement savoirs théoriques et empiriques* » (Bootz et Schenk, 2014, p.81). Dans ce sens, l'expert est sollicité pour ses savoirs explicites et implicites, ainsi que pour ses capacités à combiner ces savoirs afin d'adopter une démarche de contextualisation lui permettant de répondre convenablement aux demandeurs d'expertise. Cette capacité renvoie à ce que Mayer (2002, 2009) nomme les connaissances métacognitives, et en termes de ressources à ce que Le Boterf (1995) désigne par savoir-faire cognitif (Bootz et Schenk, 2014, p 81).

Définir la notion d'expert et ses différentes dimensions revient à déterminer des termes proches de cette notion, en particulier des éléments qui contribuent à construire son expertise. Il nous paraît, ainsi, important de déterminer a priori la dynamique de création de connaissances, tout en distinguant ses différentes formes.

I. La création de connaissances : une dynamique fondée sur la transformation des connaissances explicites et tacites

La connaissance est définie comme un ensemble d'informations interprétées par un individu en faisant référence à son propre cadre de perception, lui-même fonction des connaissances précédemment acquises. S'inspirant des travaux de Nonaka et Von Krogh (2009), Thomas (2015) appréhende la notion de connaissance comme « croyance justifiée ». Rappelons que Nonaka, dans ses travaux datant des années 90, montre l'importance de la « vérité » de la croyance. De nombreuses études relatives au courant cognitif adoptent une approche positiviste de la connaissance en la qualifiant « d'épistémologie de la possession » et en la considérant comme une « croyance vraie justifiée » détenue par les individus ou les organisations. Ainsi, une croyance « vraie » est principalement définie dans le paradigme épistémologique positiviste.

Cependant, Nonaka et Von Krogh (2009) montrent qu'au final la notion de « vérité » n'est pas un critère de justification de la connaissance, mais c'est plutôt le mode de justification de la croyance qui est en jeu. Ce point nous intéresse plus particulièrement quant à l'étude de l'acquisition de la légitimité et sa relation à la construction de l'expertise dans notre population de professions indépendantes.

Notre intérêt porte aussi sur d'autres travaux s'attachant à une définition de la connaissance en la considérant comme une représentation de notre monde, liée aux interactions avec l'environnement dans lequel on vit. Il s'agit d'une « connaissance en action », correspondant au terme « knowing » (Newell et *al.*, 2009). D'autres recherches (Cook et Brown, 1999) ont montré que les différentes natures de connaissances détenues dans un domaine bien précis sont souvent complémentaires. L'une est utile à l'action (knowledge) et l'autre, qui se développe dans la pratique (knowing), améliore le knowledge, c'est-à-dire les connaissances possédées. Pour ce courant, ces différentes natures de connaissances (knowledge et knowing) seraient initialement acquises dans des contextes différents par des processus différents (formation formelle initiale ou professionnelle et apprentissage en situation de travail...). Cela renvoie à la détention de plusieurs formes de connaissances qui seront développées à travers un processus de conversion.

Il nous paraît alors intéressant de déterminer ces formes de connaissances qui comprennent une dimension personnelle développée dans un contexte organisationnel.

I.1. Les connaissances tacites

Nonaka (1991, 1994) montre que les connaissances tacites comprennent une dimension personnelle liée à l'action (savoir-faire). Ces connaissances sont difficiles à formaliser, à extraire et à communiquer. Elles comprennent les schémas, les modèles mentaux, le savoir-faire... « *Dans cette perspective, connaître n'est pas une activité purement cognitive, elle est aussi physique : on peut apprendre avec son corps. Les connaissances sont alors dites incarnées (embodied)* » (Thomas, 2015, p. 2). Ce type de connaissance est, ainsi, remarqué dans les actions et les attitudes personnelles. S'inspirant des travaux de Nonaka (1991, 1994), Thomas (2015) distingue deux dimensions de connaissances tacites :

- La dimension technique : concerne le savoir-faire et les compétences appliqués dans un contexte spécifique. Il s'agit d'un caractère plus professionnel concernant les connaissances « pratiques ».
- La dimension cognitive relative aux modèles mentaux, croyances, perceptions ... que les individus forment sur le monde. Elle est utilisée de manière plus ou moins consciente dans les interactions avec le monde. Il s'agit de connaissances de « contexte » accumulées au cours des expériences.

I.2. Les connaissances explicites

Il s'agit des connaissances transmissibles physiquement à travers des langages « naturels » (français, anglais...) ou construits (le langage mathématique, informatique...) (Thomas, 2015). Elles se présentent sous forme d'un support papier ou informatique sur lequel l'information est

clairement affichée et expliquée. Donc les connaissances sont acquises via un langage formel et exprimées à l'aide de codes (images, cartes...) et de symboles. Ces connaissances explicites sont transmissibles après codification¹⁴ (Boisot et Li, 2005 ; Thomas, 2015).

I.3. Le processus de création de connaissances : le modèle SECI

Il s'agit d'un modèle permettant la création de connaissances en se basant sur le fait que les connaissances tacites et explicites sont en interaction et que l'interaction des groupes d'individus participe aussi à la création des connaissances (Nonaka, 1991 ; Nonaka, 1994 ; Nonaka et Takeuchi, 1995 ; Nonaka, Toyama et Hirata, 2008). Ceci crée un mouvement d'externalisation, de socialisation, d'internalisation et de combinaison. Il s'agit de la spirale des connaissances.

- **L'externalisation** : il s'agit d'un passage du tacite vers l'explicite. Ce processus désigne l'explicitation des pratiques et des croyances. C'est un processus qui est la quintessence de la création de connaissance parce que la connaissance tacite devient explicite sous forme d'analogie, de concepts, d'hypothèses ou de modèles.
- **La socialisation** : il s'agit du passage d'un savoir tacite à un savoir tacite. C'est un processus contribuant à la construction de l'identité, au cours duquel la personne intériorise les normes et les valeurs, assure l'intégration culturelle et le partage d'expériences.
- **L'intériorisation** : c'est la conversion des connaissances explicites en connaissances tacites. C'est l'appropriation des informations par la personne. Dans cette étape, il ne s'agit pas seulement de la réception passive des connaissances, mais de la réflexion et de l'action (Lièvre, 2016). « *Cette étape peut être comprise comme une praxis, quand la connaissance est appliquée et utilisée dans des situations pratiques et devient une base pour de nouvelles routines* » (Nonaka et al, 2008, p. 24).
- **La combinaison** : c'est la conversion de l'explicite à l'explicite. Après codification, les connaissances sont structurées. Cette étape concerne une approche de rationalisation, et une étape où « *les contradictions sont levées* » (Lièvre, 2016, p.2) grâce à « *des analyses logiques* » (Nonaka et al, 2008, p.23).

Ces travaux restent pertinents pour comprendre la dynamique de construction des connaissances organisationnelles, et les modes de conversions qui permettent de créer de

¹⁴La codification vise à transformer les connaissances tacites en connaissances explicites. La codification traduit donc le processus qui vise à représenter une connaissance à l'aide de codes et de symboles socialement partagés. (Thomas, 2015, p. 3)

nouvelles connaissances de type organisationnelles. Malgré leur importance cette dynamique ne se concentre pas sur la dynamique d'apprentissage du point de vue de l'individu, même s'il s'agit d'un apprentissage contextualisé.

Cependant nous nous intéressons à la dynamique de construction d'expertise et nous portons notre réflexion sur des professions indépendantes. Dans ce cadre, plusieurs travaux ont cherché à comprendre les types de connaissances individuelles qui construisent la figure de l'expert. En particulier, étudier cette dynamique suppose de s'intéresser à la fois aux connaissances déclaratives et procédurales.

II. La dynamique de construction d'expertise une combinaison de plusieurs types de connaissances

Nous nous intéressons, ici, à déterminer la nature de savoirs acquis et le processus d'apprentissage de l'expert. En particulier, il s'agit de traiter la relation entre les types de connaissances mobilisées. Nous nous attachons à présenter le modèle général d'apprentissage d'Anderson (1983), développé à travers la théorie ACT (Adaptive Control of Thought) qui s'intéresse à l'explication des phénomènes d'acquisition des habiletés mentales pour la résolution des problèmes (Anderson, 1983).

Nous nous intéressons à cette théorie pour déterminer la notion de connaissance déclarative et procédurale, ou, au sens de George (1985), pour distinguer entre le savoir et le savoir-faire, ou encore entre « savoir que » et « savoir comment ». En effet, l'apprentissage en contexte de résolution de problème se manifeste par un passage d'un état déclaratif à un état procédural générant ce qu'Anderson a appelé « compilation ».

II.1. Les connaissances déclaratives

S'intéressant aux travaux de George (1985) dans sa conception sur les modes d'acquisition du savoir, essentiellement celui déclaratif, nous soulignons que l'analyse des connaissances et leur mode d'organisation dans la mémoire d'une personne est fréquemment effectué en propositions, c'est-à-dire en petites assertions, organisées en mode réseau (Anderson, 1983 ; Kintsch, 1974 ; Norman et Rumelhart, 1975). La construction de réseau est effectuée par la mise en relation de nombreux concepts. En outre l'acquisition des connaissances consiste en l'adjonction d'une nouvelle proposition, ce qui engendre une modification du réseau par une introduction de nouvelles relations.

En effet, ces connaissances font en général référence à des connaissances formelles, principalement théoriques, détenues et reconnues auprès des communautés. Ces connaissances

regroupent les règles, les lois, les principes et faits (De Fornel, 1990). A cet égard, elles concernent « *notre environnement physique et social, nous-mêmes compris* » (George, 1985, p. 62).

De plus, les tenants d'une conception déclarative (Anderson, 1976, 1980 ; George, 1985) soulignent la place que jouent ces connaissances dans la dynamique de construction d'expertise. Ceci est relatif, particulièrement, à la place de ces connaissances dans la résolution générale des problèmes.

II.2. Les connaissances procédurales

Ces connaissances se réfèrent aux habilités nécessaires pour l'application des règles constituées des procédures mises en œuvre pour l'action (George, 1985). En cherchant l'optimalité, un nombre d'actions de base doit être requis pour passer d'un état initial à un état de but (Aschehoug, 1992, p.424). George (1988) quant à lui distingue deux concepts liés à la connaissance procédurale ; il s'agit des stratégies et des procédures. Le premier terme désigne l'ensemble des règles opératoires pour la sélection des procédures. Il fait référence à trois variables : l'action de base, les sous buts, et les buts. Quant à la procédure, elle concerne la conformité aux règles d'action, au temps et à l'ordonnement. A ce titre, Aschehoug (1992) distingue trois propriétés caractérisant une procédure. Il s'agit d'être « légal », « fonctionnel » et « optimal ».

S'attachant à l'étude de la construction d'expertise chez les médecins, Polanyi (1958, p. 47) cité par De Fornel (1990) montre la pertinence des connaissances procédurales dans l'examen médical. Selon lui, le médecin « *doit être capable de reconnaître ce symptôme et il ne peut avoir acquis cette capacité qu'en ayant eu, de façon répétée, des patients en auscultation présentant, de façon certaine, un tel symptôme ainsi qu'en ayant eu d'autres cas où son absence était certaine, et ce, jusqu'à ce qu'il ait pleinement réalisé la différence entre la présence et l'absence de ce symptôme* ».

De plus, en exprimant la place de ces connaissances procédurales dans le processus d'apprentissage, des études (Winograd, 1975 ; Dreyfus et Dreyfus, 1986 ; Cicourel, 1986) ont mis en cause les connaissances déclaratives et leur contribution dans la construction de l'expertise, tout en les opposant aux connaissances procédurales. Selon ces travaux, la construction de l'expertise est largement dépendante des connaissances de base qui sont essentiellement tacites. Pour cette perspective, l'expertise est largement reliée à la pratique et à l'exercice de l'activité.

Dans la même veine, Tynjälä (2009), citant Polanyi, montre que ces connaissances sont un ensemble de compétences pratiques, de « skills » ou savoir-faire. Il montre que ces savoirs mobilisés dans la pratique conduisent à une génération continue de connaissances et une indétermination dans la connaissance, permettant de ce fait une théorisation de la pratique (Tynjälä, 2009).

C'est dans ce cadre que plusieurs recherches ont proposé de dépasser la distinction entre connaissances déclaratives et procédurales, et de les considérer comme complémentaires.

II.3. Une distinction versus complémentarité

En opposition à ces conceptions, qui séparent les savoirs conceptuels et procéduraux, de nouvelles recherches montrent que l'essence de la connaissance est une combinaison entre les deux types de connaissances, en les considérant comme un ensemble cohérent dans lequel l'une améliore l'autre.

S'intéressant à la dynamique de construction d'expertise dans le domaine médical, De Fornel (1990, p. 66) a souligné que « *la spécificité d'un expert ne tient pas tant dans le mode de représentation des connaissances qu'on lui prête que dans sa capacité de traduire son savoir en action. L'expertise n'est pas seulement organisée fonctionnellement mais aussi tactiquement* ». Dans ce cadre, les connaissances déclaratives ne peuvent, cependant, suffire pour participer à la construction de l'expertise. Les connaissances procédurales acquises par l'expérience sont aussi le fondement de la construction de l'expertise. On souligne, ici, la place incontournables des expériences, construites par la pratique, dans la participation à la construction de la figure de l'expert (Clancey, 1983 ; Scribner, 1985).

En outre, dans son étude sur la dynamique de construction de l'expertise, Tynjälä (2009) a montré la place du savoir tacite et de son rôle dans la conceptualisation à travers les savoirs formels. Ainsi, le savoir procédural investi dans la pratique lors de la vie professionnelle, nourrit donc une théorisation de la pratique. Georges (1985) a souligné que la distinction entre ces deux types de connaissances, à savoir déclaratives et procédurales, réside dans le mode d'expression, ce qui signifie qu'il n'existe pas de différence en ce qui concerne leur contenu. Dans ce même esprit, Férry (2009) a montré que les connaissances procédurales peuvent être déclaratives. Il ne s'agit, cependant pas, de distinguer entre les connaissances déclaratives et procédurales. Dans ce cadre, plusieurs recherches (Anderson et al., 1981 ; Neves et Anderson, 1981 ; Berry, 1985) se sont intéressées à expliciter le processus de *procéduralisation*, qui assure la transformation des connaissances déclaratives en connaissances tacites.

En sus de ces connaissances contribuant à la construction de l'expertise, celle-ci est aussi largement dépendante des connaissances métacognitives sur lesquelles insistait Tynjälä dans sa réflexion sur la construction de l'expertise.

II.4. Les connaissances métacognitives

Ce terme a suscité l'intérêt de plusieurs travaux de recherches dans plusieurs disciplines, telles que la psychologie (Flavell, 1979 ; Flavell et *al.*, 1977), la théorie de traitement de l'information (Brown, 1978 ; Borkowski, Reid et Kurz, 1984), les constructivistes (Piaget, 1976) et la théorie de l'intelligence (Sternberg, 1984). En psychologie par exemple, Flavell (1985) définit le terme « métacognition » comme une « cognition sur la cognition » ; il s'agit donc d'une connaissance qui porte sur elle-même, et implique une attitude de réflexivité.

La psychologie cognitive, s'est intéressée essentiellement à la notion de méta-mémoire et sur son influence sur le processus d'acquisition du savoir. Ce mode de mémorisation doit notamment permettre à l'expert d'établir des relations multiples entre les objets de connaissance, et de faciliter la remémoration.

Flavell (1976) a montré que ces connaissances métacognitives peuvent être relatives :

- À la personne : dans la mesure où il s'agit de connaissances ou de croyances relatives à ses propres connaissances ; ou relatives au fonctionnement cognitif de l'autre, « *sur les différences intra et interindividuelles qui en résultent, et sur les propriétés universelles de la cognition* » (Gagniere, 2010, p.22) ;
- À la tâche : qui concerne les connaissances relatives aux exigences de l'activité cognitive, nécessaires à l'exécution des tâches. Cela suppose ainsi des connaissances sur les caractéristiques de la tâche ;
- À la stratégie : il s'agit de déterminer les stratégies cognitives efficaces pour réaliser les tâches.

S'attachant à enrichir la proposition de Flavell, Baker et Brown (1982) adoptent une distinction de la connaissance cognitive selon que le savoir est statique ou stratégique. Dans ce cadre ils énumèrent les étapes nécessaires à la régulation d'une activité cognitive. Il s'agit de planifier, prédire, prendre des risques et contrôler une activité.

Plusieurs chercheurs (Brown, 1987 ; Schraw et Moshman, 1995 ; Efklides, 2006 ; 2008) ont tenté d'apporter plus de précisions à ce concept en le distinguant des expériences métacognitives et des régulations métacognitives.

a. Les expériences métacognitives

Générées à la suite d'une réflexion consciente sur une situation donnée, les expériences métacognitives peuvent être liées à une croyance d'avoir acquis et mémorisé le nécessaire. Flavell (1976) montre que les expériences métacognitives peuvent renforcer, modifier ou supprimer les connaissances métacognitives, mais elles peuvent aussi conduire à la révision et à l'orientation en vue de rendre les activités cognitives plus efficaces. En adoptant de nouveaux postulats, Efklides (2006 ; 2008) enrichit les propos de Flavell (1979) et montre que les expériences métacognitives ont un rôle important dans le processus d'apprentissage. Les expériences métacognitives se regroupent sous trois formes. Elles se produisent quand il y a un sentiment métacognitif : le sentiment de savoir, le sentiment de familiarité et le sentiment de confiance. Le renforcement d'apprentissage est dépendant des jugements métacognitifs et des estimations métacognitives.

b. Les régulations métacognitives

Pour Flavell (1976 ; 1979) la régulation métacognitive est vue comme une stratégie cognitive. Elle est considérée comme une activité de planification, de monitoring ou de vérification (Brown, 1987) ou comme un contrôle de la cognition (Efklides, 2008), assuré sur la base du contrôle de la stratégie (stratégie d'orientation, de planification, de régulation de traitement cognitif, de vérification, d'évaluation des résultats et d'autorégulation).

A la lumière de ces constatations, on souligne la place de ces connaissances métacognitives dans la compréhension des modes d'acquisition des nouvelles connaissances et dans la dynamique de recontextualisation des connaissances.

Nous constatons que la mobilisation rapide des connaissances, dans différents contextes, constitue les habiletés de l'expert et renvoie à ses capacités d'interprétation des faits pour la garantie des réponses nécessaires aux demandeurs d'expertises. « *On dira aussi que l'interprétation des faits à travers une mobilisation rapide des connaissances caractérise l'intelligence de la situation et la capacité de l'expert à prendre des décisions très rapidement sur la conduite à tenir* » (Dubois et al., 2006, p. 7). L'atteinte de cette intelligence de la situation est dépendante, ainsi, de la capacité d'analyse et des connaissances théoriques et pratiques possédées et mobilisées.

III. Articulation entre connaissances et compétences

L'expert fonde ses jugements et ses actions sur une compétence qui le légitime (Calafat, 2011). Une telle compétence, qui repose sur les expériences, la maîtrise du savoir, la reconnaissance

institutionnelle et sociale... (Backouche, 2008) a fait l'objet de nombreux travaux de recherches (essentiellement francophones) à la fois dans le domaine de la stratégie (Cremer et Meschi, 1996 ; Meschi, 1997 ; Durand, 2000), et des RH (Courpasson et Livian, 1991 ; Freiche 1992 ; Aubre et al., 1993 ; Defélix et al., 2006). « Être compétent » se traduit, non pas seulement par la détention de connaissances et de savoirs mais aussi, par la capacité à mobiliser ces connaissances dans des situations diverses. Dans ce sens, Le Boterf (2010) montre que les compétences représentent de « vraies richesses » détenues par des individus considérés comme de vrais créateurs de valeur.

Dans un autre ordre d'idées, nous soulignons que la compétence prend différents niveaux : individuel, collectif, organisationnel, et environnemental. Nous nous intéressons ici à présenter l'importance de la compétence individuelle qui peut être dépeinte comme une logique de GRH (Courpasson et livian, 1991 ; Grimand, 2009). Jolis (1998), souligne que la compétence individuelle représente un processus qui unit « des compétences pratiques, théoriques et sociales ». Rouby et Thomas (2004) montrent à leur gré, que la compétence individuelle est un ensemble assez « *stable et structuré de pratiques maîtrisées, de conduites professionnelles et de connaissances, que des personnes ont acquises par la formation et l'expérience et qu'elles peuvent actualiser dans des conduites professionnelles validées par l'entreprise.* » Pour Defélix et al. (2009), la compétence individuelle est largement attachée à un ensemble de ressources, elle peut être définie comme « une combinaison de ressources » (des ressources d'évaluation, des ressources de contenu qui représentent l'ensemble de savoirs et de savoir-faire, des ressources de comportement, des ressources personnelles, des ressources ad hoc qui sont représentées sous la forme d'objectifs clairs), incitant un individu à établir une action donnée. Nous déduisons, de ce qui précède, que ces ressources agissent largement dans la construction du statut de l'expert et dans le renforcement de ses bases cognitives.

D'autres recherches (Angué, 2009 ; Retour, 2005) ont complété ces travaux, en mettant en évidence le rôle fondateur des aspects intangibles dans le développement de cette compétence qui se trouve largement dépendante des connaissances, des expériences pratiques et d'assise comportementale. Ainsi, au sein de l'organisation plusieurs facteurs clefs assurent le développement de la notion de compétence individuelle, à savoir, la Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences (GPEC), la formation, la gestion des carrières... (Paraponaris, 2003 ; Roger, 2004 ; Retour, 2005).

Ces recherches portent essentiellement sur l'hypothèse que les personnes sont insérées dans le cadre organisationnel du salariat, où la fonction RH est exercée pleinement avec tous ses outils.

Or notre objet porte sur la construction de l'expertise et donc celle de la légitimité professionnelle des praticiens en profession libérale. Dans ce cadre d'activités, il n'existe pas de hiérarchie responsable de la gestion des compétences. C'est pour cela que nous mettons l'accent sur l'auto-direction dans l'apprentissage et sur la formation pour nos praticiens en SSNC. La notion de compétence est tout de même pertinente pour ces acteurs lorsqu'ils souhaitent se former, et décrypter l'offre de formation à partir des référentiels formations que la notion de compétence permet d'explicitier. L'offre de formation en fonction des compétences rend, ainsi, plus visibles les problèmes auxquels permettent de répondre les savoirs enseignés. Ces praticiens peuvent s'estimer eux-mêmes compétents, en relation avec les formations suivies et la pratique, ainsi qu'avec leur reconnaissance par les pairs dans le cadre d'échanges et de partages au sein des réseaux professionnels associatifs.

Dans ce sens les arguments employés lors du recours à l'expert conduisent à l'étude de la notion de compétence. Ceci permet aussi de différencier les méthodes et les outils utilisés pour assurer le passage du « novice » à « expert ».

IV. Le passage du novice à l'expert

L'expert est sollicité dans des contextes où il doit répondre parfaitement à la demande d'expertise, notamment en mobilisant son savoir et ses expériences. Il est jugé en fonction de l'étendue de ses connaissances et des réponses fines par rapport aux problèmes à résoudre et aux actions à entreprendre. Son savoir constitue les repères pertinents pour agir et pour proposer des actions adaptées aux demandeurs d'expertises (Bootz et Schenk, 2012 ; Dubois et *al.*, 2006). Ainsi, l'expert est familiarisé avec les connaissances relevant de son domaine d'expertise, classiquement défini comme des connaissances spécifiques pour l'action (Lascoumes, 2002, P. 369).

Notons de plus que la notion d'expert est largement abordée en théorie en faisant référence à la notion de novice. Ce dernier est caractérisé par l'utilisation des règles théoriques, plutôt que par l'expérience, ce qui prouve que « *le recours à des schémas intuitifs reflète une forme d'immaturité* » (Bootz et Schenk, 2014, p.82). En outre, le novice développe « *une approche fragmentaire et analytique des situations. Il semble isoler les faits et les relier à des connaissances apprises et à des règles opératoires qu'il découvre ou qu'on lui a enseignées* » (Dubois et *al.*, 2006). Ainsi, contrairement à l'expert, qui dispose de connaissances et d'une expérience lui permettant de bien évaluer la situation, de résoudre le problème et d'appréhender

de nombreuses situations particulières par une sorte de démarche d'application (Dubois et *al.*, 2006), le novice ne dispose d'aucune expérience.

Piaget (1975) reconnaît la place de l'expérience, confrontée à la connaissance, dans la construction des règles ou des connaissances générales robustes. En construisant progressivement son expertise, le novice cherche à reconnaître les situations particulières à partir de règles générales. Dans le passage des règles abstraites à des cas particuliers, nous retrouvons la question de la contextualisation (Bootz et Schenk, 2014). De ce fait, l'expert est jugé pour sa capacité à contextualiser en permanence ses savoirs et savoir-faire (Dubois et *al.*, 2006 ; Bootz et Schenk, 2014). Dans cet esprit, les écrits de Saint Arnaud (1992) nous rappellent que la connaissance de l'expert ne se caractérise pas par la force de ses modèles théoriques assimilés, mais plutôt par la variété des expériences travaillées et pensées. A ce titre, l'expert se situerait entre le savant et l'homme d'action, où son expertise témoigne non seulement de ses connaissances de métier mais aussi de sa « science de l'action » (Saint Arnaud, 1992).

Section 3 : La dimension sociale de l'expert

Le recours à l'expert pose la question de sa reconnaissance sociale (Dubois et *al.*, 2006 ; Bootz et Schenk, 2014). Bootz et Schenk (2014) montrent qu'une fois sollicité, l'expert, doit répondre à la demande d'expertise à travers une mobilisation de ses connaissances et de ses expériences. « *Cette relation entre l'expert et le demandeur d'expertise constitue le point central d'une vision sociale de l'expert* » (Bootz et Schenk, 2014, p. 23). Ainsi, la sollicitation « *repose sur une reconnaissance a priori* » (Bootz et Schenk, 2014, p. 23) et ne peut avoir lieu que si l'expert est crédité d'une confiance auprès du demandeur d'expertise. Elle peut s'appuyer sur des signaux forts (tels que le diplôme, la réputation des écoles de formations, l'inscription à l'ordre des médecins...), observables par le demandeur qualifiant formellement l'expert, ou sur des signaux faibles relevant uniquement du subjectif (Bootz et Schenk, 2014). Nous soulignons dans ce cadre que la reconnaissance de l'expert est déterminée selon des critères formels et informels.

Nous estimons que c'est le cas pour nos praticiens en SSNC qui sont soumis à des évaluations et des jugements de leur savoir, en fonction des attentes et des demandes escomptées. Nous pensons que ces évaluations portent sur l'étendue d'une validation institutionnelle des savoirs et sur des facteurs tels que la réputation et l'image. En particulier, en observant le nombre important des associations et des fédérations, nous pensons que le cadre associatif joue un rôle important dans la reconnaissance des savoirs des praticiens en SSNC, dans la mesure où ce cadre est largement présent, comme un réseau au service de l'évolution et de la reconnaissance des SSNC et comme un lieu en faveur de l'intérêt du praticien, lui offrant une possibilité d'acquérir une crédibilité sociale et professionnelle.

Il nous paraît utile d'apporter des éléments proches à la notion de socialisation telle que la notion de reconnaissance.

I. Le concept de reconnaissance

Ce concept a fait l'objet de plusieurs travaux de recherches dans différentes disciplines telles que la philosophie, la psychologie, la sociologie et même la biologie. S'intéressant aux sciences de gestion, Jeannerod-Dumouchel (2014) montre que ce concept peut signifier l'identification d'un autre, la légitimation d'un statut, la gratitude... Les travaux de Roche (2015), ont montré que le concept de reconnaissance prend tout son sens lorsqu'il s'agit de mettre en évidence la notion de performance. A ce niveau, de nombreuses études se sont intéressées aux modalités de performance pour agir sur la reconnaissance (Pierre et Jouvenot, 2010).

Honneth (1992) a souligné la place que jouent le rapport inter-individuel et la société dans la garantie de la reconnaissance affective et la reconnaissance des capacités spécifiques dans l'atteinte des objectifs communs. Dans cette même veine, le concept wébérien montre qu'il s'agit d'une « relation sociale », c'est-à-dire au sens de l'existence des partenaires d'interaction. Renault (2004, p. 181) a montré que la reconnaissance est « *la confirmation intersubjective d'un rapport positif à soi inter-subjectivement constitué ; en d'autres termes, la confirmation par autrui de la conviction acquise par un individu de sa propre valeur, à l'issue de différents processus d'identification* ». Ainsi, la reconnaissance contribue largement à décrire les types de relations avec soi-même et avec les autres. Une telle reconnaissance peut s'inscrire dans une relation « d'entraide et de réciprocité » (Roche, 2015). Elle est définie à travers la relation de confiance entre les personnes, qui débouche sur une auto-valorisation. De même, dans le cadre professionnel, le respect des exigences du travail porte sur une reconnaissance manifestée par plusieurs formes de *récompenses* (promotions, de nouvelles responsabilités, titres, augmentation du salaire). Ainsi, Roche, (2015) montre que cette reconnaissance est mobilisée à travers la relation de la personne au groupe et se présente dans une structure hiérarchisée en lien avec les statuts et la valeur du groupe social. Se révélant « une affaire d'intention et de perception » (St-Onge et al., 2005), cette reconnaissance contribue à alimenter un sentiment *d'accomplissement* et une perception, d'ensemble, par l'individu de son utilité et de son sentiment de progresser. Dans ce cadre, elle est « *associée à la notion d'identité et au besoin fondamental de se sentir exister* » (Ricœur, 2004), agissant, alors, fortement sur l'équilibre identitaire des individus (Dejours, 1998).

Cependant, la reconnaissance peut définir et soutenir des formes de « déni » et de « mépris » (Renault, 2004). Roche (2015) a enrichi cette idée en soulignant que la reconnaissance s'oppose à toute forme de déni, c'est-à-dire à l'absence totale de reconnaissance perçue. Dans ce sens, la non reconnaissance peut aussi être perçue comme du « mépris » (Roche, 2015) c'est-à-dire comme la perception d'être reconnu au-dessous de ses capacités et du statut que l'individu estime avoir acquis (Honneth, 1992).

Dans notre recherche, nous pensons que les praticiens en SSNC sont invités à mobiliser des actions à travers l'apprentissage afin de garantir une reconnaissance professionnelle. Cette reconnaissance est fondée sur la capacité des praticiens à faire face au déni et ou au mépris. Nous pensons que leur expertise dans le domaine des SSNC est une meilleure réponse à ces formes de déni et de mépris permettant l'acquisition d'une légitimité professionnelle.

II. La reconnaissance professionnelle dans le courant de l'entrepreneuriat

Rappelons que les praticiens en SSNC sont guidés par des contraintes normatives, législatives et sociétales qui pèsent sur l'exercice de leur pratique. Dans ce cadre nous considérons le praticien comme un entrepreneur qui, malgré les contraintes qu'il subit, prouve encore son existence et l'efficacité de ses pratiques. Il cherche à sortir des conditions qui lui ont été imposées et à devenir un acteur qui crée, pour son propre compte et pour les autres, de nouvelles opportunités pour s'imposer indépendamment des jugements contradictoires. En conséquence, il nous paraît pertinent de déterminer les actions mobilisées par les praticiens « entrepreneurs » afin de se reconnaître professionnellement.

La question de la reconnaissance professionnelle, formulée de la manière la plus globale, est celle de l'identité sociale et de l'évaluation des qualités essentielles d'un métier. Donc, ce concept, dans le contexte de la professionnalisation des acteurs, est au croisement d'enjeux identitaires et d'enjeux évaluatifs qui impliquent un regard appréciatif sur l'activité effective (Jorro et Wittorski, 2013). La reconnaissance professionnelle concerne, ainsi, les appréciations relatives aux compétences et aux gestes professionnels mobilisés en contexte.

Dans le cas de nos praticiens non-salariés, ce sont surtout les usagers qui peuvent apprécier ces compétences et ces gestes professionnels, sans que toutefois cela soit explicite. Il s'agit plus de ressenti et de constat par rapport à l'évolution de l'état de santé. Les pairs peuvent apprécier les compétences et les gestes professionnels seulement sous certaines conditions. Nous pensons notamment aux activités de partage de savoirs dans le cadre associatif ou de réseaux personnels professionnels.

Dans le courant entrepreneurial, l'idée de la reconnaissance d'un métier ou de reconnaissance professionnelle, partage pour une part les analyses précédentes. Ainsi, Torres (2014) montre que la reconnaissance d'un métier ou, plus spécifiquement, d'un individu qui l'accomplit, se construit à travers les tâches attendues et les missions à remplir. La première source d'une référence professionnelle est d'abord interne, propre au milieu au sein duquel s'exécute la mission. D'un point de vue organisationnel, Torres (2014) souligne que l'attribution à chacun des places et des rôles, des référentiels de poste et des textes, par l'entreprise, constituent les statuts professionnels, encadrent et définissent une identité fonctionnelle. Une telle reconnaissance est alors à la fois normative et objective, statutaire et liée à l'exercice concret d'un métier. Dans cette même veine, plusieurs recherches montrent que la reconnaissance professionnelle dans la société est une condition essentielle de la construction de l'identité professionnelle (Honneth, 1992 ; Akremi, Sassi, Bouzidi, 2009). « *La reconnaissance*

professionnelle est ainsi la conjugaison, plus ou moins harmonieuse, plus ou moins librement choisie, des attentes professionnelles à caractère normatif, des exigences culturelles de la société face à ses besoins, et des projections identitaires et subjectives de l'individu au travail ». (Torres, 2014, p.144).

Cependant, l'objet d'étude, qui est souvent l'entrepreneur dans ce courant, conduit les auteurs à offrir un point de vue complémentaire voire critique sur ce qui fait la reconnaissance sociale d'un métier. Torres (2014) précise que les individus porteurs de ce rôle interne attendent de la société une autre forme de reconnaissance. La société, qui possède des attentes et des exigences, porte d'autres critères d'appréciation. Ainsi, l'image sociale de certaines professions, comme celle de l'entrepreneur, peut subir quelques divergences de jugement.

Nous estimons que cela peut être le cas pour nos praticiens non-salariés en SSNC. « *La reconnaissance sociale d'un métier se caractérise ainsi par son lien direct avec les valeurs unanimement partagées, avec ce qui renvoie à l'identité culturelle d'une communauté. Au-delà des prescriptions professionnelles et des exigences d'efficacité au travail, elle est, au sens littéral du terme, éthique : c'est-à-dire fondée sur les mœurs et les principes qui définissent une existence sociale.* » (Torres, 2014, p.143)

Torres (2014) rajoute un troisième mode de reconnaissance, c'est celui par lequel l'individu lui-même reconnaît sa propre activité professionnelle. Se reconnaître soi-même dans son travail, est une forme d'appartenance professionnelle, constitutive de son être. Cette forme d'auto-reconnaissance se nourrit des deux autres types de reconnaissance précités. Construite sur l'image professionnelle de l'organisation du travail et de la société, cette reconnaissance est donc à la fois subjective et relative, liée aux valeurs personnelles, à la modalité propre de ses liens avec sa communauté sociale et ses engagements. Ce troisième mode de reconnaissance qui est l'auto-reconnaissance nous semble particulièrement pertinent pour notre objet d'étude. En effet, cette auto-reconnaissance pourrait jouer un rôle fort dans la construction de l'expertise comme base de la construction de la légitimité professionnelle des praticiens en SSNC.

Cette idée d'auto-reconnaissance en relation avec notre objet nous intéresse fortement et nous nous proposons de l'approfondir en analysant la relation entre l'expert et l'utilisateur des services de l'expert. Cette relation relève de la confiance. Le demandeur fait confiance au jugement de l'expert pour son analyse d'une situation problématique et pour sa décision. La confiance peut s'interpréter comme l'anticipation qu'un partenaire n'adoptera pas de comportement opportuniste même face à des incitations de court terme (Bradach et Eccles 1984, Chiles et McMackin, 1996). Au-delà de cette définition, notons que la confiance accordée à un

expert, concerne à la fois les compétences de l'expert et sa bonne foi ou « neutralité ». Cette dualité se retrouve dans la vision développée par Nooteboom (1999), qui opère une distinction entre la confiance dans des compétences et la confiance dans des intentions.

L'existence d'une confiance dans les intentions de l'expert requiert dans la plupart des cas une neutralité de l'expert vis-à-vis du système observé. L'expert n'est pas un acteur en tant que tel de ce système et à ce titre, n'a aucune raison directe d'en avoir une vision biaisée ou intéressée. La nécessaire confiance dans les compétences de l'expert fait apparaître une forme de contradiction : comment avoir confiance en des compétences que l'on ne détient pas ? Question pertinente dans le cas des patients vis-à-vis des praticiens. En d'autres termes, il existe une tension entre l'existence d'une distance cognitive (Nooteboom, 2000, 2002) entre l'expert et le demandeur (le demandeur ne possède pas les connaissances requises et fait appel à un expert) et la nécessité d'évaluer les compétences détenues par l'expert. On retrouve l'idée de paradoxe de l'information associée à la notion de confiance (Nooteboom, 2000, 2002) : la confiance est tout à la fois basée sur des informations et le résultat d'un manque d'informations. Cette distance cognitive entre l'expert et le demandeur peut être appréhendée en termes de savoirs, savoir-faire et savoir être. Si le demandeur peut accéder par ses propres moyens à un certain nombre d'informations sur le problème qui le préoccupe et se constituer un stock de connaissances, il n'en est pas de même des savoir-faire et savoir être dont l'acquisition se développe au travers l'expérience. Dubois et *al.* (2006) montrent que le demandeur peut réduire la distance cognitive marquée par des savoirs, mais les distances reposant sur des connaissances opératoires et des attitudes apparaissent beaucoup plus déterminantes dans l'affirmation d'un rapport d'autorité entre l'expert et le demandeur. Le demandeur pourra évaluer et donc faire confiance à l'expert s'il détient les savoirs qui lui permettront de s'approprier, à travers une connaissance qui lui est propre, le problème qui se pose à lui. Si le demandeur sait et connaît, il ne sait pas pour autant comment faire pour résoudre son problème. Le demandeur détient, alors, des compétences dont la zone de recouvrement des compétences de l'expert ne concerne qu'une partie des savoirs de l'expert et non ses savoir-faire et savoir être (Dubois et *al.*, 2006). En prenant appui sur les travaux des auteurs précités, notamment ceux de Dubois et *al.* (2006) et de ceux de Nottboom (2002), on peut dire qu'une confiance inconditionnelle revêt un caractère irrationnel. Dans nombre de cas, la confiance résulte d'expériences positives ou d'une histoire passée entre parties. Cette confiance peut être relayée par des mécanismes de type bouche-à-oreille, comme cela peut être le cas pour un bon praticien qui parvient ainsi à développer sa clientèle ou patientèle.

Nous soutenons que la confiance accordée à un expert résulte de compétences et d'intentions qu'il a su signaler par ses actions ou contributions vis-à-vis d'un autre ou d'un groupe. La confiance dont bénéficie l'expert auprès d'autres personnes a un caractère rétrospectif. Cette confiance pourra se renforcer ou s'effriter à mesure que ses apports sont jugés pertinents ou non. Il en va différemment quand l'expert est institutionnellement reconnu. La confiance que lui accorde l'institution qui le désigne résulte d'un schéma largement explicite (respect de certains critères prédéfinis, tels l'obtention des diplômes, titres, certificats associés à une expérience professionnelle).

Nous supposons que cette confiance accordée par les autres peut jouer un rôle dans l'auto-reconnaissance, et le renforcement cognitif pour les praticiens. Nous pouvons également noter que l'engagement en profession dans le domaine des SSNC- où la reconnaissance de ces pratiques est variable et le statut qui leur est fait est extrêmement divers d'une pratique à une autre et d'un segment professionnel en SSNC à un autre- est dépendant de la capacité des praticiens à s'engager dans une approche en termes de production des actions aboutissant à la reconnaissance et la légitimation de leurs savoirs spécifiques. Nous pouvons avancer dans ce cadre pour dire que l'engagement, en amont, dans ces actions est lié aux capacités des praticiens à prendre l'initiative « *avec ou sans l'aide d'autrui, de déterminer leurs besoins de formation, (...) de sélectionner et de mettre en œuvre les stratégies de formation adéquates, d'évaluer les résultats de leur formation* » (Knowles, 1975, p. 18). Nous pouvons souligner à ce niveau la place des comportements entrepreneuriaux et des dispositifs d'interprétation subjectifs que le praticien a de son comportement et de ses caractéristiques personnelles. Les travaux de recherches, d'orientation sociocognitive, ont mis en exergue la place que jouent les perceptions motivationnelles à l'égard de la formation. Il s'agit notamment de *la perception d'efficacité personnelle* (Bandura, 2002). Ces perceptions personnelles motivationnelles participent à la construction d'un comportement entrepreneurial et sont notamment à l'origine des décisions prises par la personne à l'égard de sa formation et de ses apprentissages autodirigés.

Section 4. Les théories entrepreneuriales au service de la construction de l'expertise

I. Des attitudes favorables à l'apprentissage expérientiel : le comportement de l'entrepreneur

Le comportement des praticiens indépendants peut être rapproché de celui de l'entrepreneur quant à la construction des savoirs et à la reconnaissance sociale, nécessaires à la constitution de leur marché. Ceci nous conduit à aller chercher dans la théorie entrepreneuriale de l'apprentissage des éléments conceptuels sur la dynamique d'apprentissage de l'entrepreneur. L'efficacité de ces entrepreneurs peut s'inscrire dans une approche en termes d'agencement de processus d'interaction décrits par une dialectique entre le savoir personnel et le savoir social (Babeua et Chanlat, 2008). Si on s'attache à définir la notion de l'entrepreneur, on remarque qu'elle a été appréhendée de différentes manières. En sociologie, par exemple, l'entrepreneur est défini par rapport à sa manière de se défaire d'une norme afin d'assurer la transformation et la production des changements (Garud et Karnoe, 2001). Sa réussite est dépendante de sa légitimité auprès des acteurs de la société (Lounsbury et Glynn, 2001), mais aussi de ses modes d'actions à travers la détermination de son comportement. Cependant, les écrits anglo-saxons se sont surtout intéressés aux caractéristiques psychologiques de l'entrepreneur, essentiellement à ses « traits de personnalité ». En réalité ces caractéristiques sont au croisement des spécificités identitaires et des particularités comportementales. Il s'agit de la possession des habilités relationnelles interpersonnelles, de la persévérance, du respect des engagements, de la responsabilité... L'idée de la mobilisation des actions entrepreneuriales est largement déterminée par ces attitudes comportementales et des capacités à communiquer et à négocier pour faire adhérer autrui à son projet.

Ces travaux nous intéressent tout particulièrement, car nous pensons que la réussite des praticiens entrepreneurs en SSNC est dépendante des spécificités identitaires, ainsi que de leurs actions mobilisées afin de s'imposer face aux différentes sortes de difficultés. En revanche, ces actions n'auront de valeur que lorsqu'elles seront évaluées et jugées par des demandeurs de soins. Ce jugement peut porter aussi sur la nature des formations suivies et le mode d'apprentissage effectué.

Nous soulignons que les entrepreneurs sont les acteurs de leurs propres activités. Ils conçoivent eux-mêmes des programmes d'action, anticipent sur les conséquences supposées, et construisent les buts et les défis pour motiver, guider et réguler leurs activités, dans les limites de leurs possibilités perçues. Nous constatons que l'acquisition du savoir est le résultat d'efforts

personnels résultant d'un apprentissage autodirigé, souvent réalisé à travers des enjeux de sentiments d'efficacité personnelle. Donc, l'analyse des phénomènes d'engagement en apprentissage, pour l'entrepreneur, nécessite la mise en perspective d'une approche centrée sur les aspects cognitifs et motivationnels. De plus, l'entrepreneur exerce dans un champ d'activité, particulier, où l'expérience conduit à de nouvelles actions et à la constitution de nouveaux éléments des schémas d'activité. On pourra avancer dans ce postulat pour dire que le développement de ces savoirs est souvent le résultat d'un apprentissage par l'expérience. Ceci a été théorisé plus particulièrement dans le courant de l'apprentissage expérientiel en entrepreneuriat.

En effet, la notion d'apprentissage expérientiel en entrepreneuriat de Kolb (1984) représente la théorie la plus influente et la plus répandue dans les théories de l'apprentissage (Vince, 1998). Kolb, le père fondateur du cycle d'apprentissage, a mis en évidence l'expérience comme un facteur d'apprentissage et de développement (Kolb, 1984). Ce type d'apprentissage par l'expérience est décrit comme un processus regroupant différentes étapes, passant de l'expérience concrète à la validation des concepts et des généralités.

Dans son cycle d'apprentissage, Kolb nous renseigne sur la dynamique de construction des connaissances à travers la transformation de l'expérience. Il identifie deux dimensions à l'origine de l'apprentissage : l'acquisition et la transformation. Dans ce sens, « *l'apprentissage expérientiel est un processus par lequel des connaissances sont créées à partir d'une transformation de l'expérience. Ces connaissances nouvelles résultent de la saisie (préhension) de l'expérience et de sa transformation* » (Kolb, 1985).

Les travaux de Piaget (1975) sur cette notion s'orientent vers un autre aspect et s'appuient sur la manière de structurer l'apprentissage. Piaget envisage l'apprentissage dans une perspective temporelle en le définissant comme opposé aux « contenus » et aux règles préexistantes, et affirme que le but de l'apprentissage par l'expérience est l'apport des transformations à la réalité. Il montre alors que les expériences sont à l'origine des actions de transformations et de changements.

Par rapport à ces enjeux de compréhension de l'apprentissage, les courants théoriques s'accordent sur le fait que l'apprentissage expérientiel est un outil de développement permettant de promouvoir le progrès et d'instaurer des idées d'une société moderne (Dewey, 1938 ; Jarvis, 1987 ; Piaget, 1969). Dans le même ordre d'idées, Dewey (1938) renforce cette affirmation pour montrer que l'apprentissage expérientiel s'inscrit dans une approche en termes d'agencement de processus d'interaction entre l'acteur et son environnement. L'expérience

influence les attitudes, les exigences et les comportements personnels. Chaque expérience assurant un changement des situations environnementales (Dewey, 1938). Dewey développe encore ses affirmations, et voit la relation entre l'environnement et l'acteur comme une « transaction », plutôt qu'une « interaction ». Dans la mesure où l'apprentissage par l'expérience ne répond pas seulement aux exigences de l'environnement, mais tente de créer de nouveaux savoirs et de nouveaux modes de vie, considérés comme des réponses adéquates à une situation donnée. Ainsi « *L'essence de cette expérience d'apprentissage est un processus transactionnel dans lequel les membres négocient à chaque tentative d'influencer ou de contrôler le cours des événements et de satisfaire leurs besoins propres* » (Kolb, 1984).

Contrairement à ces postulats, Krueger (2007) propose des prémisses différentes. Il met en évidence l'importance de passage d'un entrepreneur novice à un entrepreneur expert, en développant un modèle constructiviste de l'apprentissage. Krueger (2007, p.124), met en exergue l'importance de la construction de l'expertise d'un entrepreneur tout en mettant en lumière la dimension des intentions entrepreneuriales « *qui sont précédées par des attitudes entrepreneuriales ; qui sont précédées par des structures cognitives ; qui sont précédées par des convictions profondes* ». Dans ce cadre, Krueger s'intéresse à une expertise originale « *reflétée par des changements significatifs dans la structure cognitive profonde, ponctués par des expériences de développement critiques* ». (Krueger, 2007, p.125).

Nous pouvons avancer que nous nous situons dans cette logique, dans la mesure où nous estimons que la construction de l'expertise du praticien entrepreneur est largement dépendante de ses expériences. En particulier, nous pensons que ses expériences d'apprentissage lui permettent une structuration des connaissances et des changements des croyances conduisant à une évolution professionnelle. Ces expériences sont appelées des expériences de développement critiques.

Ainsi, nous supposons que la construction de la figure de l'expert dans la pratique des SSNC est dépendante de ces expériences d'apprentissage et que ceci est largement lié à leur motivation qui est influencée par des attitudes personnelles, en termes de croyances en efficacité personnelle.

II. Le sentiment d'auto-efficacité : un prédicateur à l'action d'entreprendre

Selon Bandura (1980), le vecteur le plus puissant dans l'ensemble des capacités qui régissent les actions, les affects et qui agissent sur les motivations humaines, est le sentiment d'efficacité personnelle. Celui-ci fait référence à des jugements personnels portés par le sujet sur ses propres capacités d'action (croyances en ses compétences, au changement et au développement

personnel) (Bandura, 1980). S'inspirant des travaux de Bandura (1997), Carré (2004, p.41) montre que « *l'auto-efficacité perçue concerne les croyances des gens dans leurs capacités à agir de façon à maîtriser les événements qui affectent leurs existences (...). Si les gens ne pensent pas qu'ils peuvent produire les résultats qu'ils désirent par leurs actions, ils ont peu de raisons pour agir ou persévérer en face à des difficultés* ». De plus, Bandura (2002) stipule que « *si les gens ne sont pas convaincus qu'ils peuvent obtenir les résultats qu'ils souhaitent grâce à leur propre action, ils auront peu de raisons d'agir ou de persévérer face aux difficultés* ».

En effet, les jugements d'auto-efficacité sont fortement corrélés à des expériences (Bandura, 2002). Ainsi, ces expériences sont le vecteur le plus puissant pour assurer l'apprentissage et représentent alors le fondement des motivations humaines (Carré, 2004). En particulier, les effets d'expérience nourrissent au fur et à mesure les connaissances et les savoirs personnels et représentent une source d'amélioration de sentiment d'efficacité personnel.

A la lumière de cela, nous pensons que la continuité des praticiens à poursuivre leurs buts et leurs actions dans le domaine des soins de santé non conventionnels, dépend largement de leurs sentiments d'efficacité personnelle. La croyance quant à leurs capacités de réaliser des performances particulières contribue à augmenter leur degré d'engagement dans l'action et dans l'investissement dans l'exercice de la pratique. Ce sentiment d'efficacité personnelle constitue un facteur motivationnel d'engagement dans l'action, surtout quand il s'agit de l'action d'entreprendre.

Nous pouvons déduire alors que la transformation de l'action et la résolution de problèmes ne pourront pas se réaliser à travers l'application des règles et procédures, mais plutôt grâce à des capacités d'entreprendre qui sont influencées par les sentiments d'efficacité personnelle.

De plus, par rapport à certaines notions développées par le courant behavioriste, Bandura (1986) met en évidence le rôle que joue « l'auto-direction » dans l'apprentissage. Il montre qu'en développant un fort sentiment d'auto-efficacité, l'individu tendra d'évaluer ses actions, d'apporter la correction et la régulation nécessaires (Bandura, 1980). Selon lui « *les gens conçoivent par eux-mêmes des programmes d'action, anticipent sur leurs conséquences supposées, et se construisent buts et défis pour motiver, guider et réguler leurs activités, dans les limites de leurs possibilités perçues et objectives. Dans ce cadre, ils adoptent des standards d'action qui leur permettent de situer et d'évaluer leur motivation et leur comportement par rapport à des critères qui leur sont propres. La capacité humaine d'auto-direction est un des*

aspects de la théorie sociocognitive qui la rend particulièrement adaptée aux temps actuels » (Carré, 2004, p.20).

Ainsi, en accordant un rôle central aux processus cognitifs, autorégulateurs et autoréflexifs dans l'adaptation au changement, Bandura définit la perspective « d'agentivité » où il met en évidence la place de l'acteur dans l'action et dans l'exercice d'influence personnelle sur son propre fonctionnement. Les recherches sur ce concept d'agentivité se sont développées pour montrer l'existence d'une structure causale interdépendante où les individus se révèlent être producteurs et produits des systèmes sociaux. Pour Bandura, la grande mobilité humaine démontre non seulement la capacité à suivre le changement de l'environnement, mais aussi la capacité à justifier des preuves suffisantes pour le réguler.

On souligne à ce titre que « *du point de vue sociocognitif, ce potentiel d'auto-direction est servi par la caractéristique majeure de l'espèce humaine, à savoir sa capacité permanente à changer et à apprendre* » (Carré, 2004, p.20). Par ailleurs, l'action et la résolution de problème ne pourra pas se réaliser à travers l'application des règles et procédures, mais plutôt grâce aux capacités des acteurs à réaliser les objectifs, non seulement par des efforts auto-incitateurs, mais également à partir des capacités à orienter les opportunités de l'environnement en leur faveur. Nous pensons qu'en assurant un apprentissage autodirigé, les praticiens en SSNC conçoivent eux-mêmes leurs programmes d'action. Cet apprentissage autodirigé oriente le changement et donne aux acteurs les conduites nécessaires pour construire leurs actions (Bandura, 1986).

Enfin, nous pouvons rajouter que l'engagement dans l'apprentissage autodirigé est dépendant des croyances en l'efficacité personnelle. Parallèlement, l'apprentissage autodirigé constitue un facteur de renforcement du sentiment d'efficacité personnelle. Ceci ne pourra avoir lieu qu'en présence d'un certain nombre d'opportunités d'apprentissage (Guglielmino, 2008). Il s'agit de :

- La disponibilité aux opportunités d'apprentissage
- La créativité
- La croyance en ses propres efficacités
- L'initiative
- La responsabilité et l'acceptation de prendre des risques
- La proactivité et la projection vers le futur
- La mobilisation des ressources
- La volonté d'apprentissage

Ce que nous retenons du courant théorique sur les experts et leur approche entrepreneuriale

A partir de ces différentes sections, nous pensons que l'enjeu primordial pour le praticien en SSNC est de devenir un expert, afin de pouvoir vivre de son métier. Comme nous l'avons souligné, l'expert est une personne compétente dans un domaine précis, disposant de connaissances, de savoir-faire et d'une habileté à mobiliser et à opérationnaliser ses connaissances à force de répétition et de mise en pratique, reposant, donc, sur des expériences particulières et d'une capacité d'adaptation à différentes situations. Cependant, ce type de définition n'explique pas comment se construit l'expertise, or c'est bien ce qui nous intéresse ici d'un point de vue des sciences de gestion et de management des connaissances dans les réseaux. En effet, la plupart des courants théoriques en sciences de gestion sur la notion d'expert ne se sont pas concentrés sur la dynamique d'apprentissage du point de vue de l'individu, même s'il s'agit d'un apprentissage contextualisé.

Nous retenons quand même du côté de la dimension cognitive, l'importance de la stratégie cognitive ou métacognition, combinant des connaissances de type déclaratives (savoir théorique, concept, modèle) et des connaissances de type procédurales (savoir-faire), pour constituer l'expertise. Dans ce cadre nous supposons que la dynamique d'apprentissage par transfert à partir des autres, ainsi que l'apprentissage autodirigé, peuvent caractériser nos praticiens indépendants.

Du côté de la dimension sociale de l'expert, nous notons que les théories en présence insistent sur la reconnaissance sociale au sein d'une communauté (organisation, communauté de pairs) pour définir ce qu'est un expert. C'est ici le premier mode de reconnaissance sociale. Or dans notre cas d'étude, nous sommes face à des praticiens qui ne sont pas toujours insérés dans une communauté, encore moins dans une organisation dans laquelle ils seraient salariés. Nous retenons, cependant, deux autres modes de reconnaissance sociale mis en évidence par le courant de l'entrepreneuriat et qui semblent pertinents pour nos praticiens.

Au-delà des prescriptions professionnelles et des exigences d'efficacité au travail (Torres, 2014, p.143), la reconnaissance sociale est éthique, c'est-à-dire fondée sur les mœurs et les valeurs qui définissent une existence sociale (Torres, 2014). Cet auteur ajoute un troisième mode de reconnaissance, celui par lequel l'individu lui-même reconnaît sa propre activité professionnelle. Se reconnaître soi-même dans son travail, c'est une forme d'appartenance professionnelle constitutive de son être. Cette forme d'auto-reconnaissance se nourrit des deux autres types de reconnaissance précités, mais surtout elle s'appuierait sur la confiance gagnée

auprès de personnes qui n'ont pas le savoir en question, et dans notre cas auprès des patients. En outre elle jouerait sur le renforcement cognitif, permettant ainsi d'articuler dimension sociale et dimension cognitive de l'expert.

Ces enseignements nous autorisent à compléter une approche dynamique d'acquisition de la légitimité professionnelle, à partir de la construction de l'expertise, impliquant à la fois apprentissage de connaissances et reconnaissance sociale, notamment éthique, et auto-reconnaissance dans le cadre de nos praticiens indépendants.

Nous pouvons rajouter que l'engagement des praticiens dans le domaine des SSNC est dépendant de leurs capacités à construire des buts et des défis pour motiver, guider et réguler leurs activités, dans les limites de leurs possibilités perçues. Nous supposons, ainsi, que ce comportement des praticiens indépendants peut être rapproché de celui de l'entrepreneur. Ce dernier s'engage dans l'action, en mobilisant ses capacités cognitives et en adoptant des modes d'apprentissage autodirigés. L'auto-direction des apprentissages est reliée à des facteurs motivationnels ainsi qu'à des attitudes personnelles en termes de croyances en efficacité personnelle.

Section 5. Modèle d'analyse : articulation entre modes de développement de l'expertise et formes de légitimité

Au travers de cette thèse, nous avons cherché à comprendre le rôle que joue la construction de l'expertise en passant par l'apprentissage et la reconnaissance, dans le soutien à la légitimité professionnelle, pour les praticiens indépendants en SSNC.

Ceci nous a amené à déterminer les composantes du mode de construction de l'expertise et donc de l'apprentissage des praticiens créant une activité indépendante dans le domaine des SSNC. La complexité de l'environnement nous a amené, aussi, à nous interroger sur l'utilité de certains modèles, se limitant à la définition de ce qu'est un expert, sans explication fine du processus d'apprentissage au niveau de l'individu. Or l'approche sociocognitive en entrepreneuriat peut s'avérer importante pour comprendre la dynamique du processus d'apprentissage d'experts isolés, créant leur emploi. Cela à la différence de médecins intégrant des savoirs complémentaires ou alternatifs alors qu'ils sont déjà légitimes et appartiennent à une communauté organisée et reconnue institutionnellement.

Premièrement, nous retenons de cette approche l'idée qu'au-delà de la reconnaissance d'une communauté, la personne exerçant une activité professionnelle, notamment indépendante, peut développer deux autres types de reconnaissance : la reconnaissance de ses propres valeurs partagées dans la société (aspect éthique), et l'auto-reconnaissance appuyée sur la confiance des usagers ou clients bénéficiant des savoirs de l'expert. Deuxièmement, nous avons souligné que l'approche cognitive de l'apprentissage en entrepreneuriat renvoie à une finalité d'amélioration de l'action permettant la transformation des expériences en connaissances (Krueger, 2007). Ainsi, le développement d'un mode d'apprentissage basé sur la cognition assure, au sens de Krueger (2007), la transformation d'un acteur novice en un expert. La compréhension de ce processus nous amène à déterminer les opportunités et les attitudes du praticien, telle la croyance en son efficacité personnelle, qui constitue un élément motivationnel et d'influence sur la conduite d'action contribuant à son engagement dans la vie professionnelle. En effet, nous pensons que le praticien novice qui dispose d'un sentiment d'efficacité personnelle élevé, s'engage dans un apprentissage autodirigé, en plus d'autres dimensions de l'apprentissage. De plus nous estimons que son sentiment d'auto-efficacité est corrélé à un processus métacognitif. Dans ce sens l'engagement vers des actions de régulations et surtout vers un mode d'apprentissage autodirigé conduit à avoir des acteurs actifs, capables de définir leurs buts et d'anticiper les conséquences. Notons aussi que si les acteurs ne sont pas toujours convaincus de leurs capacités personnelles, « *ils auront peu de raisons d'agir ou de persévérer*

face aux difficultés » (Carré, 2004, p.19). Dans ce cadre, nous supposons d'ailleurs que l'efficacité de l'apprentissage est déterminée par « *la disponibilité aux opportunités d'apprentissage, la conception de soi comme un apprenant efficace, l'esprit d'initiative et l'indépendance effective dans l'apprentissage, l'acceptation de la responsabilité de ses propres apprentissages, la passion d'apprendre, la créativité, l'orientation vers le futur, la capacité à utiliser des techniques de base et des compétences de résolution de problème* » (Guglielmino, 1977).

En effet, nous présumons que la manière dont les praticiens s'engagent dans l'exercice de la pratique en SSNC est précédée par des expériences initiales, dont nous cherchons à apprécier les conséquences sur la construction de l'expertise. Ainsi, nous supposons que le praticien en SSNC choisit ses buts et ses objectifs en s'appuyant sur un mode d'apprentissage orienté en début de carrière par des expériences initiatrices.

A la lumière de tout ce qui a été dit, notre première proposition peut être formulée comme suit :

P1 : L'expérience initiale du praticien novice est source d'engagement dans l'apprentissage des SSNC

Une fois engagé dans les SSNC, nous pouvons dire que le praticien novice escompte acquérir un savoir de différentes natures et nous pourrions considérer sa réussite, comme essentiellement, en relation avec la manière dont il assure le développement de ses savoirs. S'il recherche l'excellence professionnelle, le praticien novice se mobilise pour obtenir de nouveaux savoirs théoriques, conceptuels et de nouvelles expériences. Ainsi, il se renforce de ses expériences en situation de travail, et intègre aussi d'autres savoirs par l'auto-apprentissage et par des formations suivies. Dans ce sens, il s'attache à produire une action performante et à répondre aux exigences de la profession (même si elle est émergente), et des demandeurs de soins. Par conséquent, nous pensons qu'il existe une amélioration des qualifications et une amélioration des capacités cognitives, permettant le passage d'un praticien novice à un praticien expert.

Il est crucial de compléter l'approche cognitive de l'apprentissage par une approche approfondissant les modes de construction de l'expertise pour éclairer ensuite sa relation à l'acquisition d'une légitimité professionnelle.

Nous proposons la conjecture selon laquelle, en faisant preuve d'une forte capacité d'auto-direction, de croyance en leur efficacité et d'auto-reconnaissance dans l'apprentissage, les praticiens aboutissent à la construction des nouveaux savoirs spécifiques.

Cependant, si le praticien novice est isolé dans le début de sa carrière, il peut aussi avoir recours à des réseaux de pairs qui se structurent, notamment du point de vue de l'offre de formation et du partage des savoirs.

A partir de ces postulats, nous pouvons formuler notre deuxième proposition comme suit :

P2 : L'apprentissage théorique ou déclaratif et procédural sont fondateurs du processus de construction de l'expertise.

Dans notre travail de recherche, l'acquisition de la légitimité est d'abord pensée à partir du mode d'apprentissage de l'individu, qui peut être inséré ou pas dans des formes de réseaux. D'après Tost (2011) la légitimité d'un professionnel indépendant et les modes de reconnaissance sont similaires à ceux étudiés pour les organisations (Tost, 2011). Les typologies de légitimité, mises en place pour une organisation, prennent donc forme à un niveau plus micro.

Rappelons que la légitimité professionnelle est fondée sur différents modes de reconnaissance de la personne en possession des capacités et des qualités requises pour l'exercice de son métier. Nous pouvons, également, dire que la légitimité renvoie à une catégorie de référentiel. Ainsi, la construction de la légitimité peut reposer sur différentes sources. Notamment, elle peut se fonder sur un savoir cognitif, mais également sur des éléments sociaux tel que le respect des normes sociales et techniques, la personnalité de l'individu, des éléments culturels (construits socialement par des représentations symboliques et cognitives) et sur le respect des intérêts personnels d'autrui... Nous supposons en se référant à la théorie, que la légitimité du praticien, considéré comme expert, est dépendante du mode d'apprentissage et d'acquisition du savoir dans l'interaction entre dimensions cognitive et sociale, tout en s'intéressant un domaine où la légitimité institutionnelle est faible même pour les médecins en SSNC. De plus, nous nous intéressons à des praticiens appartenant à des segments professionnels différents (médecins, thérapeutes et chamans) que nous supposons impliqués dans des formes d'apprentissage variées. Cette différence laisse entendre qu'il existe une construction particulière des connaissances pour chaque segment portant sur les connaissances académiques et théoriques ainsi que sur les connaissances procédurales et expérientielles très ancrées dans sa pratique. Même si l'activité métacognitive permet d'intégrer ces connaissances dans la construction de

l'expertise, des modes d'apprentissage socio-cognitifs différenciés déboucheraient sur une reconnaissance sociale de l'expertise auprès de la société différenciée, se traduisant elle-même par l'acquisition de légitimité professionnelle de différents types selon chaque segment professionnel.

Ainsi, nous formulons notre troisième proposition comme suit :

P3 : Il existe en fonction des différents segments professionnels, différentes manières de construire l'expertise, selon les dimensions cognitives et sociales, qui peuvent déboucher sur l'acquisition de différents types de légitimité professionnelle.

Rappelons que pour rendre compte de la complexité du phénomène et apporter une analyse plus fine, nous avons opté pour une étude comparée des cas étudiés. Pour ce faire, nous avons choisi les terrains français et tunisien, avec pour objectif de déterminer les points de convergences et de divergences, d'améliorer la transformation des pratiques et de mettre en évidence des logiques d'acteurs dans des contextes sociétaux différents. Nous pouvons signaler que nous sommes en présence d'environnements culturels, juridiques, sociétaux, dissemblables dans les deux pays. Ainsi, nous supposons que ces diversités peuvent amener à trouver des différences en termes d'acquisition de légitimité pour les praticiens relevant d'un même segment professionnel pour chaque pays.

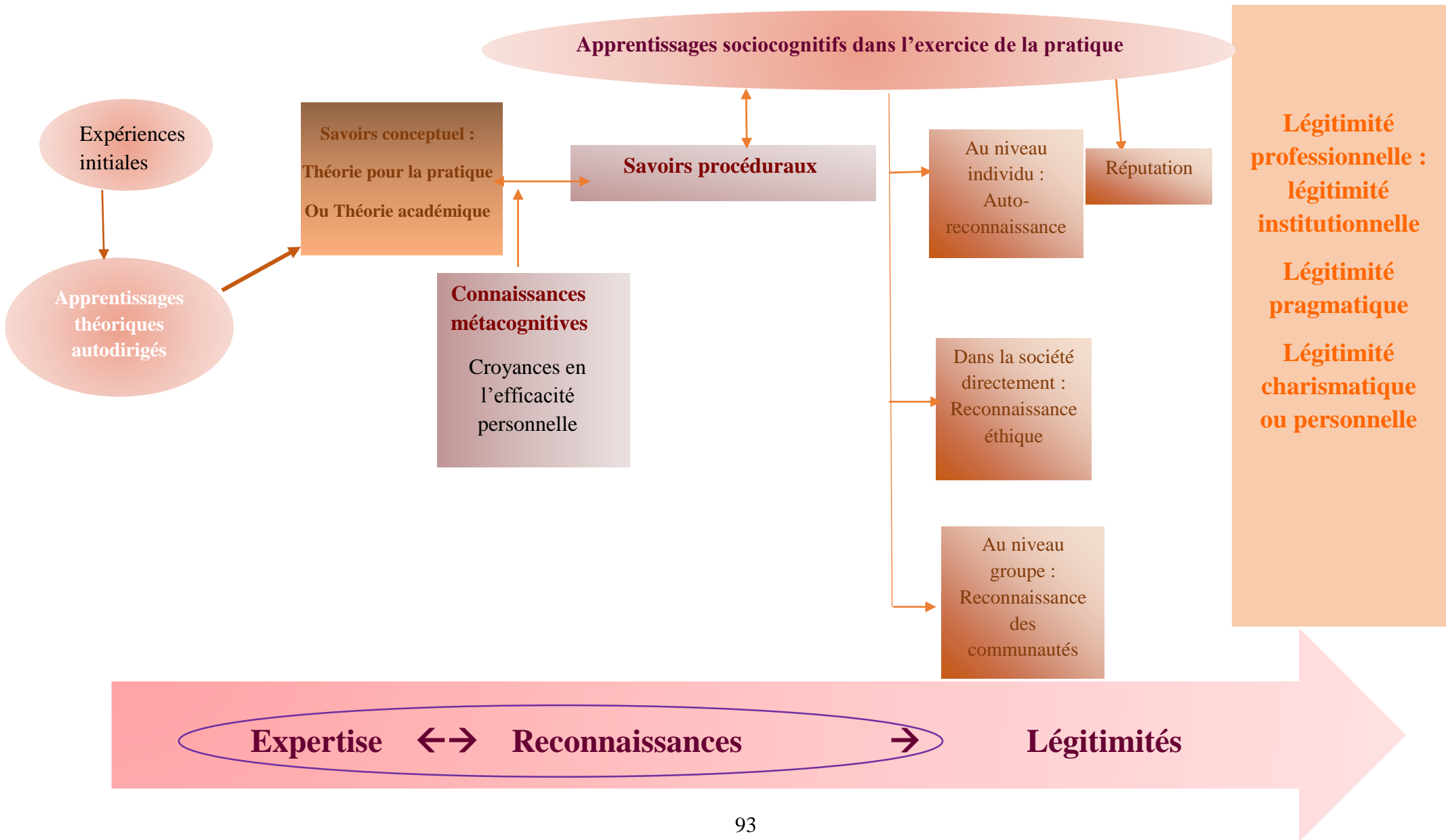
Toutefois, nous pouvons nous interroger sur les traces générées par l'histoire. Le rapprochement administratif et procédural dans différents domaines ne conduit-il pas à avoir des systèmes semblables ? Le rapprochement des politiques d'éducation et des modes d'acquisition des savoirs ne génère-t-il pas des similarités dans la construction du savoir et au-delà de l'expertise ? Le système sanitaire n'offre-t-il pas des similarités au niveau des politiques réglementaires des pratiques non conventionnelles ?

Autant de questions qui pourraient nous amener à penser que le mode d'apprentissage de chaque groupe de praticiens peut-être proche pour la France et la Tunisie.

Nous nous interrogeons donc sur la réelle existence de similarité entre les modes de construction de l'expertise et d'acquisition de la légitimité, pour ces deux pays.

Toutes ces interrogations nous permettent de formuler notre quatrième proposition comme suit :

P4 : Des modes d'apprentissages comparables, pour les mêmes types de praticiens, dans des contextes sociétaux différents, conduisent à des légitimités identiques.



DEUXIEME PARTIE

**CHOIX METHODOLOGIQUE ET DEMARCHE
GENERALE DE LA RECHERCHE**

CHAPITRE 4 : Choix épistémologique et méthodologique

Introduction

Lors de notre première partie, nous avons tenté d'éclaircir théoriquement le rôle joué par la construction de la figure de l'expert dans le soutien à la légitimité professionnelle pour les praticiens en SSNC. Nous avons mis en évidence le mode d'apprentissage et les savoirs qui caractérisent les praticiens indépendants ainsi que la nature de la reconnaissance sociale qui permet de juger de leur efficacité. Nous avons alors considéré le praticien comme un expert accompli ou en confirmation, où l'exercice de la pratique implique à la fois des capacités cognitives et une reconnaissance sociale notamment éthique associée à une auto-reconnaissance. Ces enseignements nous ont permis de construire une approche dynamique d'acquisition de la légitimité professionnelle à partir de la construction de l'expertise. Nous avons alors présenté les différents concepts théoriques permettant d'explorer notre terrain d'étude. Ainsi, dans la perspective d'une approche qualitative, nous avons mené des entretiens semi-directifs auprès des praticiens dans le domaine des SSNC. Ces entretiens ont eu lieu sur deux territoires différents : la France et la Tunisie dans lesquels nous sommes socialement ancrés par notre trajectoire biographique. L'objectif de ce travail de terrain est de comprendre la manière avec laquelle les praticiens construisent leur légitimité dans un domaine sensible touchant la santé, avec une focale mise sur le rôle de la construction de l'expertise du point de vue cognitif et social.

Notre travail a donc pour vocation de comprendre les fondements théoriques d'un tel processus et d'apporter dans une perspective abductive de nouveaux éléments qui peuvent les enrichir.

L'objectif de ce chapitre présente et justifie les choix méthodologiques et épistémologiques de notre recherche et explicite la manière dont ils ont été conduits. Dans la structuration de notre démarche, nous nous sommes particulièrement inspirés des travaux d'Eisenhardt (1989), Yin (1994) et Miles et Huberman (2003).

Nous préciserons tout d'abord nos choix épistémologiques et méthodologiques. Ensuite, nous exposerons les principaux éléments de notre démarche, à savoir le choix et la sélection des cas, la collecte des données et les instruments d'analyse utilisés.

I. Choix épistémologique : Le paradigme épistémologique interprétativiste

La nature de la question de recherche et du contexte dans lequel se trouve le chercheur détermine les positionnements épistémologiques et méthodologiques d'une recherche (Denzin et Lincoln, 1994). Ainsi, le chercheur en Sciences de gestion doit établir avec minutie, un lien direct et cohérent avec son sujet de recherche. Il doit aussi accorder une attention particulière au choix de la méthodologie et à la stratégie d'accès au terrain d'étude, aux données à collecter ainsi qu'aux matériaux à mobiliser. Dans ce cadre, Martinet et Pesqueux (2013, p. 39), montrent que « *c'est la socialisation dans cet endroit spécifique [le terrain d'étude] qui constitue le matériau empirique et conceptuel et l'enjeu de la création de savoir, ce qui pose la question épistémologique de l'équilibre à trouver entre rigueur, pertinence et impact, le positionnement de la création de savoir sur chacun de ces extrêmes conduisant à des savoirs différents* ».

Nous rappelons que l'objectif de notre travail est de comprendre de façon dynamique le rôle de la construction de l'expertise pour les praticiens des SSNC dans l'acquisition de la légitimité professionnelle. Pour répondre à cette question nous avons choisi un paradigme épistémologique interprétativiste et nous avons adopté un raisonnement abductif. Nous avons, également choisi une approche qualitative basée sur une étude de cas multiples. Rappelons, aussi, que nous avons choisi une comparaison des cas des thérapeutes Français et Tunisiens.

Avant d'expliquer la raison de notre choix du paradigme épistémologique interprétativiste, il convient de rappeler les trois paradigmes épistémologiques traditionnellement mobilisés dans la recherche en management.

I.1. Le paradigme épistémologique réaliste critique

Dans cette partie nous nous appuyons sur les travaux d'Avenier et Thomas (2012) qui évoquent le réalisme transcendantal de Bhaskar (1978). Ce paradigme connaît trois caractéristiques clés. Premièrement, il accorde la primauté aux hypothèses ontologiques plutôt qu'épistémiques, contrairement aux autres paradigmes traditionnellement mobilisés en management. Ensuite, il distingue et sépare d'une part, les objets de la connaissance c'est-à-dire le réel qu'il estime indépendant de la connaissance produite par la science. Par ailleurs la connaissance elle-même la considère comme le fruit d'une production sociale. Enfin, le réalisme a une vision complexe du réel, laquelle implique trois niveaux ontologiques ou plutôt trois domaines (Avenier et Thomas, 2012, p. 8) : *le domaine réel* renferme les mécanismes générateurs de la connaissance. *Le domaine effectif* comprend les événements qui se déroulent dans le temps et dans l'espace. *Le domaine empirique* qui est directement observable (Bhaskar,

1998). Ce dernier domaine est le seul qui soit connaissable, puisqu'il contient des événements effectivement observables provenant du domaine précédent (soit le domaine effectif). Le domaine réel lui, n'est pas observable. La démarche réaliste consiste donc à imaginer son fonctionnement.

Contrairement au courant positiviste, le réalisme réfute la neutralité du chercheur dans la relation qui le lie à son objet de recherche. Aussi, il considère les structures sociales comme des systèmes influençables qui « *ne peuvent pas être clos de façon artificielle* » (Avenier et Thomas, 2012, p. 8). Du fait de ce relativisme, le paradigme réaliste convient davantage puisqu'il se rapproche de notre démarche épistémologique. Néanmoins, il s'en éloigne notamment dans sa façon de justifier la connaissance. En effet, la justification de la connaissance dans ce courant suppose la mobilisation simultanée de plusieurs critères dont celui de la validité externe (Avenier et Thomas, 2012). Ce critère suppose, comme dans le paradigme positiviste, la généralisation statistique des connaissances produites.

I.2. Le paradigme épistémologique constructiviste

La littérature managériale admet traditionnellement l'existence de deux paradigmes constructivistes (Avenier et Gavard-Perret et *al.*, 2008) : le premier, souvent dénommé « constructivisme modéré », a été conceptualisé principalement par des chercheurs des sciences de l'éducation, à l'instar de Guba et Lincoln (1988). Le second, dénommé « constructivisme radical » a été développé par des chercheurs de différentes disciplines (Glaserfeld, 1988, 2005 ; Le Moigne, 1995).

Les deux paradigmes sont globalement proches par leurs hypothèses d'ordre épistémique. En revanche, ils ont des positions différentes d'un point de vue ontologique (Avenier et Thomas, 2012). Ils mettent en évidence, trois « niveaux de questionnement » (Le Moigne, 1995) : le niveau ontologique, le niveau méthodologique et le niveau épistémologique.

Au niveau ontologique, le constructivisme modéré réfute l'existence d'un réel unique et plaide pour des réels multiples (Le Moigne, 1995). « *Il postule une hypothèse fondatrice "d'ontologie relativiste" qui pose le caractère relatif de ce qui existe* » (Guba et Lincoln, 1989, 1998, cités par Avenier et Thomas, 2012, p.13). Le constructivisme radical lui, ne se prononce pas sur l'existence ou non d'un réel unique. Toutefois, il estime que s'il existe, ce réel ne peut être connu « indépendamment de la perception qu'il induit » (Gavard-Perret et *al.*, 2008).

Au niveau méthodologique, le constructivisme modéré soutient l'utilisation d'une méthode « herméneutique exclusivement », tandis que le constructivisme radical admet toute méthode à condition de respecter des règles éthiques, la rigueur et la transparence. Aussi, le

constructivisme radical peut induire la modification de la connaissance préalable, notamment si le but de la recherche et les contextes évoluent durant le travail d'investigation.

Au niveau épistémologique, les deux paradigmes constructivistes partagent le principe de non-séparabilité entre sujet (chercheur) et objet. Les conclusions de la recherche sont donc le fruit d'une construction conjointe entre l'un et l'autre, même si pour le constructivisme radical, cette co-construction n'est pas obligatoire.

I.3. Le paradigme épistémologique interprétativiste

D'après Perret et Séville (2007) et Avenier et Thomas (2012), l'interprétativisme est très proche du constructivisme modéré. D'ailleurs l'un est régulièrement confondu avec l'autre. Comme le constructivisme modéré, l'interprétativisme « laisse en suspens » la question concernant l'existence de la réalité. « *Ils ne rejettent ni acceptent l'hypothèse d'une réalité en soi* » (Perret et Séville, 2007). Ce qui laisse au chercheur une liberté et une marge d'interprétation importante quant au contenu et à la qualité de la connaissance à générer. Les deux paradigmes estiment que la réalité, si elle existe, n'est pas dissociable de « *l'esprit, de la connaissance de celui qui l'observe ou l'expérimente* ».

L'interprétativisme soutient donc une hypothèse, comme le constructivisme, laquelle admet que la connaissance est liée à la personne qui en fait l'expérience, mais aussi, au contexte de la recherche. A la notion de « réalité objective » défendue par le positivisme, l'interprétativisme lui préfère celle de « *réalité objective intersubjective* » (Sandberg, 2005 cité par Avenier et Thomas, 2012).

La construction des connaissances dans le paradigme interprétativiste suppose l'identification des cadres de pensée ainsi que les manières, souvent tacites, avec lesquelles les acteurs appréhendent et interprètent les situations qu'ils vivent (Avenier et Thomas, 2012). La génération de connaissances suppose donc de « *Comprendre, c'est-à-dire donner des interprétations aux comportements, implique nécessairement de retrouver les significations locales que les acteurs en donnent, c'est-à-dire des significations situées (dans l'espace) et datées (dans le temps)* » (Perret et Séville, 2007).

Les connaissances produites dans le courant interprétativiste sont généralement de nature descriptive et présentées sous forme de narration détaillée (Schwartz-Shea, 2006). Ce courant reconnaît l'existence de régularités au niveau des phénomènes étudiés mais réfute complètement l'idée d'une généralisation statistique des connaissances, contrairement au positivisme et au réalisme.

Parmi les quatre paradigmes présentés, le paradigme interprétativiste est celui qui correspond le mieux à notre recherche. Pourquoi ?

Notre objectif de recherche est de comprendre le rôle de la construction de l'expertise dans l'acquisition de la légitimité des pratiques en SSNC. Contrairement aux sciences naturelles, les sciences humaines sont avant tout « compréhensives » (Weber, 1971), dans la mesure où elles permettent d'analyser et de comprendre le fonctionnement des réalités et le sens donné aux actions. En adhérant à ce postulat, notre recherche n'a pas l'objectif d'appréhender la légitimité comme une réalité objective construite indépendamment des praticiens dans ce domaine, mais nous appréhendons notre question de recherche à partir des représentations, des interprétations et des actions que les praticiens mobilisent. Ajoutons à ceci que la finalité de la recherche tient en considération la place que nous occupons dans la représentation de la réalité à produire, de l'interprétation du contenu et de la connaissance à générer. Notre objectif est d'appréhender ainsi, la dynamique de la construction de la légitimité à travers une compréhension de la perspective des « individus » par la compréhension de leurs intentions, de leurs motivations, et de leurs représentations.

Ce travail suppose une double démarche. Il convient, d'abord, d'identifier les problèmes liés à la non reconnaissance dans ce domaine de médecine non conventionnelle. Cette démarche implique la connaissance de l'avis des praticiens sur leur pratique, ou plutôt leur interprétation des problèmes rencontrés dans l'exercice de leur pratique. La seconde démarche consiste à identifier les facteurs conduisant les praticiens à s'auto-justifier et à exister, malgré l'existence des problèmes de reconnaissances. Ces démarches nous ont conduit à interpréter le discours sur leur pratique, et analyser la dynamique de construction de leur savoir, pour arriver à comprendre le rôle de la construction de leur expertise dans l'acquisition de la légitimité professionnelle.

En d'autres termes, nous ne pouvons pas confirmer le rôle de la construction de l'expertise dans l'acquisition de la légitimité qu'après avoir pris connaissance des représentations des praticiens concernant d'une part, la nature des problèmes rencontrés et d'autre part, leur façon de se définir et d'exister.

Par ailleurs, ce qui rattache notre démarche au paradigme interprétativiste réside dans les critères de validité de la connaissance que nous entendons produire. Ces critères sont : le caractère idiographique de notre recherche et l'empathie que nous pouvons avoir vis-à-vis des praticiens français et tunisiens de notre étude (Perret et Séville, 2008).

Au niveau du premier critère, notre recherche est bien de type idiographique dans la mesure où notre compréhension du phénomène est liée au contexte étudié.

Concernant l'empathie ou « *la capacité du chercheur à se mettre à la place de l'acteur* » et « *à percevoir ce que ce dernier ressent* » (Perret et Séville, 2008), nous nous sentons particulièrement concernées.

En effet, comme les praticiens français et tunisiens de notre étude nous avons été, sommes et serons confrontées à des individus qui se confrontent à des difficultés dans l'exercice de leur fonction et que ces dernières sont guidées par des contraintes normatives, qui pèsent sur leurs décisions, sur leur autonomie et leur liberté d'exercice de leurs pratiques ; mais qui ont développé différentes façons d'appréhender le monde. Ainsi, du fait de notre parcours, nous avons expérimenté, comme nos interviewés, que le fait d'appréhender les difficultés rencontrées-en mobilisant des capacités cognitives et en justifiant une croyance forte d'efficacité personnelle- l'efficacité dans l'atteinte des objectifs est mis en perspective. En raison de cette expérience, nous pensons être en mesure de nous « mettre à la place » de nos interviewés (Perret et Séville, 2008).

Enfin, pour récapituler, nous prenons appui sur les travaux d'Avenier et Thomas (2012) qui présentent de manière synthétisée les positions des paradigmes épistémologiques sur les questions fondamentales de l'épistémologie dans le tableau qui suit.

	PEP (Popper, 1959, 1979)	PERC (Bhaskar, 1978, 1998)	PECP (von Glasersfeld, 1988, 2001 ; Le Moigne, 1995, 2001)	PEI (Lincoln et Guba, 2000 ; Sandberg, 2005 ; Yanow et Schwartz-Shea, 2006)
Qu'est-ce que la connaissance ?	Représentationnelle sur des conjonctions d'évènements Priorité à l'épistémologie	Représentationnelle sur les MG / Pragmatique (accroît notre capacité d'autonomie dans l'action) Priorité à l'ontologie	Pragmatique (repères plausibles pour l'action) Priorité à l'épistémologie	Pragmatique (repères plausibles pour l'action) Priorité à l'épistémologie
Comment est-elle élaborée ?	Induction puis Déduction (Démarche séquentielle) Quali puis Quanti	Induction/Abduction / Déduction en boucle récursive	Induction/ Déduction et Induction/Abduction / Déduction en boucle récursive	Induction/Confrontation empirique Abduction/ Confrontation empirique et théorique en boucle récursive
Comment est-elle justifiée ?				
Fiabilité	Explication détaillée de la démarche de collecte et de traitement du matériau empirique ainsi que des inférences effectuées. Visibilité du matériau empirique collecté.			
Validité interne • Cohérence interne de l'ensemble du processus de recherche • Validité du construit (qualité et pertinence des concepts mobilisés et/ou élaborés) • Qualité des inférences	Cohérence entre le positionnement épistémologique, les théories mobilisées et la méthodologie mobilisée. Opérationnalisation /mesure Afin de s'assurer de leur correspondance aux faits observés. Précision / nombre de cas suffisant pour identifier des conjonctions entre évènements.	Cohérence entre le positionnement épistémologique, les théories mobilisées et la méthodologie mobilisée. Montée progressive en abstraction (dans le domaine de la connaissance et dans les domaines du réel) Rigueur de l'argumentation destinée à établir le pouvoir explicatif de l'argument développé.	Cohérence entre le positionnement épistémologique, les théories mobilisées et la méthodologie mobilisée. Montée progressive en abstraction dans le domaine de la connaissance Rigueur de l'argumentation. Travail épistémique et réflexivité. Critères d'adaptation fonctionnelle et de viabilité.	Cohérence entre le positionnement épistémologique, les théories mobilisées et la méthodologie mobilisée. Consensus des significations Rigueur et puissance de l'argumentation. Réflexivité. Critères de validités communicative, pragmatique et transgressive.
Validité externe ou généralisation • Transférabilité à d'autres contextes • Mises à l'épreuve empiriques	Généralisation analytique. Tests empiriques suivant une démarche hypothético-déductive.	Conceptualisation de l'explication. Mises à l'épreuve successives multi méthodes - Cas comparatifs, recherche-interventions.	Conceptualisation de connaissances génériques (à recontextualiser). Mises à l'épreuve successives multi méthodes - Cas comparatifs, recherche-interventions	Généralisation descriptive (description épaisse et précise). Mise à l'épreuve pragmatique dans des recherches qualitatives ultérieures (études de cas, recherche-interventions).

Tableau 2 : Positions des paradigmes épistémologiques sur les questions fondamentales de l'épistémologie (Avenier et Thomas, 2012, p. 22/23)

Notre positionnement épistémologique étant désormais identifié, il convient de présenter notre approche pour conduire notre recherche. Il s'agit d'une approche qualitative.

II. L'approche qualitative

II.1. Pourquoi ce choix ?

Baumard et Ibert (2007) montrent que la distinction entre l'approche qualitative et l'approche quantitative se fonde sur :

- *La nature des données ;*
- *L'orientation de la recherche ;*
- *Le caractère objectif/subjectif des résultats de la recherche ;*
- *La Flexibilité.*

Contrairement à l'approche quantitative, l'approche qualitative offre plus de souplesse et de flexibilité pour appréhender un phénomène difficilement quantifiable. Miles et Huberman (2003) estiment qu'elle convient aux chercheurs qui s'intéressent à un phénomène complexe. Nous nous trouvons dans ce cas, puisque le phénomène que nous analysons est mal connu. Par ailleurs, nous abordons un sujet relativement sensible : celui de la légitimité des praticiens en SSNC. Ainsi, il nous apparaissait difficile de recueillir pertinemment de telles données par le biais d'une enquête quantitative. L'approche qualitative nous a donc paru être la plus appropriée.

En se référant aux travaux de Wacheux (1996) nous soulignons, que cet auteur préconise aux chercheurs de choisir plusieurs méthodes d'accès au terrain selon la problématique, son accessibilité, et les capacités du chercheur. Dans ce cadre, Wacheux (1996) définit plusieurs méthodes qualitatives en sciences de gestion. Nous les présentons dans le tableau suivant.

	Objectif et question de recherche	Hypothèses implicites et contrôle	Investigations et exemples
Etude de cas	Exploration, compréhension, générer des hypothèses sur le pourquoi et le comment	Capacité du chercheur à se distancier au moment de l'analyse	Le groupe, l'organisation, les relations inter-organisationnelles
Méthode comparative	Repérer des déterminants locaux et généraux de l'objet d'analyse	Signification semblable des faits dans différents contextes	Les comparaisons internationales
Recherche expérimentale	Causalisme simple ou contextuel	Capacité de manipuler des variables et de reproduire l'expérience	Le comportement de l'individu et du groupe
Scénario et simulation	Comprendre les mobiles de l'action et les représenter	Possibilités de modéliser des situations complexes et les réduire à des déterminants généraux	La prospective
Recherche-action	Etudier les changements provoqués	Capacité du chercheur à enregistrer et analyser en temps réel	Le développement organisationnel
Méthode biographique	Compréhension de l'environnement social, déterminants du comportement	Capacité de l'acteur à se raconter	L'Ecole de Chicago
Phénoménologie	Introspection de l'expérience personnelle	Capacité de distanciation avec le vécu	Les expériences des dirigeants
Innovation méthodique	Logique de la découverte	Capacité d'innovation et de construction théorique	La cogénération

Tableau 3 : Le choix d'une méthode qualitative. Source : Wacheux (1996 : 90)

Comme nous l'avons annoncé précédemment, notre problématique se trouve à l'intersection du champ de la légitimité et de l'expertise en SSNC. Notre objectif vise à comprendre comment la dynamique de construction de l'expertise contribue à la construction de la légitimité professionnelle dans des contextes différents mais avec « des significations semblables des faits ».

Notre problématique nous amène à privilégier la méthode de la comparaison internationale ainsi que la méthode de l'étude de cas.

II.2. L'étude de cas exploratoire comme stratégie pour accéder au « réel »

D'après Yin (2003), lorsqu'une recherche tente d'apporter des réponses aux questions « pourquoi », « comment » et (dans certains cas) « quoi », et lorsque le chercheur dispose très peu (voire pas du tout) de contrôle sur les événements de sa recherche, il est préférable pour lui d'opter pour une étude de cas exploratoire. Cette étude ne nécessite pas la maîtrise du phénomène observé (Yin, 2003) ; en revanche, elle se focalise sur des phénomènes contemporains plutôt que sur ceux tournés vers le passé.

D'après Yin (2003), cette stratégie est souvent critiquée parce qu'elle exige peu de rigueur, nécessite trop de temps pour des résultats illisibles et difficilement généralisables. Aussi, elle est souvent confondue avec l'ethnographie et l'observation participante.

Pour anticiper ces reproches, nous avons suivi les recommandations de Yin (2003) en optant pour une étude de cas multiple de type holistique, et adopté plusieurs instruments de collecte de données. Nous présenterons prochainement les différents cas étudiés.

▪ Une étude de cas multiple de type holistique

D'après COSMOS Corporation (cité par Yin 2003, p 40), il existe plusieurs types d'études de cas : Le type holistique (« holistic ») s'intéresse à une seule unité d'analyse tandis que le type imbriqué (« embedded ») implique plusieurs unités d'analyses.

L'étude de cas de type holistique examine la nature globale du phénomène, contrairement au type imbriqué qui se focalise sur des sous-unités. Dans notre thèse, nous étudions l'acquisition de la légitimité des praticiens en soins de santé non conventionnels, et nous soulignons, de ce fait, la place de l'expertise dans cette dynamique. Nous étudions le phénomène d'une manière globale, sans se focaliser ni sur une pratique non conventionnelle particulière, ni sur un segment professionnel particulier.

Dans notre cas, nous nous trouvons dans le type holistique et plus précisément dans l'étude de cas multiple. Selon Yin (2003), le choix d'une étude de cas multiple ne doit pas être « anodin ». Chaque cas doit être choisi parce qu'il est susceptible de produire des résultats similaires

(principe de réplcation littérale) ou contrastés « pour des raisons prévisibles » (principe de réplcation théorique). Nous avons choisi des praticiens avec des statuts différents et installés sur des territoires géographiques différents. Nous supposons que ces différences contribuent à mieux expliquer le phénomène étudié et à assurer la production des résultats intéressants. De plus, le choix des praticiens relevant d'un même groupe professionnel peut générer des éléments cohérents, contribuant ou pas à la génération des nouvelles connaissances, comme il peut produire des résultats différents introduisant un nouveau modèle théorique.

Nous choisissons de synthétiser ces propos en se référant aux études à Yin (2003), qui se réfère lui-même à d'autres travaux sur les différents designs des études de cas, (cf. figure suivante).

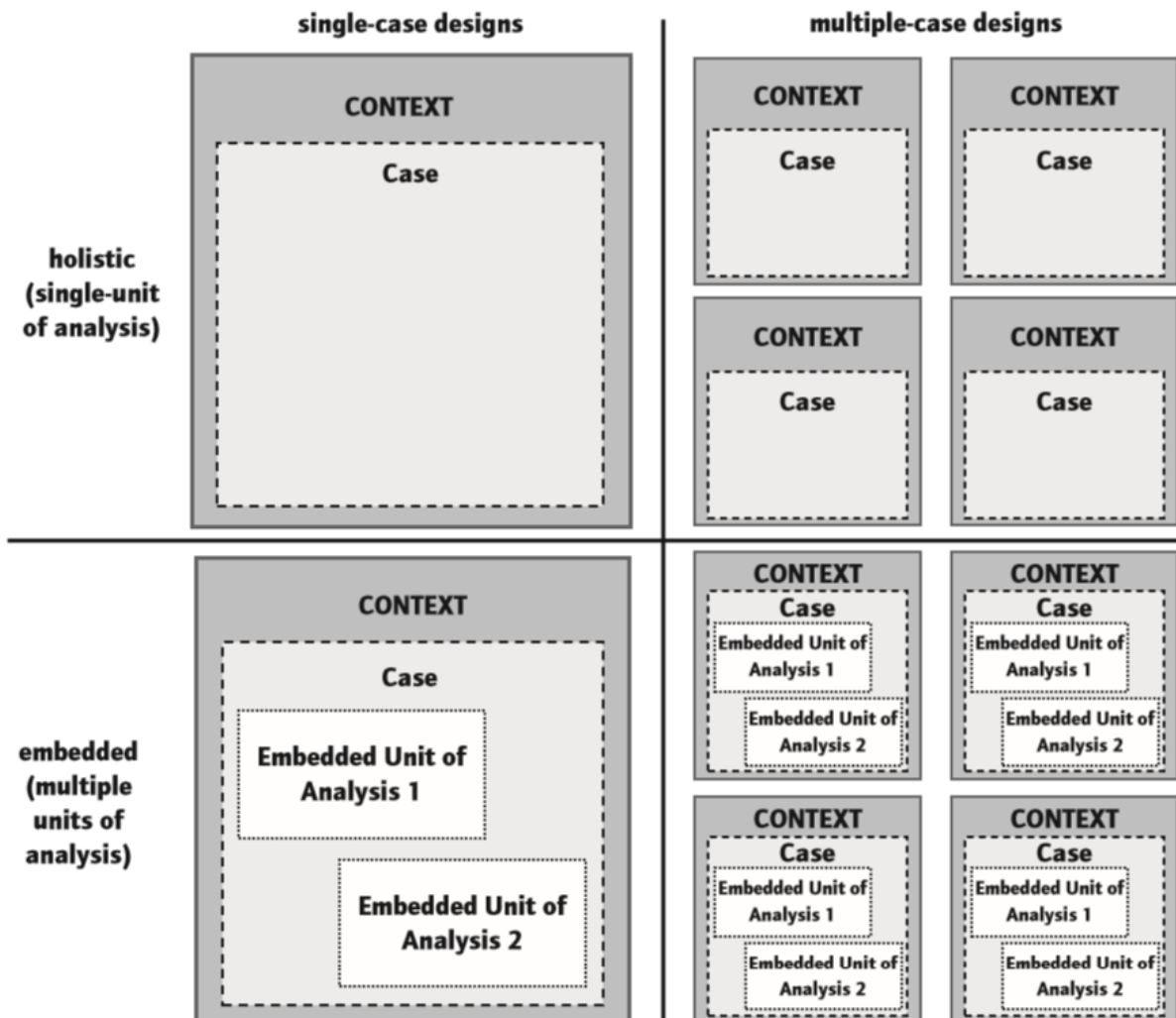


Figure 1 : Les types de design pour études de cas (COSMOS Corporation, cité par Yin, 2003)

III. Le mode de raisonnement mobilisé : l'abduction

La question que tout chercheur doit se poser avant d'aborder une recherche est : quel mode de raisonnement mobiliser pour produire des connaissances ? Plusieurs possibilités s'offrent : l'approche hypothético-déductive, l'induction ou encore l'abduction. C'est la démarche abductive qui nous est apparue la plus adaptée pour répondre à notre question centrale de recherche.

La revue de la littérature ne nous a pas permis de déboucher sur un cadre conceptuel clairement établi. En fait, nous avons suivi Glaser et Strauss (1967), Eisenhardt (1989) et Yin (1994), pour qui des perspectives ordonnées au préalable de l'étude empirique, peuvent biaiser et limiter les découvertes. Dans ces conditions, notre travail relèverait plutôt d'une démarche de recherche inductive, laquelle sert à produire des connaissances à partir de l'intervention sur le terrain.

Cependant, l'induction est définie, selon, Blaug (1982) comme « *une étude scientifique qui commence par l'observation libre et sans préjugé des faits, procède par inférence inductive à la formation de lois universelles à ces faits et enfin parvient par induction supplémentaire à des propositions encore plus générales appelées théories* » (*ibidem*, p. 4). L'induction suppose ainsi une observation libre de la réalité et la formulation de lois universelles qui débouchent sur une théorie. Or, notre recherche, se distingue de l'induction pure sur deux points.

- Tout d'abord, nous pensons que les enseignements de la littérature permettent au chercheur de ne pas arriver dépourvu sur le terrain, et fournissent un certain nombre d'indications sur les phénomènes à étudier. Il se doit donc d'effectuer le maximum de lectures théoriques portant sur les thèmes généraux de son domaine de recherche. C'est pourquoi nous ne pouvions intégrer les terrains de recherche sans une étude préalable et une certaine maîtrise de la littérature. Dans le cadre de notre recherche, les apports de la littérature nous servent de guide sur le terrain pour collecter les données, puis au cours de l'analyse, pour s'interroger sur les concepts significatifs. De plus, l'étude de plusieurs cas nous oblige à structurer notre recueil des données, afin de faciliter les comparaisons inter-cas. Ainsi, nous avons abordé le terrain avec des thèmes d'étude et des questions générales, issues de notre revue de la littérature. Ces questions se sont affinées et précisées au fur et à mesure du déroulement de la recherche, par une confrontation permanente des données recueillies aux concepts étudiés. C'est ainsi que pour mener à bien notre démarche d'enrichissement des travaux existant, notre processus de recherche s'est caractérisé par un aller-retour permanent entre les faits observés sur les terrains et la connaissance conceptuelle du phénomène étudié.

De plus, la personnalité du chercheur, son expérience, ses connaissances acquises, sa logique de raisonnement, les questions qu'il se pose au début puis en cours de recherche peuvent avoir une influence sur la façon d'aborder et de retranscrire la réalité (Chalmers, 1987)

- En second lieu, notre démarche est différente d'une approche purement inductive, sur la mise en évidence de « lois universelles ». En fait, c'est le caractère « réfutable » de nos conclusions (au sens de Popper, 1969), qui les distingue des lois universelles. Dès lors, notre recherche propose des résultats plausibles, et non des conclusions certaines.

L'ensemble des éléments développés précédemment nous permet donc d'inscrire notre démarche dans une logique abductive. Selon Peirce (1933), l'abduction est la seule forme de raisonnement qui puisse activer un processus de recherche. Plus précisément, selon l'auteur, l'abduction est un type d'argument dans lequel on passe de l'observation de certains faits à la découverte de conclusions plausibles, compte tenu de ce que l'on sait. En effet, Peirce (1933) conçoit la création de connaissances nouvelles à la manière d'un processus interprétatif, fortement dépendant des connaissances antérieures. En d'autres termes, créer de nouveaux savoirs n'équivaut pour lui qu'à une nouvelle façon de relier des éléments déjà connus. L'abduction est dès lors un raisonnement qui est de l'ordre de la création de connaissances nouvelles. Enfin, David (2004) considère l'abduction comme le raisonnement que l'on tient lorsqu'il s'agit d'interpréter ce que l'on observe, donc de faire coïncider les faits et les théories. Ainsi, dans le cadre de notre travail, le raisonnement abductif consiste à interpréter les données issues de notre étude de cas, en les confrontant à la littérature existante et ce pour élaborer des conclusions plausibles. Notons que nous avons choisi d'étudier des cas relevant de deux sortes de terrains dont l'objectif est de comprendre le processus de la construction de la légitimité, entre les deux pays. Il convient, à ce niveau d'explicitier le design d'étude de cas retenu.

IV. Le Design d'étude de cas retenu : la comparaison des cas

Nous rappelons que le choix de l'étude de cas multiple a pour objectif d'examiner la nature globale du phénomène pour de produire des résultats similaires ou contrastés. Ceci justifie notre recours à la comparaison des cas multiples sur le terrain français et tunisien. Ainsi, notre objectif est de « rationaliser » la connaissance de phénomènes grâce à la comparaison. La question de la pertinence de la démarche comparative ne semble plus vraiment se poser pour une grande part d'auteurs (Hassenteufel, 2005). Elle est quasiment devenue, pour certains phénomènes et dans certains secteurs, un passage essentiel dont l'objectif général est l'amélioration des situations actuelles (Hassenteufel, 2005). Regarder « comment font les autres » sans pour

postuler l'intérêt d'un transfert direct de cette expérience, est devenu un réflexe fréquent pour l'orientation de la politique ou la prise de décision.

Dans cet esprit, Lallement et Spurk (2003) soulignent la place de la sociologie dans le renforcement des travaux de comparaison. En particulier, c'est grâce aux pères fondateurs en sociologie, comme Durkheim et Weber, que les méthodes d'investigation ont été largement développées et améliorées. Ces travaux pionniers en sociologie représentent les bases méthodologiques pour l'expérimentation et pour l'analyse des pratiques sociales et institutionnelles. Ainsi, il suffit, de se référer aux travaux d'un des pères fondateurs tel que les travaux de Durkheim (2007) pour déterminer l'utilité de l'approche comparative. Selon ce fondateur, la comparaison est l'unique outil pour analyser les causalités. Dans ce cadre, « *Nous n'avons qu'un moyen de démontrer qu'un phénomène est cause de l'autre, c'est de comparer les cas où ils sont simultanément présents et absents et de chercher si les variations qu'ils présentent dans ces différentes combinaisons de circonstances témoignent que l'un dépend de l'autre* » (Durkheim, 2007).

L'analyse comparative apparaît globalement comme une pratique consensuelle. Elle est présentée comme « *un outil fondamental de l'analyse* » (Collier, 1993, p.105) « *nécessaire pour produire des connaissances solides et des théories générales* » (Hyman, 1998), sa « *raison d'être (...) est donc, finalement, d'être incontournable* » (Sartori, 1994, p.22).

Lallement et Spurk (2003) montrent que la comparaison est une technique inséparable des sciences de l'homme, mobilisée, non pas seulement dans différentes disciplines (économie, gestion, sociologie, en droit ...), mais apparaît comme une *stratégie de recherche*, dont l'objectif primordial est l'enrichissement réciproque entre les éléments à comparer.

Pour Spurk (2003), sur le plan social, la comparaison renvoie à la différence entre Moi et Autrui. Il s'agit d'accepter « le principe d'altérité », où on reconnaît les caractéristiques et la spécificité de chacun tout en mettant en exergue l'importance d'interaction l'un avec l'autre.

Nous partageons l'idée de Spurk (2003) dans l'étude de la place de la comparaison dans la compréhension des spécificités nationales, propres à chaque nation (pays), relatives à des domaines bien particuliers. Pour notre cas c'est le domaine des SSNC. Nous rappelons que nous nous intéressons à deux pays différents disposant chacun des spécificités culturelles, démographiques, politiques, et économiques... Chaque pays a son propre modèle économique, sanitaire, technologique, sa propre stratégie de développement et d'accès à l'éducation. De plus, pour que l'on puisse assurer une comparaison, « *on doit poser comme a priori que les phénomènes que l'on compare ont quelque chose d'essentiel en commun, sinon, la comparaison*

perdrait son sens » (Spurk, 2003, P.73). Nous partons du constat que les pratiques en SSNC se développent dans les deux pays et que ceci se concrétise par l'expansion du nombre des usagers et des praticiens, représentant à la fois une source d'emploi en relation avec la transformation de normes sociales, y compris dans la construction des savoirs. Toutefois, les praticiens partagent ensemble des problèmes liés à la non reconnaissance de leur savoir et sont confrontés à différentes difficultés dans l'acquisition de leur légitimité professionnelle.

Face à ces contraintes, notre objectif est de comprendre le rôle de la construction de l'expertise, dans l'acquisition de la légitimité des pratiques en SSNC et de procéder à une analyse comparative de cette dynamique afin de déterminer les points de divergences et de convergences et de dégager les sources des similitudes et/ ou de différences.

Durkheim (2007) développe encore des arguments pour souligner la place de la comparaison, qui représente, selon ses travaux, l'unique outil d'administration de la preuve de l'existence d'une causalité en sociologie. C'est aussi l'outil d'explication et d'analyse ; où « *On n'explique qu'en comparant. Une investigation scientifique ne peut donc arriver à sa fin si elle porte sur des faits comparables et elle a d'autant plus de chance de réussir qu'elle est plus assurée d'avoir réuni tous ceux qui peuvent être comparés* » (Durkheim, P.1,2). Les travaux de Durkheim explorent dans le même esprit la relation étroite entre les faits comparés et les catégories mobilisées à cette fin (Lallement, 2003).

Nous soulignons, ici, que nous cherchons à formuler des hypothèses explicatives du processus d'acquisition de la légitimité pour les différents praticiens français et tunisiens, en mettant l'accent sur les parcours d'apprentissage des savoirs en relation avec la construction de l'expertise sur le marché des soins. Pour ces professions ou activités indépendantes, notre démarche renvoie précisément sur une comparaison des « processus » de construction de cette expertise, dont l'objectif est d'apporter des interprétations concernant les spécificités de chaque processus. Il s'agit en particulier de chercher des explications de systèmes nationaux en cas de convergences mais aussi de divergences entre les deux terrains de recherche. Dans ce cas, nous rejoignons les travaux de Van de Velde (2008) inspirés de ceux de Durkheim, qui montrent que la comparaison est la confrontation des champs de savoirs à comparer pour l'interprétation et la mesure d'ampleur des convergences et des divergences. Cela fait particulièrement sens pour nous, dans la mesure où nous comparons la structuration des pratiques en SSNC en mettant en relation la construction sociale et cognitive des savoirs dans l'acquisition de la légitimité professionnelle, tout en interprétant les faits à l'origine de convergences et de divergences.

Ici, nous pouvons ajouter que notre travail peut constituer un complément dans notre discipline, en appui aux travaux existant sur ce sujet, pour l'étude du changement de normes d'emploi et

d'apprentissage dans les professions indépendantes en relation avec leur organisation dans la profession. Nous adhérons, ainsi, aux idées de Hassenteufel (2005) qui stipule que la comparaison est un élément d'aide à la prise de décision et alimente la décision, essentiellement, d'ordre public. De plus « comparer pour distinguer » telle est la sociologie wébérienne, qui consiste à définir une notion par son opposition avec une autre.

Au terme de cette première section, il convient de rappeler que nous avons choisi un positionnement épistémologique interprétativiste, avec un raisonnement de type abductif. En cohérence avec ce paradigme et ce type de raisonnement, nous avons opté pour une approche qualitative pour explorer des phénomènes complexes et mal connus (Baumard et Ibert, 2007 ; Miles et Huberman, 2003). Nous avons précisément choisi l'étude de cas multiple de type holistique (Yin, 2003) afin d'étudier des praticiens en SSNC qui exercent et sont répartis sur deux terrains géographiques différents. L'objectif de cette étude est de comparer le processus d'acquisition de la légitimité pour les praticiens en SSNC en investiguant sur leur mode d'apprentissage et de construction de l'expertise. Pour cela, nous allons préciser notre échantillon ainsi que la procédure de recueil des données.

CHAPITRE 5 : Terrain s'investigation, recueil des données et codage

I. Le terrain d'investigation

Contrairement à l'approche quantitative où le choix de l'échantillon se fait de manière aléatoire, la sélection des cas est une étape clé dans l'approche qualitative. Le choix des cas se révèle très utile pour favoriser la variété des témoignages (Rouleau, 2003) et constitue un déterminant majeur des résultats à générer (Eisenhardt, 1989). Notons que le choix des cas doit être effectué en adéquation avec l'objet de recherche (Stake, 1998). Ceci exige que l'on soit explicite sur le choix des échantillons pour assurer des résultats pertinents (Miles et Huberman, 2003 ; Yin, 1994). En respectant les différents critères présentés ci-dessus, lors de notre étude, nous avons commencé par définir la population étudiée. Dans notre démarche de constitution progressive de l'échantillon, nous avons alors interrogé trois groupes professionnels regroupant des médecins et des praticiens hors de la sphère médicale ou des compétences des chirurgiens-dentistes et de sages-femmes, c'est-à-dire non reconnus comme professions de santé. Il s'agit des thérapeutes et des chamans.

Nous avons pu constituer un échantillon de 70 praticiens indépendants non-salariés français et Tunisiens, âgés entre 32 ans et 75 ans, exerçant dans la région d'Aix en Provence et de Marseille et dans la région du Grand Tunis. Les personnes interviewées se situent à différents moments de leur carrière. Certains praticiens débutent leur carrière (avec une expérience professionnelle minimum de 2 ans), d'autres sont plus confirmés et enfin certains praticiens se trouvent proches de la retraite.

Pour préserver l'anonymat des praticiens sollicités et afin de leur éviter d'éventuels problèmes professionnels, nous avons gardé secret leurs noms et nous avons utilisé de nouveaux prénoms. Notons aussi, que pour avoir plus d'objectivité et plus d'informations sur la réputation et sur les fondements de la reconnaissance sociale pour les praticiens en SSNC, nous avons fait des entretiens auprès des usagers de ces soins : 10 entretiens dont 4 en France et 6 en Tunisie. Les rencontres se sont déroulées dans les lieux d'exercice.

I.1. Les praticiens libéraux

a. *Les médecins*

Nous avons choisi de contacter des médecins en soins de santé non conventionnels ayant suivi des formations en plusieurs spécialités (acupuncture, homéopathie, naturopathie,...). Leur tranche d'âge varie entre 37 ans et 65 ans. En France nous avons contacté 17 médecins en

SSNC, dont 9 médecins généralistes orientés acupuncture, 6 médecins généralistes orientés homéopathie, et 1 médecin généralistes naturopathie et 1 Auriculothérapeute. En Tunisie, nous avons interviewé 21 médecins en SSNC : 9 médecins orientés acupuncture, 3 médecins orientés en naturopathie, 2 médecins mésothérapeutes et 7 médecins homéopathes.

Il faut rappeler que l'exercice des professions médicales est encadré par le code de la santé publique en France. En Tunisie, en l'absence d'un code de santé, ce domaine est réglementé par le code de déontologie médicale et de lois multiples et éparpillées. Ces médecins (français et Tunisiens) sont titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, validé par le Ministère de la Santé et/ou le Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Supérieur.

L'ordre des médecins Français choisit l'appellation « médecine alternative et complémentaire » pour désigner soit un choix « alternatif », qui peut relever de la décision du patient- d'où l'importance du dialogue médecin/patient qui permet une information et des mises en garde éventuelles- soit pour désigner une médecine « complémentaire » qui se justifie pleinement, dans la mesure où ces techniques et pratiques peuvent être associées à l'arsenal thérapeutique conventionnel.

D'un point de vue juridique, en France et en Tunisie certaines formations font l'objet de diplômes d'université (DU) ou de diplômes interuniversitaires (DIU) placés sous la seule responsabilité d'une ou de plusieurs universités. De plus, certaines formations s'effectuent au sein des écoles privées, destinées, en France aux médecins et aux thérapeutes, mais strictement destinées aux médecins en Tunisie.

b. *Les thérapeutes*

Nous avons choisi de contacter, des praticiens en shiatsu, des ostéopathes, des praticiens en Tai chi, en hypnose, en yoga et des coaches orientés santé. Leur tranche d'âge se situe entre 32 ans et 69 ans. Nous avons interrogé 14 thérapeutes français, dont 7 thérapeutes en shiatsu, 5 ostéopathes, 1 thérapeute praticien PNL et 1 praticien en hypnose Ericksonienne. En Tunisie, nous avons interrogé 8 thérapeutes : 1 praticien hypnotiseur, 3 praticiennes en yoga, 3 coaches et 1 spécialiste dans les soins naturels à bases des plantes et en technique de ventouse. Nous rappelons qu'en Tunisie, le nombre des thérapeutes est très réduit. De plus ce domaine est presque dominé par les médecins. Par exemple, on ne trouve pas des digipuncteurs, ou des ostéopathes, ou autres. Cette rigidité s'explique par la rigidité des éléments juridiques et institutionnels. C'est dans ce cadre, que la Cour de Cassation Tunisienne précise que l'un des

éléments constitutifs de l'infraction est l'absence de diplôme autorisant l'exercice de la médecine non conventionnelle pour les praticiens non médecins.

La construction du savoir en SSNC est différente d'un pays à l'autre. Mais majoritairement ces savoirs sont validés par l'obtention des titres. Par conséquent, la majorité des pratiques non conventionnelles a fait l'objet d'un acquis dans des écoles privées ou dans des fédérations ou des associations concernées. La formation dure entre 2 à 4 ans (cela dépend de chaque discipline). En France, souvent la déclaration d'activité est faite auprès de l'URSSAF¹⁵, permettant par la suite au praticien thérapeute de s'installer. Pour assurer une réussite et une bonne application des règles de la profession, le praticien doit respecter l'éthique de la pratique : il doit exercer sa pratique dans le respect total de l'intégrité physique et morale de la personne, il doit respecter aussi une stricte confidentialité et garantir une prestation optimale, à travers des stages et des formations.

c. Les chamans

En plus des thérapeutes et des médecins, nous avons également interrogé des chamans. Nous avons contacté 4 chamans français et 6 chamans tunisiens. Leur tranche d'âge varie entre 40 et 75 ans. J'ai contacté des chamans en Tunisie où leur savoir est souvent relié à un don développé par un apprentissage spécifique. De plus, afin de développer leurs savoirs les chamans, principalement ceux installés en France, font des voyages intérieurs qui représentent une forme de connexion aux éléments naturels et spirituels dont l'objectif est d'avoir des conseils, d'entrer en contact avec des guides spirituels et de rencontrer les esprits. Pour cela, certains voyagent dans des pays où le chamanisme a connu ses origines (tel que la Mongolie, le Pérou...).

Aussi, certains chamans tunisiens se rendent à l'étranger pour acquérir du savoir chamanique. En particulier, ils choisissent le Maroc pour l'apprentissage et l'acquisition du savoir chamanique spirituel. Ce pays constitue pour les chamans spirituels Tunisiens une terre et un modèle arabe de spiritualité. Toutefois, certains considèrent leur savoir chamanique comme un don ne nécessitant aucun développement, en particulier auprès d'autres chamans.

I.2. Les caractéristiques de l'échantillon

Gavard-Perret et *al.* (2008) recommandent d'opter pour une diversité de profils pour plus de pertinence. Bien que d'autres techniques d'échantillonnages soient disponibles, nous avons

¹⁵Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) sont des organismes privés chargés d'une mission du service public relevant de la collecte, la répartition des cotisations et contributions sociales qui financent l'ensemble du système de Sécurité sociale (financement du système de santé, des aides au logement ou la garde d'enfants, des pensions de retraite...).

choisi la technique de l'échantillonnage ciblé car elle nous paraît plus pertinente au regard de notre thèse.

Les principales caractéristiques explicitées pour les personnes de notre échantillon sont :

- **Le prénom**

Nous avons accordé à chaque praticien un faux prénom afin d'assurer l'anonymat

- **L'Age**

La majorité des acteurs de notre étude sont âgés de plus de 30 ans.

- **La/ou les pratique(s) exercée(s)**
- **Le genre**
- **L'ancienneté professionnelle** : tous les acteurs tunisiens et français ont une expérience dans le domaine des SSNC supérieure ou égale à 2 ans et allant jusqu'à plus de 30 ans.
- **Le statut**
- **Les expériences professionnelles antérieures autre que les SSNC**
- **La situation matrimoniale et le nombre d'enfants**

Tableau 4 : caractéristiques des praticiens interviewés au moment de l'enquête

	Prénom Praticien (changé)	Pratique(s) exercée(s)	Age	Genre	Statut	Nombre Années d'exercice en SSNC	Expériences professionnelles Autre que les SSNC	Situation matrimoniale	Nombre d'enfants
Praticiens Français : groupe professionnel médecins									
1	Dr Luc	Acupuncture	53ans	M	Médecin généraliste (M.G) acupuncteur	7 ans	-----	Marié	2 enfants
2	M. Christophe	Acupuncture	43 ans	M	(M.G) acupuncteur	4 ans	-----	Concubin	1 enfant
3	DR Stéphane	Acupuncture, Ostéopathie, homéopathie	66 ans	M	(M.G) acupuncteur, ostéopathe, homéopathe	31 ans	-----	Célibataire	1 enfant
4	Dr Eduard	Acupuncture	37 ans	M	(M.G) acupuncteur	3 ans	-----	Concubin	2 enfants
5	Dr Julien	Acupuncture	52 ans	M	(M.G) acupuncteur	10 ans	-----	Divorcé	1 enfant
6	M. Aymeric	Acupuncture	---	M	(M.G) acupuncteur	7 ans	-----	Célibataire	Pas d'enfants

7	Dr Anne	Acupuncture	Entre 45-55 ans	F	(M.G) acupuncteur	11 ans	-----	marié	Pas d'enfants
8	Dr Nicolas	Acupuncture	53 ans	M	(M.G) acupuncteur	12 ans	-----	Concubin	3 enfants
9	Dr Virginie	Acupuncture	58 ans	F	(M.G) Homéopathe	17 ans	-----	Mariée	2 enfants
10	Dr Daniel	Homéopathe	65 ans	M	(M.G) Homéopathe	22 ans	-----	Marié	1 enfant
11	Dr David	Homéopathe	42 ans	M	(M.G) Homéopathe	03 ans	-----	Mariée	2 enfants
12	Dr Louise	Homéopathe	58 ans	F	(M.G) Homéopathe	15 ans	-----	Célibataire	1 enfant
13	Dr Jade	Homéopathe	62	F	(M.G) Homéopathe	26 ans	-----	Mariée	1 enfant
14	Dr Charles	Homéopathe	45 ans	M	(M.G) Homéopathe	4 ans	-----	mariée	Pas d'enfants
15	Dr Yves	Homéopathe	51 ans	M	(M.G) Homéopathe	9 ans	-----	Concubin	2 enfants

16	Dr Adrien	Naturopathie Homéopathe	47 ans	M	(M.G) naturopathe, homéopathe	5 ans	-----	Union libre	Pas d'enfants
17	Dr Julie	Auriculothérapie	39 ans	F	(M.G)	2 ans	-----	mariée	1 enfant
Praticiens Tunisiens : groupe professionnel médecin									
18	Dr Wael	Acupuncture	45 ans	M	(M.G) acupuncteur	4 ans	-----	Célibataire	Pas d'enfants
19	Dr Majdi	Acupuncture	65 ans	M	(M.G) acupuncteur	17 ans	-----	marié	2 enfants
20	Dr Saber	Acupuncture	45 ans	M	(M.G) acupuncteur	2 ans	-----	marié	2 enfants
21	Dr Sami	Acupuncture	52 ans	M	(M.G) acupuncteur	7 ans	-----	marié	3 enfants
22	Dr Salim	Acupuncture	41 ans	M	(M.G) acupuncteur	3 ans	-----	marié	0 enfant
23	Dr Wassim	Acupuncture	55 ans	M	(M.G) acupuncteur	7 ans	-----	marié	3 enfants
24	Dr Ahmed	Acupuncture	59 ans	M	(M.G) acupuncteur	12 ans	-----	-----	-----

25	Dr Anissa	Acupuncture	59 ans	F	(M.G) acupuncteur	8 ans	-----	Divorcée	2 enfants
26	Dr Djamel	Acupuncture	63 ans	M	(M.G) acupuncteur	6 ans	-----	Marié	3 enfants
27	Dr Riadh	Homéopathie	-----	M	(M.G) Homéopathe	16 ans	-----	-----	-----
28	Dr Bader	Homéopathie	39 ans	M	(M.G) Homéopathe	2 ans	-----	marié	1 enfant
29	Dr Akrem	Homéopathie	61 ans	M	(M.G) Homéopathe	23 ans	-----	marié	4 enfants
30	Dr Samia	Homéopathie	42ans	F	(M.G) Homéopathe	5 ans	-----	Veuve	1 enfant
31	Dr Farouk	Homéopathie	41 ans	M	(M.G) Homéopathe	3 ans	-----	marié	3 enfants
32	Dr Issam	Homéopathie	45 ans	M	(M.G) Homéopathe	4 ans	-----	marié	1 enfant
33	Dr Nébil	Homéopathie	39 ans	M	(M.G) Homéopathe	2 ans	-----	marié	1 enfant
34	Dr Arwa	Naturopathie	56 ans	M	(M.G) Naturopathe	12 ans	-----	Divorcée	3 enfants

35	Dr Yessine	Naturopathie	-----	F	(MG) Naturopathe	12 ans	-----	marié	1 enfant
36	Dr Hadded	Naturopathie	47 ans	M	(MG) Naturopathe	6 ans	-----	Célibataire	0 enfant
37	Dr Karim	Mésothérapie	-----	M	(MG) Mésothérapeute	7 ans	-----	-----	-----
38	Dr Fahmi	Mésothérapie	62 ans	M	(MG) Mésothérapeute	21 ans	-----	mariée	2 enfants
Praticiens Français : groupe professionnel thérapeute									
39	M. Michel	Shiatsu	42 ans	M	Praticien shiatsu	08 ans	Fonctionnaire	Célibataire	0 enfant
40	Mme Laura,	Shiatsu	47 ans	F	Praticien shiatsu	15 ans	Secrétaire	Célibataire	0 enfant
41	M. Serge	Shiatsu	68 ans	M	Praticien shiatsu	+ 40 ans	dessinateur industriel	Concubin	0 enfant
42	M. Cédric	Shiatsu	39 ans	M	Praticien shiatsu	05ans	Fonctionnaire	marié	2 enfants
43	M. François	Shiatsu	47 ans	M	Praticien shiatsu	09 ans	-----	Veuf	2 enfants
44	Mme Charlotte	Shiatsu	39 ans	F	Praticienne shiatsu	9 ans	Travail de bureau	mariée	1 enfant
45	Mme Liliane	Shiatsu	52 ans	M	Praticien shiatsu	22 ans	-----	Union libre	Pas d'enfants

46	M. Emanuel	Ostéopathie	64 ans	M	Praticien shiatsu	27 ans	Responsable marketing	marié	2 enfants
47	M. Paul	Ostéopathie	39 ans	M	Ostéopathe	9 ans	Fonctionnaire	Concubin	1 enfant
48	M. Lucas	Ostéopathie	45 ans	M	Ostéopathe	13 ans	-----	Union libre	1 enfant
49	Mme Catherine	Ostéopathie	41 ans	F	Ostéopathe	8 ans	-----	Concubine	2 enfants
50	M. Frédéric	Ostéopathie	35 ans	M	Ostéopathe	6 ans	Sportif de haut niveau	mariée	0 enfant
51	M. Rémi	Praticien PNL	67 ans	M	Praticien PNL	23 ans	Fiscaliste, sens théâtrale, gestionnaire, formation psychothérapeute	mariée	2 enfants
52	M. Jean	Hypnose Ericksonienne	46	M	Praticien hypnose praticien PNL, Formateur Auto Hypnose	09 ans	Ingénieur informatique	Concubin	1 enfant
Praticiens Tunisiens : groupe professionnel thérapeute									
53	M. Ammar	Reiki, Coaching	35ans	M	maitre Reiki	4ans	Entrepreneur, conférencier	Célibataire	Pas d'enfant
54	M. Aymen	hypnose	39ans	M	Praticien hypnose	6ans	Licence en biologie	Marié	2 enfants

55	M. Chiheb	Coach	35 ans	M	Praticien hypnose	3 ans	Baccalauréat	Célibataire	Pas d'enfant
56	Mlle Zina	Coach	32 ans	F	Praticienne hypnose	4 ans	Niveau secondaire	d Célibataire	Pas d'enfant
57	Mme Myriam	Yoga	32 ans	F	maître PNL	4 ans	Non renseigné	Célibataire	0 enfants
58	Mme Salima	Yoga	56	F	Praticienne en Yoga	13 ans	Technicien supérieur histoire	mariée	3 enfants
59	Mme Emna	Yoga	43 ans	F	Praticienne en Yoga	15 ans	Niveau secondaire	mariée	3 enfants
60	Mme Cyrine	Spécialiste pratique naturelle et technique de ventouse	64 ans	F	Spécialiste pratique naturelle et technique de ventouse	28 ans	Diplôme en tant qu'expert des soins naturels des écoles chinoises	Mariée	4 enfants
Praticiens Français : groupe professionnel chamanes									
61	Mme Laurence	Chamanisme	60 ans	F	Chamane	21 ans	Enseignante au collège	Veuf	0 enfant
62	M. Patrice	Chamanisme	57	M	Chamane	15 ans	profession libérale	Concubin	0 enfant
63	M. Henri	Chamanisme	27ans	M	Chamane	7 ans	Bâtiment	En couple	Pas d'enfants

64	Mme Brigitte	Chamanisme	56 ans	F	Chamane	14 ans	-----	Célibataire	2 enfants
Praticiens Tunisiens : groupe professionnel chamans									
65	M. Hassen	Chamanisme	63 ans	M	Chamane	30 ans	Employé dans le secteur touristique	Marié	2 enfants
66	M. Mustapha	Chamanisme	75 ans	M	Chamane	35 ans	Entrepreneur (propriétaire d'usine de préparation de cuir)	Marié	3 enfants
67	Mme Aicha	Chamanisme	57 ans	F	Chamane	23 ans	Non renseigné	Divorcée	2 enfants
68	Mme Faiza	Chamanisme	67 ans	F	Chamane	33 ans	Agriculteur	Marié	4 enfants
69	M. Aziz	Chamanisme	69 ans	M	Chamane	34 ans	Non renseigné	Marié	5 enfants
70	M. Skader	Chamanisme	73 ans	M	Chamane	25 ans	Non renseigné	Veuf	3 enfants

II. Le recueil des données

Le recueil des données durant l'enquête est une combinaison de plusieurs procédés. Cette enquête a été réalisée en début de mois de Mai 2013. Eisenhardt (1989), Pettigrew (1995), Stake (1995) et Yin (2003) ont souligné l'importance de la diversité des sources de données dans l'obtention de la fiabilité des éléments à présenter et du construit de la recherche. Selon Yin (2003) pour la conduite de l'étude de cas, il est possible de recueillir des données à travers plusieurs outils :

- La documentation (lettre, communiqué, notes de services, agenda, documents administratifs, journal, etc.)
- Les entretiens (non directifs, semi-directifs, individuels, collectifs)
- L'observation directe
- L'observation participante
- Les archives (ex. : archives concernant le nombre de clients servis dans le passé, archives relatives au budget, etc.)

Dans notre thèse, nous avons mobilisé les trois premiers outils.

II. 1. La documentation

D'après Yin (1994), et Baumard et *al.* (1999) la documentation constitue une source pertinente pour la collecte des données. Elle permet la confirmation des informations recueillies et d'augmenter la fiabilité des autres sources de données. Elle permet aussi de compléter les données recueillies par les autres sources et d'en acquérir des nouvelles non évoquées par les acteurs interviewés.

En effet, nous avons trouvé intéressant de recourir à la documentation dont celle en ligne, pour connaître davantage les praticiens en soins de santé non conventionnels. Si cet outil nous a paru pertinent, c'est parce qu'il a un caractère officiel et légitimé. Notre attention s'est précisément portée sur les documents ci-après :

- *Les sites Internet* : quelques praticiens disposaient chacun d'un site internet. Nous avons donc à plusieurs reprises parcouru leurs pages web afin de recueillir des données.
- *Les réseaux sociaux* : Ce type d'information externe nous a permis d'avoir une bonne connaissance des praticiens interviewés, ce qui a permis parfois de faciliter le contact.
- *La Presse* : en examinant la presse, nous avons retrouvé des articles évoquant certaines pratiques et praticiens étudiés. Il s'agit d'une source d'information intéressante. Ce type de documentation a été proposé de façon spontanée par quelques interviewés pour compléter l'entretien et souvent pour illustrer leur réputation et leur image. Surtout quand il s'agit des articles décrivant leurs savoirs et leurs apports.

- *Autres documents* : outre les documents précités, nous avons examiné quelques documents liés à des formations, à des protocoles..., ainsi que produit des photos sur les espaces de travail de quelques praticiens.

II. 2. L'observation directe non participante

Il existe deux types d'observations (Journé, 2008 ; Yin, 2003) : l'observation passive ou non participante et l'observation participante. Nous avons choisi l'observation non participante, car elle permet non « *pas de supprimer les interactions entre l'observateur et l'observé mais plutôt de les contrôler et de les expliciter afin de permettre une critique externe (détection de biais systématiques, etc.)* » (Journé, 2008, p. 145). L'observation est considérée comme passive. *Observer, c'est voir ce que des personnes, des objets ou des phénomènes sont ou font* » (Journé, 2008). Dans ce cadre, nous avons particulièrement tenu à observer les lieux et les salles de soins, les bibliothèques des praticiens, les produits mis en vente par certains chamans, ainsi que les comportements et les réflexions des praticiens. Aucun des praticiens n'a accepté que nous assistions à des consultations pour observer concrètement ses activités lors de l'exercice, pour eux cela relève du secret professionnel ainsi que du droit du patient. Toutefois, à ma demande, certains ont accepté de me faire des petits tests d'acupuncteur et de technique relevant du monde chamanique.

En effet, cette observation principalement non participante des praticiens en SSNC conduit à renforcer les données recueillies par le biais du déclaratif, de corriger certaines erreurs et de comprendre concrètement la réalité des choses (Arborio et Fournier, 2005 ; Journée, 2008). De plus l'observation non participante permet une contextualisation des données dans la mesure où l'observation directe du contexte tunisien ou français nous a permis d'améliorer la comparaison entre les deux contextes et de mieux analyser par la suite les points de divergences et de convergences. Enfin, à partir de l'observation, nous avons remarqué la simplicité des lieux d'exercice et des cabinets des praticiens. Ceci renseigne sur la place de l'efficacité pragmatique, dans la mesure où le praticien mobilise son savoir-faire grâce à des techniques manuelles, pour agir sur le problème à traiter sans s'inscrire dans une symbolique ostentatoire. Par ailleurs, si pour les médecins on trouve des ordinateurs, pour les autres praticiens on ne trouve presque aucune relation avec la technologie numérique.

II. 3. Les entretiens

Selon Igalens et Roussel (1998), la technique d'entretien occupe une place importante en Sciences de gestion pour la collecte des données. Constituant « *un dispositif de face à face où un enquêteur a pour objectif de favoriser chez un enquêté la production d'un discours sur un*

thème défini dans le cadre d'une recherche » (Angers, 1996). La technique d'entretien permet « de recueillir les traces des comportements, les interactions sociales et les perceptions par les discours des acteurs » (Wacheux, 1996, p. 205). Pour Thiétart et coll (2007), Gavard-Perret et al., (2008), Yin (2003) et Wacheux (1996), les entretiens peuvent être sous différentes forme : directif, semi-directif, non-directif et entretien de groupe. Wacheux (1996) les résume dans le tableau suivant.

Nature	Définition
Directif	L'acteur répond à une suite de questions courtes et précises sur des faits, des opinions et des représentations. Le chercheur contrôle le déroulement.
Semi-directif	L'acteur s'exprime librement, mais sur des questionnements précis, sous le contrôle du chercheur. L'implication est partagée.
Non-directif	Conversation libre et ouverte sur des thèmes préalablement définis. Le chercheur intervient pour recentrer, reformuler et accepter le discours de l'acteur.
Entretien de groupe	Forme spécifique d'entretien qui s'intéresse aux interactions entre les acteurs et à la construction groupale d'explications et des représentations.

Tableau 5 : Les quatre formes classiques de l'entretien

Source : Wacheux (1996, p. 204)

Le premier type d'entretien nécessite une structuration plus rigoureuse et une intervention régulière du chercheur durant l'échange. Ce type d'entretien présuppose pour l'interviewer, d'avoir une idée du contenu de l'objet de sa recherche, ce qui n'est pas notre cas. De plus nous ne nous intéressons ni à une conversation libre et ouverte ni à un groupe d'individus. C'est pourquoi nous avons exclu l'idée de recourir à ces outils.

En suivant les recommandations de Gavard-Perret et al. (2008), nous avons conduit des entretiens semi-directifs individuels.

a. Les entretiens semi-directifs

L'entretien individuel permet de cerner des phénomènes complexes et d'aborder des sujets confidentiels comme la religion, l'argent, la politique... (Gavard-Perret et al., 2008). De plus il nécessite une formalisation relative tout en laissant au répondant une certaine liberté. Il

implique de construire un guide d'entretien relativement structuré. Il nous semble donc adapté à notre étude.

De plus, en suivant les recommandations de Muchielli (1991) nous avons essayé de tenir compte de certaines particularités. Ainsi, selon cet auteur, la réussite d'un entretien, est dépendant en partie du chercheur qui doit suivre certaines conduites et disposer de certaines qualités tel que savoir écouter, observer et être actif dans la reformulation par exemple, ou par des signes encourageant la parole de l'autre (Loufrani, 2006, p.207).

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont été conduits à partir du mois de mai 2013 en face à face en France et en Tunisie, ou à distance grâce au logiciel Skype. D'après Gavard-Perret et *al.* (2008), un entretien individuel doit durer entre 30 minutes et 2 h. Nous nous sommes entretenus entre 0.45 minutes et 2h30 en moyenne avec les praticiens non-salariés. Nous avons créé deux guides d'entretien à l'attention des acteurs ciblés.

- Un guide à l'attention des praticiens non-salariés
- Et un autre pour les patients

Suite aux recommandations de Gavard-Perret et *al.* (2008), nous avons construit nos deux guides en suivant le principe de l'entonnoir. Ainsi, dans un premier temps, en introduction, nous avons essayé de mettre nos interlocuteurs à l'aise en relativisant l'entretien, et en mettant en avant son caractère instructif pour la recherche. Ensuite, après leur avoir garanti l'anonymat, nous leur avons présenté l'objet de la recherche. Nous leur avons indiqué la finalité de cette recherche en mettant en valeur son caractère pédagogique et universitaire. Au cours de cette phase introductive, nous avons proposé à nos répondants d'accepter l'enregistrement de l'entretien, chose qui a été refusée par un peu plus de dix répondants, malgré notre discours rassurant. Nous attribuons ce refus, essentiellement, à l'environnement fonctionnel, juridique, concurrentiel et politique. Le refus par certains d'être enregistrés est probablement un inconvénient pour notre recherche. Pour y remédier, nous avons procédé à une importante prise de notes et à des techniques de reformulation, afin de nous assurer d'avoir compris les propos des répondants.

Une bonne partie des enregistrements a été perdue, dès le début de l'exploration de notre terrain en France, suite à la perte de mon outil d'enregistrement (vol de mon portable personnel).

b. *Le guide d'entretien*

Ces entretiens ont été réalisés sur la base d'un guide structuré et abordant une série de thèmes prédéfinis. Pour l'étude des cas multiples à comparer, le guide facilite l'analyse des résultats et

favorise les « *stratégies d'analyse comparative et cumulative entre les répondants* » Gavard-Perret et al. (2008, p. 92).

Selon Stake (1995), Baumard et al., (1999) pour assurer un bon entretien il faut adapter l'ordre et la tenue des questions aux réponses des interviewés. Nous rappelons que trois catégories de praticiens en SSNC ont été interrogées ce qui a conduit à adapter le guide pour chaque catégorie interrogée et à ajuster les questionnements en fonction des informations recueillies et du métier exercé à l'intérieur de la catégorie.

En affirmant les apports de Wacheux (1996) notre guide d'entretien s'est enrichi de nouveaux éléments et de nouveaux thèmes, au fur et à mesure qu'on avance sur le terrain et qu'on contacte des nouveaux praticiens. Enfin plusieurs entretiens ont fait l'objet de traduction de l'arabe en français.

Le guide d'entretien comprend 4 étapes :

- Etape 1 : « pour mieux vous connaître »

Cette première étape contient des questions sur les caractéristiques personnelles des interviewés afin de mieux les connaître, tel que l'âge, la situation matrimoniale, le nombre d'enfants... Elle permet aussi d'avoir une idée sur les formations suivies, sur leurs cursus universitaires et scolaires, notamment sur les savoirs initiaux et les diplômes obtenus. Nous avons interrogé nos interviewés, aussi, sur le nombre d'années d'exercice de la profession en SSNC.

- Etape 2 : « la trajectoire »

Cette seconde étape interroge les interviewés sur leurs trajectoires. Elle nous permet de connaître leur trajectoire professionnelle ainsi que le facteur motivationnel pour le choix de l'exercice de leur pratique. Elle évoque aussi la question des facteurs à l'origine de l'orientation vers les SSNC. Ainsi, l'intérêt de poser des questions sur ces thèmes est de pouvoir comprendre la structure du présent (Kohonen, 2005, p. 27). Deux réponses à cette question s'imposent. D'un côté, le vécu a un effet sur le choix des pratiques non conventionnelles, dans la mesure où le vécu de l'enfance et de la jeunesse pourrait marquer les orientations de la vie de la personne (Bertaux, 1997). De l'autre côté, l'adhésion aux croyances de l'efficacité de ces pratiques non conventionnelles constituent un point de départ pour l'engagement vers ce nouveau milieu professionnel. Ainsi, cette partie nous renseigne sur la motivation du choix des pratiques non conventionnelles, aussi sur les éléments de transition qui interrogent sur l'existence ou pas d'un évènement marquant l'engagement dans les pratiques des SSNC.

Dans cette étape nous avons insisté, également, sur la nature de la formation suivie et les types d'apprentissage acquis nécessaires à l'engagement vers les pratiques non conventionnelles.

- Etape 3 : « les Principales difficultés rencontrées »

Cette troisième phase concerne les problèmes rencontrés lors de l'exercice de leurs activités. Elle permet de connaître la nature des différents problèmes, ainsi que les avis des praticiens par rapport aux différents contextes bloquant leurs activités. Cette étape nous renseigne aussi sur les conditions d'insertion professionnelle, d'apprentissage et du travail.

- Etape 4 : « Les actions mises en œuvres »

Cette étape donne des renseignements sur la particularité de la perception de la légitimité par chaque groupe professionnel. Trois sortes de réponses à cette question s'imposent. Tout d'abord, la question de la légitimité ne se pose même pas pour certains praticiens : elle est évidente déjà. Ensuite, pour certains la reconnaissance de la profession n'est pas un phénomène gênant, tant qu'il y a des demandeurs de soins. Enfin, certains comprennent que la reconnaissance de la profession est indispensable pour la motivation au travail et pour mieux encadrer la profession et assurer son développement. Dans ce cadre, l'objectif est de déterminer le mode d'acquisition de la légitimité. Souvent les praticiens mettent en valeur soit leurs savoirs académiques et leurs formations suivies, soit leurs savoir-faire et leurs efficacités pragmatiques ou leur charisme, soit leurs façons d'être, soit le tout ensemble. En fonction des réponses nous avons interrogé les interviewés sur la place des *expériences professionnelles* dans leurs activités.

Le deuxième guide d'entretien est destiné aux patients. Il comporte deux étapes.

- Etape 1 : « le choix des pratiques »

Cette étape a pour objectif de déterminer les motivations pour le recours à des pratiques non conventionnelles. Notamment on vise à savoir la spécificité de la pratique choisie par le patient et de comprendre l'apport de cette pratique, en la comparant aux soins conventionnels.

- Etape 5 : « le choix du praticien »

Cette étape nous a permis de déterminer les critères de choix du praticien et de nous donner une idée sur l'image et la réputation de celui-ci aux yeux des patients.

En résumé, il convient de rappeler que pour recueillir des données sur notre terrain d'investigation, nous avons utilisé trois outils : la documentation, l'observation directe et les entretiens. Pour les rendre accessibles et compréhensibles, il convient d'adopter une méthode de structuration des données pour une analyse appropriée.

III. L'analyse des données : la codification thématique

Il existe deux manières d'analyser des données qualitatives : l'approche automatisée à l'aide de « logiciels spécifiques d'analyse de corpus textuels » et l'approche manuelle (Gavard-Perret et *al.*, 2008). Nous avons choisi la seconde approche.

En suivant les recommandations de Miles et Huberman (2003), nous avons analysé nos données au fur et à mesure de l'avancée de la thèse en utilisant la codification thématique. Celle-ci consiste à constituer des « *codes explicatifs ou différentiels qui identifient un thème, un pattern ou une explication émergents suggérés à l'analyse par le site* » (Miles et Huberman, 2003, p. 133). Ces codes visent à « *rassembler une grande quantité de matériels dans les unités d'analyse plus significatives et économiques* »

En effet, l'exploitation des données s'est réalisée via un codage des matériaux c'est-à-dire un découpage et un ordonnancement des données. Le codage favorise le passage d'un monde empirique brut et désordonné à un monde organisé de concepts et d'idées (Allard-Poesi et *al.*, 2007) regroupés au sein de « catégories de sens » ou d'« unités de sens » (Bardin, 2001). Dès lors, nous avons réalisé un découpage et une catégorisation progressive du contenu des divers matériaux. Ces catégories se sont construites au fil de l'analyse et notamment par la confrontation des travaux de recherche et au sein du terrain d'étude conformément à la logique abductive.

La réalisation d'une codification thématique consiste dans un premier temps à résumer des segments de données. Ces derniers sont ensuite réduits en un nombre restreint de thèmes. Il s'agit en fait d'identifier les thèmes les plus récurrents. D'après Gavard-Perret et *al* (2008), ces thèmes peuvent être en partie ceux ayant préalablement été déterminés pour conduire les entretiens. Le codage thématique permet donc de réduire de grandes quantités de données en un petit nombre d'unités. Il aide ainsi le chercheur à construire un schéma cognitif des événements qui se déroulent sur son terrain (Miles et Huberman, 2003). Ces catégories n'étaient pas fixées au préalable mais sont apparues lors du processus de co-construction des résultats. Nous avons ensuite spécifié et subdivisé les catégories pour aboutir à la répartition suivante :

✓ *Mieux connaître le praticien*

Il s'agit de déterminer, en premier lieu le parcours scolaire et universitaire des praticiens. Nous avons choisi le code PARC_SCO et PARC_UNIV. Le parcours correspond à une formation, codé FORMA, et donnant lieu à un apprentissage codé APPREN. Il s'agit de déterminer aussi

l'âge, la situation matrimoniale, le nombre d'enfants, et le nombre des années d'exercice en SSNC.

✓ ***Identification de la trajectoire du praticien***

L'engagement dans les SSNC est parfois précédé par des postes occupés dans différents domaines (codé POST_OCCUp). Ainsi, le changement vers le domaine des SSNC est souvent le résultat d'un vécu personnel individuel (VECU_INDIV) ou un vécu des autres (VECU_AUTRES) accompagné d'un évènement précis, codé EVENT_MARQ, donnant parfois lieu à une bifurcation (BIFURC). Aussi, l'engagement dans les SSNC est lié parfois, tout simplement, à la croyance en l'efficacité des pratiques non conventionnelles. Il s'agit d'une forme d'adhésion doxiques (ADHE-DOX).

De plus l'engagement dans ces pratiques non conventionnelles est déterminé par des facteurs motivationnels et par des croyances en l'efficacité personnelle (SENT-EFFI). On identifie également la capacité personnelle des praticiens en autoformation (AUTO-FORM) à travers une auto-direction des apprentissages (AUTO-APPRE)

✓ ***Identification des obstacles aux pratiques des SSNC***

On identifie ici la présence/ ou pas des difficultés (DIFFI). Ainsi nous déterminons l'existence de difficultés d'insertion (DIFF-INSER) : financières, juridiques, professionnelles, ainsi que des difficultés qui apparaissent au cours de l'exercice de la profession (DIFF_PRAT). Ici la question de la reconnaissance est souvent évoquée à la suite de l'existence des normes et des règles (DIFF_PRAT_NORM) qui pèsent sur l'exercice de leur profession.

✓ ***Identification des facteurs de reconnaissance et de légitimité***

Nous déterminons ici les outils mises en œuvre pour s'auto-justifier. A ce niveau on identifie la reconnaissance sociale (RECONN_SOCIAL) qui prouve la satisfaction des demandeurs de soins et qui renseigne sur la réputation (REPUTA) du praticien. Avant de déterminer la place de la reconnaissance des demandeurs de soins, souvent les praticiens sont convaincus et sont auto-reconnaisants (AUTO-RECON) de l'efficacité de leurs pratiques ce qui conduit à la génération des connaissances métacognitives (CONNAIS-META) autant qu'ils rapprochent (RAPPROCHER) le savoir des autres pour s'auto-justifier dans la comparaison et pour assurer une situation de monopole. Ainsi, nous identifions la pertinence des savoirs- et la nature de savoirs mobilisés (NATUR_SARV)- des compétences et des expériences (EXPER) dans la dynamique de légitimité. A cela s'ajoute la question des qualités personnelles (QUALIT) qui apparaissent comme facteur important dans cette dynamique. Ainsi, nous en déduisons une dynamique de construction d'expertise (EXPERT) conduisant à identifier les formes de légitimité acquises (NATUR-LEGITIM).

L'adhésion à des associations, qui constitue un lieu d'échange, mais aussi un lieu offrant la possibilité de l'apprentissage, permettant l'acquisition des savoirs débouchant à la construction de leur expertise et conduisant à l'acquisition d'une légitimité professionnelles.

Ce que nous retenons

Ce chapitre était pour nous une occasion de présenter le contexte épistémologique et méthodologique de notre recherche. Nous avons choisi le paradigme épistémologique interprétativiste car il nous offrait plus de souplesse pour comprendre notre objectif de recherche et pour déterminer la dynamique cognitive et sociale de l'acquisition de la légitimité professionnelle en SSNC. Le choix de ce paradigme nous a amené à adopter un raisonnement abductif. Ce choix épistémologique et ce mode de raisonnement sont très cohérents avec une démarche exploratoire (Yin, 2003) et une méthode de recherche qualitative.

De plus, pour répondre à notre problématique nous avons choisi de comparer nos cas en termes de construction de l'expertise (construction des savoirs spécifiques) des deux pays. Cette comparaison est importante dans « *la mesure où elle conduit à mettre en évidence des ressemblances et/ou des dissemblances, conduit aussi, en quelque sorte « naturellement », à formuler des hypothèses explicatives* » (Hassenteufel, 2005, p.114).

Ainsi, nous avons sollicité des praticiens (des médecins, des thérapeutes et des chamanes) dans le domaine des SSNC et 10 patients usagers de ce genre de soins. Pour recueillir les données auprès de ces praticiens, trois instruments ont été utilisés : la documentation, les entretiens et l'observation non participante. Le recours à ces sources a pour objectif d'accéder au réel. Mais il convient de se demander si ces sources permettent de nous renseigner sur l'influence du mode d'acquisition et de validation du savoir sur la construction de l'expertise au travail ? Le lien entre les capacités cognitives et sociales et l'ampleur de la reconnaissance de la profession, est-il pertinent pour la compréhension de l'acquisition de légitimités professionnelles ? Et si oui comment ?

Nous répondrons à ces questions dans les deux prochains chapitres

TROISIEME PARTIE : RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

CHAPITRE 6 : L'acquisition de la légitimité pour les praticiens en SSNC : mode d'apprentissage et de construction d'expertise

Nous tentons dans cette thèse de répondre à la question suivante : Comment les praticiens en soins de santé non conventionnels construisent leur expertise de sorte qu'ils soient légitimes professionnellement ?

Cette question conduit à l'étude de l'implication sur les formes de légitimité professionnelle, des différents parcours de construction de l'expertise de praticiens indépendants. Elle part de l'idée que la légitimité professionnelle de l'individu, en général liée à son groupe d'appartenance professionnelle, ne va pas de soi selon les profils et les parcours de praticiens indépendants étudiés. Nous montrerons que la légitimité acquise est différente d'un segment professionnel à un autre selon que les connaissances sont inscrites dans des cadres très institutionnalisés, ou faiblement institutionnalisés ou pas du tout institutionnalisés. Nous dévoilerons que cette expertise est construite sur la base des modes d'apprentissage différents. Le médecin, le thérapeute et le chamane suivent chacun des formations en fonction de leurs aptitudes et de leurs ambitions. Dans ce cadre, l'objectif de ce chapitre est d'analyser les résultats de nos terrains de recherche.

Ainsi, on montrera dans une première section le processus d'acquisition de la légitimité pour chaque pays et pour chaque catégorie de praticiens. Nous nous intéressons, en premier lieu, pour chaque catégorie de praticiens et pour chaque pays, à la place les expériences initiales dans l'initiation à l'engagement dans les SSNC. Nous montrerons, en deuxième lieu, le mode de construction d'expertise à travers le mode d'apprentissage mobilisé.

Nous nous permettons de rappeler nos propositions de recherche afin de les vérifier par rapport aux éléments relevant de notre terrain de recherche.

P1 : L'expérience initiale du praticien novice est source d'engagement dans l'apprentissage des SSNC

P2 : L'apprentissage théorique ou déclaratif et procédural sont fondateurs du processus de construction de l'expertise.

P3 : Il existe en fonction des différents segments professionnels, différentes manières de construire l'expertise- selon les dimensions cognitives et sociales- qui peuvent déboucher sur l'acquisition de différents types de légitimité professionnelle.

P4 : Des modes d'apprentissages comparables, pour les mêmes types de praticiens, dans des contextes sociétaux différents, conduisent à des légitimités identiques

Section I. le cas des médecins Français

Introduction

Nous cherchons ici à comprendre la manière dont les médecins français exerçant en SSNC acquièrent leur légitimité, sachant que ces disciplines ne sont pas enseignées dans le cursus universitaires du médecin. Il s'agit d'identifier les dispositifs et les fondements processuels d'un apprentissage de ces savoirs et savoir-faire sur lesquels une légitimité différente des pairs en médecine conventionnelle pourrait être acquise. En effet, nous nous intéressons au haut degré de maîtrise de leur domaine en SSNC et aux formes d'action dans le temps qui fondent leur légitimité. En d'autre terme questionner la légitimité, c'est de notre point de vue s'interroger sur le mode de construction et de mobilisation de l'expertise par les médecins en analysant leurs discours. Nous commencerons par l'analyse et la réflexion sur les expériences initiales en qualité de novice plutôt que d'experts pour éclairer des éléments déclenchant de leur mode de construction de l'expertise à partir de l'apprentissage expérientiel et l'apprentissage théorique. Nous nous intéressons ensuite au processus de construction de l'expertise dans le temps, dans sa dimension sociale et cognitive, et enfin sur les différents types de légitimités, combinées ou pas, sur lesquelles elle peut déboucher à l'intérieur du corps de médecin

Si l'approche par l'expertise en SSNC est pertinente, pour les médecins français elle ne doit pas occulter une position stable dominée par des ressources qui leurs sont fournies par la profession médicale. En effet, cette position est déterminée par des savoirs détenus et reconnus socialement, professionnellement et institutionnellement. D'ailleurs pour les contenus académiques et les pratiques de formation en milieu hospitalier l'ordre des médecins joue un rôle primordial qui se prolonge dans les différents types de reconnaissances et enfin de légitimités professionnelles notamment spécialistes et non spécialistes. Ces savoirs académiques et expérientiels participent donc largement à la dynamique de construction de l'expertise des médecins et de leurs formes de légitimités.

Rappelons d'ailleurs que l'usage de médecine en SSNC est surtout mobilisé par des médecins non spécialistes, médecins dont la dégradation des conditions d'exercice et de revenu justifiant pour une part cette diversification.

Ainsi, après avoir identifiés des expériences initiales qui les ont confrontés dans leurs apprentissages, nous identifions dans cette section le rôle des savoirs académiques et des formations initiales en médecine dans ce processus de construction d'expertise. Enfin nous chercherons à comprendre le processus de construction de l'expertise à partir de l'acquisition

de savoirs en SSNC pour éclairer des modes d'acquisition de légitimité et de patientèles différenciés des pairs conventionnels. .

I. Une légitimité tirée par la construction d'une expertise institutionnalisée

I.1. Comment entre-t-on dans un savoir alternatif au cœur de la profession de médecin ?

Les savoirs alternatifs ici l'acupuncture, l'homéopathie... c'est vu comme alternatifs car ils ne font pas partie des savoirs académiques enseignés dans le cursus universitaire. Nous cherchons donc ici à connaître les événements et les contextes qui ont amené les médecins à s'intéresser à ce savoir. Nous supposons que ces événements et contextes vont agir sur la dynamique d'apprentissage de la personne vis-à-vis du savoir faiblement reconnu institutionnellement du point de vue de la sécurité sociale et de l'ordre des médecins. Nous avons pu également aborder la notion d'adhésion doxique.

a. Les expériences des autres un événement déclencheur d'adhésion

Des situations différentes ont largement influencées les médecins français dans leur orientation vers un apprentissage des pratiques en SSNC. L'analyse de leur discours nous a permis de mieux connaître leur parcours professionnel, et de déterminer à l'intérieur de celui-ci les événements qui ont précédés la décision de s'orienter vers ce nouveau savoir professionnel. Sachant qu'une telle décision peut introduire un changement plus global dans la pratique de la profession. Nous supposons que ce qui détermine cette volonté et ce choix d'orientation se sont des croyances engendrées par des événements particuliers que nous cherchons à identifier. Les médecins nous montrent que les expériences vécues de leurs entourages ont suscité ces initiatives d'apprentissage et ce désir d'obtenir des connaissances sur ces pratiques non conventionnelles. L'analyse des verbatim montre que l'apprentissage des autres, leur histoire personnelle, et leurs vécus sont au cœur de l'entrée dans une nouvelle phase de vie professionnelle et de construction de nouveau contexte d'action.

➤ Cela est le cas pour plus de la moitié des médecins français interviewés.

La notion d'expériences initiales utilisées dans notre modèle de recherche comme fait déclenchant un apprentissage soutenu en SSNC, est plus complexe qu'on ne le pense. En effet, les expériences de l'entourage constituent, dans un premier temps, une découverte pour certains médecins et, dans un second temps, un facteur déclencheur amenant les médecins à s'orienter vers ces formes de soins.

« Il n'y a pas de hasard, j'ai décidé de m'orienter vers l'acupuncture en relation avec la maladie de ma copine. Les massages et les traitements qu'elle les a eu lui ont requinquée en

une semaine, pourtant son état était un peu critique. » (Entretien Dr Julien, médecin acupuncteur, 52 ans)

Ce qui est intéressant ici c'est la différence de temporalité dans le déclenchement selon les interviewés, tant dis que pour certains celui-ci ne se fait pas attendre, mais pour d'autres il arrive des années plus tard peut-être face à la difficulté en soins conventionnels.

« Depuis l'expérience de mon frère, j'ai voulu découvrir ces techniques... » (Dr Anne, médecin acupuncteur, 45-55 ans)

« Le domaine médical me plaisait depuis mon enfance, c'est en remarquant un changement important de l'état de ma sœur que j'ai décidé d'avancer plus dans mes savoirs. Son praticien lui a aidé à gérer son anxiété, à trouver de l'équilibre, à suivre tout un processus de nettoyage pour éviter sa souffrance. Il a vraiment agi en profondeur. Donc tout cela m'a influencé et c'est comme ça que j'ai voulu m'orienter vers ces pratiques. » (Entretien avec Dr, Virginie, acupuncteur, 58 ans)

« Mon collègue avait des problèmes au dos, il utilisait des traitements médicamenteux, jusqu'à ce que son cousin lui a conseillé d'aller voir un ostéopathe. Je l'ai accompagné et j'ai vu comment le résultat était rapide. C'est une expérience que j'ai gardé à l'esprit. » (Entretien avec M. Luc, médecin acupuncteur, 53 ans).

D'ailleurs, pour certains l'évènement déclencheur a pu survenir bien avant l'entrée dans le suivi des études universitaires. L'observation de ces événements déclencheurs conduit à éclairer chez certains médecins une remise en cause de la pratique allopathique.

« Je suis devenu médecin pour faire l'acupuncture, parce que c'est un acupuncteur qui a sauvé mon père quand j'étais un adolescent ». (Entretien avec Dr Eduard, France, acupuncteur, 37 ans)

Ainsi, l'expérience des autres constitue dans la plus part des cas, un facteur de déclenchement dans le sens où cette épreuve de réalité, subi par l'autre, conduit à incorporer un nouveau savoir issu de l'expérience. Cette expérience des autres est dans la plupart des cas associée à une issue heureuse ou malheureuse d'un problème de santé grave ou récurrent d'un proche. Les médecins qui ont vécu cette épreuve de réalité dans leur entourage établissent une relation de cause à effet directe entre l'amélioration de la santé d'un proche et le recours aux soins alternatifs où la dégradation et le fait que l'allopathie ne représentaient pas de solution. L'établissement de cette relation de cause à effet a construit, pour certains, une croyance propre à l'adhésion doxique.

C'est cette relation qui suscite une volonté de recherche et d'appropriation des savoirs et techniques propres à ces soins et donc soutiendrait la construction de l'expertise, ce que nous chercherons à confirmer chez les autres praticiens.

b. Une adhésion forte même sans référence à un évènement déclencheur

Les personnes qui n'ont pas signalé des évènements déclencheurs, ont par contre aussi mentionné une forme de croyance envers le savoir et les pratiques non conventionnelles.

« Je crois aussi qu'il y a des effets spécifiques » (entretien avec Dr David, 42 ans, homéopathe)

« Je n'ai pas envie de faire de l'allopathie, je voulais soigner avec des moyens naturels et notamment, j'ai voulu être ostéopathe » (entretien avec Dr Stéphane, ostéopathe, acupuncteur, homéopathe, 66 ans) ».

« On est dans une logique de croyance. Moi je pense que si l'homéopathie a apporté des choses formidables, c'est qu'elle nous permet d'avoir une vision globale des patients. On ne soigne pas un rhume, on soigne un individu et ça change tout » (entretien avec Dr Jade, homéopathe, 62 ans)

« J'y ai cru, aujourd'hui je suis ravie d'être lancée, malgré que tous les avis autour de moi n'étais pas forcément hyper porteurs » (entretien avec, Dr Julie, auriculothérapeute, 39 ans)

Pour ces médecins, ces pratiques thérapeutiques constituent non seulement une croyance mais aussi, comme pour les précédents, un rapport au savoir d'un point de vue technique qui implique des apprentissages à la fois théoriques et pratiques. D'ailleurs certains médecins dévoilent une capacité d'auto-direction dans l'apprentissage des nouveaux savoirs théoriques.

« J'étais tombée sur des ouvrages de médecine chinoise qui offrent de bonne explication sur ces soins... l'étude de l'acupuncture s'est présentée comme une évidence. »(Entretien avec Dr Virginie, acupuncteur, 58 ans).

Cet apprentissage est présenté comme cohérent par rapport à des valeurs sans quoi il n'aurait pas de satisfaction personnelle.

« C'est vraiment important d'avoir un parcours cohérent par rapport à ce qu'on veut. C'est la raison pour laquelle que je me suis tournée vers l'humain et reprendre la formation en acupuncture. Et puis aujourd'hui je suis convaincue de mon choix. » (Entretien avec Dr Virginie, acupuncteur, 58 ans).

« C'est une nouvelle manière de penser la santé et la maladie. Ceci implique voir la personne en globalité corps et esprits. Il n'y a pas que ça, mais au moins cette manière de voir les choses me semble très juste et cohérente. » (Entretien avec Dr Charles, 45 ans, homéopathe).

Apprendre et exercer les SSNC ici est une manière de se sentir en accord avec soi-même c'est-à-dire avec ses valeurs relativement à une première socialisation professionnelle du jeune médecin avec laquelle on prend ses distances. On assiste alors à une nouvelle conversion « à la vision du monde et de soi » qui permet une nouvelle pratique dans un même rôle (Dubar et al, 2011, p.109).

« J'ai découvert qu'on pourrait voir les choses différemment, voir la santé autrement et voir les patients autrement aussi. Ça m'a influencé, on devient plus humain. J'ai changé. Je suis devenu plutôt tolérant. » (Entretien avec Dr Luc, acupuncteur, 53 ans)

Pour ces trois médecins, l'adhésion à des pratiques non conventionnelles et la volonté de la recherche et d'appropriation des savoirs et techniques propres à ces soins, est dépendante, certes de la reconnaissance de l'efficacité de ces soins, mais aussi est largement accompagné d'un changement au niveau personnel et identitaire.

Ces savoirs sont intégrés dans une vision globale de la santé et de la maladie qui s'instaure comme un nouveau modèle de la pratique avec laquelle ils sont en harmonie.

I.2. Une expertise fondée sur des formations universitaires diplômantes ou certifiantes source d'acquisition d'une légitimité institutionnelle

Nous montrons dans ce qui suit comment les savoirs acquis dans le domaine médical et sanctionnés par un doctorat en médecine et/ou un diplôme universitaire constituent la principale source de légitimité. Pour la plus-part des médecins interviewés, l'expertise en SSNC se construirait sur la base des savoirs et des expériences acquis dans ces cursus universitaires.

Plus de la moitié des médecins interviewés ont déclaré que l'apprentissage en soins de santé non conventionnels est acquis dans des écoles privés ou dans des universités. L'auto-apprentissage est rarement reconnu comme une forme d'acquisition du savoir. Nous pouvons rajouter, qu'à notre sens, les médecins lient la notion d'auto-apprentissage à une forme de disqualification et de dégradation. Face à la sensibilité à la question d'auto-apprentissage, les médecins nous rappellent, lors des entretiens, qu'ils ont bien suivi des formations post universitaires, soit dans des facultés donnant lieu à l'obtention d'un diplôme universitaire ou

interuniversitaire en SSNC, soit par le suivi des formations dans des écoles privées agréées par l'Etat.

a. *L'acquisition d'une légitimité institutionnelle en SSNC à travers les apprentissages dans le cursus universitaire en formation initiale ou continue (DU)*

➤ ***Le Doctorat en médecine suffit pour être légitime en SSNC***

Les études en médecine sont considérées comme les études les plus longues des études universitaires. Si l'on reste dans une approche professionnelle, l'identité et le statut professionnel du médecin sont liés aux savoirs formels et au contenu universitaire même s'ils acquièrent un savoir tacite sur le tas. Mais quel que soit la nature du savoir (théorique ou pratique) qu'ils apprennent, l'analyse des verbatim suggère l'importance primordiale de la formation en médecine qui participe à l'élaboration de leur expertise. L'expertise est issue de la confrontation des savoirs théoriques et pratiques et s'enrichie tout au long de la vie professionnelle par l'expérience.

« Des formations riches, englobant des stages, des mémoires à rédiger, des modules à étudier et des enseignements pratiques. Tout cela pour vous dire que nous médecins on a notre statut, après toutes ces études et ces efforts on ne cherche pas à se justifier » (entretien avec Dr Anne, Acupuncteur, entre 44-54 ans)

« Les études en médecine englobe tous ; enseignement théorique, pratiques, même relationnel, et morales, avec des outils pédagogiques efficace » (Entretien avec Dr Christophe, médecin acupuncteur, 43 ans)

« Je n'ai pas besoin de justifications ou de légitimations. J'ai passé des années d'étude, déjà le diplôme de docteur en médecine justifie tout. » (Entretien avec Dr Adrien, naturopathe, 47 ans)

« Pour moi et je pense que la question de la légitimité ne se pose plus, déjà notre diplôme résume tout » (entretien avec Mme Anne acupuncteur, 45-55 ans).

L'obtention du doctorat procure chez le médecin un sentiment d'auto-efficacité personnelle et de légitimité ad hoc du point de vue des SSNC. Le diplômes reflète le mérite universitaire et demeure une source majeure de projection sur les performances et les aptitudes individuelles qui sous-tendent la légitimité des pratiques.

« Je pense que la médecine a beaucoup gagné en technologie et a gagné beaucoup en sciences. » (Entretien avec, Dr Julie, auriculothérapeute, 39 ans)

« Moi en tant que médecin, on me n'a jamais cherché d'histoire pour mon exercice » (Entretien avec, DR Eduard acupuncteur, 37 ans).

« Les gens viennent me voir parce que je suis, AUSSI, médecin !! Beaucoup » (Entretien avec DR Christophe, acupuncteur, 53 ans).

La légitimité des médecins, exerçant les SSNC, est fondée sur des croyances en l'efficacité personnelle issue de leurs cursus en médecine. Cependant ces médecins donnent aussi une justification sur les savoirs en SSNC qu'ils utilisent, savoirs issus de techniques et de preuves scientifiques en médecine non conventionnelle.

« Je pense que c'est évident que l'acupuncture fait partie de la médecine. L'acupuncture est efficace, c'est parce qu'il y a une base et des études physiologique à travers laquelle elle marche et une base anatomique » (entretien avec Dr Julien, 52 ans, acupuncteur)

« Maintenant c'est une médecine qui est prouvée, les études scientifiques ont montré que ça fonctionnait à condition que ça se soit en complémentarité avec les autres pratiques allopathiques. » (Entretien avec DR Daniel, médecin homéopathe, France, 65 ans).

« L'acupuncture est une compétence qui est reconnue et qui est validée par un diplôme universitaire et dont l'efficacité maintenant est reconnue plus officiellement ». (Entretien avec Dr Eduard, acupuncteur 37 ans).

La formation en médecine conditionne les représentations que le médecin met en place pour donner sens à ses performances en SSNC.

« Moi je suis médecin, j'ai fait des formations pour pratiquer l'ostéopathie, pour pratiquer l'acupuncture et l'homéopathie. » (Entretien avec Dr Stéphane, ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, 66 ans).

Nous constatons que les savoirs détenus en soins conventionnels génèrent chez les médecins français une influence sur le sentiment de maîtrise des savoirs en SSNC. Aussi nous pouvons déduire que les réussites dans le parcours professionnel initial en tant que médecin jouent un rôle prépondérant dans leurs perceptions générales de leur efficacité. Le diplôme et ce qu'il

valide engendrent une croyance en l'efficacité personnelle qui influence le processus cognitif, la motivation à l'engagement dans l'action et la persévérance (Bandura, 1986). Une telle croyance a aussi un impact important dans l'engagement dans l'apprentissage soutenant la construction de l'expertise en SSNC.

➤ *Des savoirs en SSNC acquis par le biais de formation diplômantes universitaires (DU)*

Les formations post universitaires sont considérées comme un passage obligatoire pour la construction d'un nouveau savoir complémentaire au savoir allopathique.

« Pour prescrire l'homéopathie il faut se former, nous avons des formations soit en faculté, soit dans les écoles privées » (entretien avec Dr Louise, homéopathe, 58 ans)

« En auriculothérapie, j'ai suivi l'enseignement à la faculté de Médecine de Paris. » (Entretien avec, Dr Julie, auriculothérapeute, 39 ans)

Ces formations sont de plus en plus sanctionnées par l'obtention de diplôme ou certificat qui contribuent à légitimer, à priori, l'exercice en SSNC.

« Maintenant pour l'acupuncture, il faut un diplôme venant de l'université, y en a à Nîmes, y en a à Marseille... » (Entretien avec Dr Stéphane, ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, 66 ans).

« Pour l'acupuncture, c'est les diplômes. Soit un diplôme universitaire, soit un diplôme interuniversitaire qui sont délivrés » (Entretien avec, Dr Aymeric, acupuncteur)

Certains médecins considèrent la pratique des SSNC comme des actes médicaux, relevant à ce titre de la profession médicale. Selon ces médecins, la formation sur certaines pratiques non conventionnelles, notamment l'acupuncture doit donc seulement être réservée aux médecins.

« L'acte d'acupuncture c'est un acte médical, c'est plutôt une profession médicale elle peut être pratiquée par des médecins, des chirurgiens dentiste ou des sages-femmes. Il existe des diplômes interuniversitaires et des diplômes universitaires. » (Entretien avec Dr Eduard, acupuncteur, 37 ans)

Pour la moitié des médecins le choix d'une pratique en SSNC est d'ailleurs plus complémentaire qu'alternatif.

« Personnellement, j'ai trouvé intéressant de pouvoir développer cette technique reconnue avec le diplôme universitaire parce que ça m'a ouvert à des façons de traiter et de m'occuper des

patients un petit peu différentes qui permettent à la fois de mêler les traitements classiques et allopathiques qui ont leur vraie place pour pouvoir enrichir tout ça dans une approche un peu différente qui globalise la compréhension humaine ». (Entretien avec Dr Daniel, Homéopathe, 65 ans)

Cependant, les médecins reconnaissent que la nouvelle offre diplômante (DU) les incite à accéder à de nouveaux savoirs où la santé humaine est plus traitée de manière holistique par rapport aux enseignements du cursus médical.

b. Un sentiment de légitimité en SSNC moindre lié aux formations complémentaire en école privée

Une partie des médecins ne s'est pas formée au contact d'autres médecins dans le milieu universitaire mais auprès des praticiens en école privée. Lorsque nous avons interrogé ces médecins, comme nous l'avons fait avec les autres médecins ci-dessus, sur la question de l'auto-apprentissage au contact des patients, ils ont réagi vivement. Cette réaction nous semble liée au fait qu'ils ont suivi des formations y compris longues dans des écoles privées à la différence des autres et se sentent moins légitimes dans les SSNC, d'un point de vue institutionnel, notamment avec l'évolution de l'offre des DU, où les médecins sont les formateurs.

« Je n'ai pas fait de l'auto-apprentissage moi, j'étais occupé avant j'ai fait mes études qui ont duré 7 ans...et après en 1983 je suis allé à l'école d'ostéopathie. J'ai appris à l'école » (entretien avec Dr Stéphane, ostéopathe, acupuncteur, homéopathe, 66 ans).

« Non, je suis allée dans une école, j'ai commencé dans une école d'acupuncture en 1986. » (Entretien avec Dr Jade, homéopathe, 62 ans)

« Je n'ai pas fait d'auto-apprentissage, j'ai appris avec des copains dans une école » (Entretien avec Dr Yves, Homéopathe, 51 ans).

Ces résultats soulignent que les médecins pensent devenir experts en SSNC non pas par des processus d'auto-apprentissages, mais par la reconnaissance institutionnelle de leurs diplômes de médecins, ainsi que la reconnaissance des DU en SSNC et enfin les certificats et diplômes acquis en écoles. Soulignons que dans ces types de formations, si la théorie domine, l'exercice de la pratique reste très présent surtout en médecine, ce qui conforte la construction de l'expertise débouchant sur l'acquisition de la légitimité institutionnelle par le diplôme.

D'ailleurs, s'ils insistent sur ce types de légitimité, n'est-ce-pas pour rappeler qu'ils sont des médecins au même titre que ceux qui exercent en médecine allopathique ?

Fort de leur diplôme initial en médecine, les médecins se pensent, également, plus experts en SSNC que les non médecins qui ont pu suivre les même écoles en SSNC.

c. Une expertise en SSNC confortée par la dénonciation à l'encontre de praticiens en SSNC non médecins

Plus de la moitié des médecins français interrogés considèrent les pratiques de SSNC exercées (acupuncture, ostéopathie et homéopathie) par un segment professionnel autre que celui médical comme en dehors de la légalité. L'accent est mis sur le savoir académique médical qui leur permet de se définir comme des acteurs compétents disposant d'une formation riche et spécifique, contrairement aux autres notamment les « thérapeutes », sans formation médicale universitaire.

« Les ostéopathes qui ne sont pas médecins, se réfèrent à moi parce qu'ils savent que j'ai plus de connaissances qu'eux [médicales]. » (Entretien avec Dr Stéphane Acupuncteur, 66 ans).

« Mais il existe malheureusement des écoles qui offrent des formations à des gens qui ne relèvent pas de la profession médicale » (Entretien avec Dr Virginie, acupuncteur, 58 ans).

« Ça peut éventuellement être dangereux, c'est pour ça qu'on préfère que les médecins pratiquent plutôt que ceux qui ne connaissent pas, quand même, un minimum d'anatomie et de physiologie humaine. » (Entretien avec Dr Aymeric, homéopathe).

La forme socio-institutionnelle de la construction des savoirs est mobilisée comme argument pour définir les frontières entre les deux groupes professionnels, légitime et non légitime.

« Les acupuncteurs non médecins veulent essayer d'être reconnus, ça va être difficile » (Entretien avec Dr Anne, acupuncteur, 45-55 ans).

« Il y a encore des acupuncteurs en France, 4 à 6000 selon les estimations qui ne sont pas des médecins, je vois qu'ils exerçaient illégalement et qui dit exercice illégale, dit risque bien sûr pour la santé ». (Entretien avec Dr Christophe, acupuncteur, 43 ans).

Ainsi 3 médecins sur 17 se déclarent tolérant à l'exercice des pratiques en SSNC par les « non médecins ». Leur position est expliquée par leur statut et leur réseau d'enseignants dans des écoles privées englobant des médecins et des thérapeutes.

« Il y a quelques personnes qui font des études sérieuses dans des écoles. Des non médecins qui n'ont pas de professions médicales de départ, mais qui veulent être de bons thérapeutes. Il y en a très peu, mais il y en qui le mérite...Je connais ça très bien parce que je suis dans une école d'ostéopathie, on a 80, 90 élèves en première année. » (Entretien avec, Dr Luc, acupuncteur, 53 ans).

« Il y en a qui sont des thérapeutes, il y a des acupuncteurs qui ne sont absolument pas médecin, je connais plein, je suis prof à l'école depuis plus de 25 ans, donc je connais des acupuncteurs qui sont des gens très compétents. Ils ne sont pas des médecins, et il y a des médecins qui pratiquent l'acupuncture qu'ils n'ont pas la compétence cognitive malheureusement, ils ne sont pas bon. » (Entretien avec, Dr Jade, homéopathe, 62 ans).

Ces médecins disent que la reconnaissance du savoir des personnes non médecins, n'est pas donnée, mais dépendante de plusieurs exigences, notamment en relation avec l'existence d'une formation sérieuse qui doit remplir des conditions d'institutionnalisation. Aussi la reconnaissance est dépendante des dispositifs institutionnels tel que l'intervention de l'Etat qui apparaît comme un acteur important pour garantir l'efficacité et la mise en place des mesures de performances et de sécurité.

« Il y a des gens non médecins qui veulent être reconnus. Les ostéopathes sont maintenant reconnu à partir du moment où les gens sont formés dans des écoles agréées compétente, qu'ils obtiennent leur diplôme de manière correcte ; ils ont le droit d'exercer. » (Entretien avec, Dr Luc, acupuncteur, 53 ans).

Certains se font même remplacer par des non médecins mais constatent que les patients viennent moins en raison de l'absence de diplôme de médecin qui implique de payer l'intégralité des soins.

« J'ai eu une remplaçante pendant trois mois. Plein des gens ne sont pas venus la voir parce qu'elle n'était pas médecin. Ce n'était pas en raison de doute dans ses compétences d'ostéopathie, mais parce qu'elle n'est pas médecin » (Entretien avec Dr Stéphane, ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, 66 ans).

En réalité la dénonciation effectuée par les médecins pratiquant les SSNC cache un apprentissage sur le tas important qui construit l'expertise et débouche sur une légitimité pragmatique du point de vue des patients.

II. L'acquisition d'une légitimité pragmatique en SSNC fondée sur l'importance de l'expérience professionnelle

L'expertise se construirait d'abord dans le parcours de formation du médecin conduisant à sa légitimité institutionnelle. Cependant, cette expertise se construirait aussi à travers l'expérience et donc un auto-apprentissage qui vient agrandir les connaissances issues de la formation académique, par la théorisation de la pratique, même s'ils ne le reconnaissent pas directement. Cette expertise débouche sur une légitimité pragmatique qui est définie par la reconnaissance de l'efficacité des soins par les demandeurs de soins. « Cela vaut parce que c'est efficace » (Marquis et Giraldo, 2010, p.10).

II.1. Une reconnaissance et une auto-reconnaissance liés à un nombre important d'année de pratique en SSNC

La qualification par le diplôme de médecin confère aux savoirs en SSNC une légitimité institutionnelle sans que la majorité déclare un auto-apprentissage dans leur trajectoire. Cependant, dans les faits l'ancienneté dans la pratique des SSNC déboucherait sur une légitimité pragmatique vis à vis des patients. Pour les médecins, les années d'exercice représentent un facteur d'auto-reconnaissance. Ainsi, pour la justification de la légitimité de leurs pratiques en SSNC, les médecins n'hésitent pas à rappeler à chaque fois leurs anciennetés professionnelles. Nous avons remarqué, que quand ils parlent de leur ancienneté ils expriment une grande fierté.

« Cela fait 20 ans que j'ai débuté, j'étais très fasciné par la culture asiatique » (entretien avec Dr Virginie, acupuncteur, 58 ans)

« Ça fait plus que 35 ans que j'exerce, premier cabinet, installation en 1986 » (Entretien avec Dr Stéphane, 66 ans, ostéopathe, acupuncteur, 66 ans)

« J'ai plus que 40 dans la médecine alternative et complémentaire ». (Entretien avec Dr Jade, Homéopathe, 62 ans).

« Je suis rentrée dans une école en 1983, j'ai appris l'acupuncture, l'ostéopathie. J'ai commencé en tant qu'apprenti maintenant je suis professeur. » (Entretien avec DR Louise, homéopathe, 58 ans).

Les médecins reconnaissent explicitement l'importance des années d'exercice dans le développement de leurs savoirs et savoir-faire en SSNC. De plus, la reconnaissance et la confiance qu'ils obtiennent, jouent comme un effet de renforcement sur l'auto-apprentissage à travers un effet motivationnel.

« J'ai commencé à exercer depuis les années 80, la ça fait presque 30 ans de service. Ça fait de l'expérience aussi, j'ai beaucoup appris et j'ai beaucoup donné à la profession aussi sur tous les niveaux en contrepartie j'ai acquis du respect de la reconnaissance et de la confiance, ça rends ma motivation encore plus réelle » (entretien avec Dr Daniel, médecin homéopathe 65 ans).

« J'ai commencé à exercer jeune, j'ai des connaissances et les savoirs nécessaires mais mon parcours est de plus en plus riche, ça fait plus que 20 ans d'exercice, ces années d'expériences professionnelles m'ont rajouté pleines choses et tout simplement d'être plus efficace et plus performant » (Entretien avec DR Luc, médecin acupuncteur, 53 ans)

Ces verbatim explicitent un sentiment d'auto-efficacité qui se construit dans le temps à partir de l'expérience et non pas de la formation académique qui est pourtant celle mise en valeur par la majorité des médecins dans l'acquisition de leur légitimité professionnelle.

II.2. Un apprentissage constant et une personnalisation des soins en SSNC qui se différencie de la médecine conventionnelle

Dans la notion d'expert en Sciences de gestion, la construction de l'expertise est fondée sur l'acquisition du savoir explicite et validé collectivement et d'un savoir tacite ou informel débouchant sur une reconnaissance sociale de la hiérarchie ou des pairs, et dans notre cas des patients. En ce sens l'expertise se construit *« à partir d'un ensemble stable de caractéristiques et se développe avec l'acquisition de connaissances, l'expérience et la pratiques »* (Ericsson et Chaness, 1994, p.). Nous montrons ici à partir des verbatim des médecins la part des savoirs tacites et informels liés à l'exercice de la pratique dans l'acquisition de nouvelles connaissances allant jusqu'à la modélisation ou théorisation de la pratique, qui viennent compléter la pratique de la théorie.

« A chaque soin on apprend quelque chose, presque je dirais avec chaque patient et chaque patiente ». (Entretien avec DR Anne, 45-55 ans, acupuncteur).

*« Avec le temps on est toujours orienté vers l'apprentissage des nouvelles manières de faire »
(Entretien avec Dr Adrien, naturopathe homéopathe, 47 ans).*

« Il faut soigner les gens, il faut faire faire faire !! C'est ce que j'appelle expérience ». (Dr Yves, homéopathe, 51 ans).

« Il faut capitaliser sur chaque nœud d'expérience, qui à chaque fois nous permette d'expérimenter et donc de prendre confiance en soi » (Entretien avec Dr Stéphane, acupuncteur, ostéopathe, 66 ans).

L'analyse des entretiens montre une maîtrise des situations particulières à partir des connaissances et de la richesse des expériences, ce qui témoigne d'une compétence spécifique.

« Donc maintenant, j'ai un travail spécifique et scientifique qui m'appartient. Après tout ce temps-là, je rajoute éventuellement le savoir de médecin à l'homéopathie ». (Entretien avec Dr David, homéopathe, 42 ans).

« Mon je travaille comme ça, tout est fusionné, voilà ostéopathie et énergie chinoise, pour moi des choses qui sont complémentaires en elle mêmes, et aussi voilà j'ai la connaissance scientifique. » (Entretien avec Dr Stéphane, Ostéopathe, acupuncteur, 66 ans)

Loin d'être lié à l'application d'une règle théorique universelle, le savoir procédural fait référence aux habilités techniques, nourrit grâce à différents facteurs à savoir l'expérience répétée, l'observation de sa propre efficacité et le retour des clients. Ainsi, le médecin est sensible à l'ensemble des opinions qui détermine son comportement et qui représente une forme d'évaluation de ses actions. Ici sa légitimité professionnelle en SSNC est une conséquence de son mode de fonctionnement renouvelé dans l'exercice médical. On peut parler à ce niveau de légitimité morale plus précisément de légitimité de conséquence dans le cadre théorique de la légitimité organisationnelle.

« Oui, On est sensible au retour des patients. » (Entretien avec Dr Nicolas, acupuncteur, 53 ans)

« On est bien obligé d'écouter ça, on écoute les bénéfiques, on écoute l'amélioration, l'aggravation, la stagnation [de la maladie] » (Entretien avec Dr Louise, homéopathe).

Les verbatim suggèrent que dans l'exercice de la pratique avec différents patients se construisent des savoirs spécifiques conceptuels et procéduraux conduisant à la « *personnalisation* ».

« On a des techniques qui sont très personnalisés, dépendantes de la personne. Il y a des gens qui parle et des gens qui ne parlent pas... J'ai un travail qui m'appartient » (Entretien avec Dr Stéphane, 66 ans)

« La pratique amène à la personnalisation. On se rend compte que c'est tellement personnalisé les soins ». (Entretien avec Dr Charles Homéopathe, 54 ans)

« Après cela amène à avoir des touches personnelles, et à faire une pratique très originale » (Entretien avec Dr Yves, homéopathe, 51 ans)

Nous retenons de ce qui précède que la part principale de l'expertise en SSNC est issue des expériences répétées avec différents patients permettant un processus d'auto-apprentissage au niveau procédural mais aussi nourrissant une théorisation de la pratique en faveur de la personnalisation. Par le terme de personnalisation on comprend qu'ils recherchent à se conformer aux modèles culturels tacites et explicatif des demandeurs de soins. Les SSNC sont reconnues de manière « factuelle » à partir des expériences vécues et/ou partagées par les usagers qui fournissent des explications plausibles pour le médecin et encouragent ses efforts. Ceci confère au médecin une légitimité cognitive.

Nous notons qu'une première expertise se construit en début d'exercice de la profession et va se combiner ensuite avec les enseignements en DU en SSNC. A notre sens, cette expertise débouche sur l'acquisition d'une légitimité institutionnelle formelle à travers les diplômes universitaires. Nous remarquons, ensuite qu'au fur et à mesure de la conduite de l'entretien avec chaque médecin, un dévoilement d'un autre type de construction d'expertise en SSNC s'opère. Celle-ci se construit pendant les années de pratique, tant d'un point de vue conceptuel que procédural et débouche sur l'acquisition d'une légitimité pragmatique qui se différencie de telle entendue par la théorie qui ne fait pas de place aux connaissances propres à l'exercice de la pratique et à leurs évolutions. Toutefois, cette légitimité pragmatique est acquise via des savoirs construits en relation avec la recherche d'une légitimité morale et cognitive correspondant d'une part à l'intégration morale d'opinions et d'autre part à l'intégration d'un modèle culturel de personnalisation en SSNC qui rentre en conformité par la pratique avec de

nouvelles exigences sociétales. Ceci débouche sur la construction d'une légitimité institutionnelle informelle de nature coutumière qui se différencie de la première plus formelle.

II.3. Le rôle de la métacognition dans la légitimité pragmatique en SSNC

Une part des médecins interviewés pense qu'ils ne sont pas légitimes en SSNC aux yeux des thérapeutes. En particulier parce qu'ils seraient formatés par des connaissances acquises dans les parcours initiaux en médecine, qui les empêcherait d'apprendre les bonnes pratiques en SSNC et de capitaliser sur leurs savoirs dans ce domaine.

« J'ai rencontré des gens au cours de ma formation, de gens qui disent que les médecins ne font pas de bons ostéopathes et ne font pas ça, parce qu'ils sont canalisés dans leurs connaissances médicale et ça les empêche. Ces gens sont assez affirmatifs et assez durs... Voilà ça ferme à la possibilité d'ouverture. » (Entretien avec Dr Stéphane acupuncteur, ostéopathe, 66 ans).

« Certains disent ahh médecin, ils ont des connaissances, mais ils ne prennent pas le temps avec le patient. Ahh l'allopathie c'est dégueulasse ». (Entretien avec Dr Yves, Homéopathe, 51 ans).

Sans contredire ce point de vue des thérapeutes, une part des médecins interviewés expriment clairement que leur légitimité est acquise à partir de la vision qu'ils développent sur leurs propres pratiques et plus largement sur eux-mêmes. Ce qui signifie que la légitimité pragmatique ne se construirait pas seulement sur un savoir technique mais aussi sur la relation à soi-même, ce que semblait suggérer les propos des thérapeutes rapportés au-dessus.

« La réputation c'est un ensemble de plusieurs facteurs, elle ne vient pas seulement de la technique utilisée mais de la propre vision que l'on a de soi... L'accompagnement est largement dépendant d'une logique de quête du temps » (entretien avec Dr, Anne acupuncteur).

De plus, si l'accompagnement est évoqué pour faire référence à une logique relationnelle pour la personnalisation dans la pratique, ce verbatim suggère que les contraintes du temps sont sources de métacognition pour répondre à cet objectif.

Cette relation à soi-même impliquerait aussi une qualité relationnelle qui associe le respect du malade et de ses choix à l'introspection du médecin.

« La mise en jeux de la personne, de la qualité relationnelle qu'on est capable de mettre avec les gens, puis avec la personne face à face, quel médecin je suis, c'est vraiment très important » (Entretien avec Dr Aymeric, acupuncteur)

« Je porte donc beaucoup d'attention à l'intérieur de moi-même et au respect du choix et de la décision du malade. » (Entretien avec Dr Adrian, naturopathe, homéopathe, 47 ans).

Il y aurait par ailleurs un effet de renforcement entre la réputation et l'estime de soi.

« La réputation est un élément motivationnel, elle justifie les efforts et les compétences, je la vois aussi comme un instrument de contrôle et un outil d'estime de soi. » (Entretien avec DR Daniel, homéopathe, 62 ans).

A notre sens, ici l'usage de la notion de réputation fait référence à une légitimité pragmatique pour les médecins français pratiquant les SSNC. En conséquence, cette légitimité pragmatique est à la fois le résultat de la vision que l'on a de soi-même au niveau de la pratique en SSNC (et peut être plus largement), ainsi qu'un instrument de « contrôle et un outil d'estime de soi » renforçant l'apprentissage expérientiel.

Ce que nous retenons

Au premier abord, l'acquisition de la légitimité en SSNC pour les médecins français est fondée sur une expertise déjà construite à partir des savoirs académiques en médecine et de leurs pratiques en CHU qui excluent les SSNC. Ils affirment, ainsi, qu'ils connaissent mieux l'anatomie que les praticiens non médecins et se sentent plus légitimes que ceux-ci pour pratiquer les SSNC. On note une autojustification de leurs pratiques en SSNC, à partir de l'acquisition d'une légitimité institutionnelle liée d'abord au diplôme universitaire de médecin et dans une moindre mesure au DU en SSNC (homéopathie, acupuncture et ostéopathie). Dans la mesure où ils ont acquis ces diplômes universitaires (doctorat et DU), les médecins disent qu'il y a une relation évidente entre les savoirs acquis en SSNC et leur auto-efficacité en SSNC.

Toutefois la dénonciation qu'ils effectuent à l'encontre des praticiens non médecins, cache une expertise issue d'un savoir technique et d'un apprentissage sur le tas très important et dans le temps contribuant à l'acquisition de la réputation que nous associons à la légitimité pragmatique. Cependant, celle-ci est fondée non seulement sur un apprentissage en situation de travail, mais aussi sur un savoir métacognitif construit à partir de la volonté de personnalisation des soins, le respect du choix du malade et la gestion de contraintes de temps impliquant une introspection. L'acquisition de légitimité pragmatique est cependant reliée à la fois aux valeurs et à un ensemble « d'idéaux moraux » qui correspond à la notion de légitimité morale, ainsi qu'aux conditions et exigences sociétales que le médecin essaye de satisfaire dans la pratique afin d'acquérir une légitimité cognitive.

Les savoirs académiques en médecine de plus en plus accompagnés des DU en SSNC procurent chez les médecins français à la fois un sentiment d'autojustification (qui sous-tend l'apprentissage) et une légitimité institutionnelle en SSNC permettant aux patients de les consulter à moindre frais puisqu'ils sont remboursés. Cependant, c'est à partir de cette première légitimité et des consultations qu'elles autorisent, qu'ils acquièrent la technique qui combine les savoirs conceptuels et les savoirs procéduraux à partir d'une activité métacognitive qui lie eux-mêmes à une estime de soi.

Section 2. Le cas des thérapeutes Français

Introduction

La volonté de comprendre comment la légitimité des praticiens non médecins en SSNC est acquise, auprès des usagers qui ne sont pas remboursés, nous a conduit à l'étude des formes de construction de leur expertise qui pourrait être différente de celle des médecins. Il s'agit d'un domaine qui se développe sur un marché où la demande croît malgré un vide juridique. En effet, même si ces pratiques sont tolérées, au final elles peuvent être cataloguées d'exercice illégal de la médecine. En effet, dans un arrêt rendu le 3 février 1987, la Cour de cassation énonça l'attendu suivant : « constitue l'exercice illégal de la médecine le fait par une personne non diplômée de prendre part habituellement à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement des maladies, quels que soient les procédés employés ; il en est ainsi de la pratique de l'acupuncture ». Ces praticiens non médecins installés sur un marché concurrentiel ont, cependant, trouvé leur place auprès des patients en dépit des problèmes de reconnaissances juridiques et professionnelles et donc de légitimité institutionnelle formelle. Nous pensons que le seul fait qu'ils soient installés sur ce segment de marché non remboursé suggère qu'ils ont construit une forme d'expertise et de légitimité que l'on ne peut pas mettre en doute à priori dont nous cherchons à définir les processus. En particulier, il convient d'étudier comment ce groupe professionnel « se bat » pour acquérir une forme de légitimité professionnelle voire institutionnelle formelle relativement aux médecins.

Nous nous intéressons pour commencer à la manière dont ces thérapeutes s'engagent dans l'exercice de la pratique en SSNC à partir d'une expérience initiale dont nous cherchons à apprécier les conséquences sur la construction de l'expertise, tout comme nous l'avons fait avec les médecins.

Dans la mesure où la légitimité institutionnelle formelle est plus faible que celle des médecins pour développer le réseau de clientèle, nous supposons que l'acquisition de leur légitimité professionnelle, vis-à-vis de ces clients se fait dans un environnement d'apprentissage de nature entrepreneuriale. En écho à la théorie de l'apprentissage entrepreneurial (Krueger, 2007), le passage d'un thérapeute novice en SSNC vers un expert dans ce domaine s'opèrerait par des changements plus abrupts montrant que le thérapeute a progressé et que les expériences initiales ont influencé ses modes d'actions ainsi que sa perception d'opportunités futures. En passant au stade d'expert, les thérapeutes, grâce à leurs savoirs conceptuels et procéduraux, seraient plus efficaces dans l'apport de solutions pour des cas particuliers voire extrêmes. Dans ce sens, la transformation d'un savoir de novice à un savoir d'expert implique la construction d'une

structure cognitive où la résolution des situations et des problèmes complexes dépend à la fois de savoir, de croyance et d'expérience préalable, mais aussi de rupture avec ces éléments.

Ainsi, après avoir identifiés la nature des expériences initiales et leurs influences en terme cognitif, nous identifierons la dynamique de construction de savoirs techniques, articulant savoirs conceptuel et savoirs procédural, et mobilisant des savoirs métacognitifs dans le processus de construction de l'expertise et d'acquisition de légitimité.

I. L'influence des expériences initiales dans l'adhésion à une pratique en SSNC

Nous cherchons ici à connaître les expériences initiales qui ont agi sur la décision d'orientation de l'exercice en SSNC des thérapeutes français. L'analyse des entretiens montre que des éléments liés à la volonté mais aussi des situations diverses, ont contribué à l'engagement dans l'acquisition d'un savoir en SSNC. Ces situations portent en elles des éléments (expériences personnelles vécues, éléments affectifs...) qui ont eu un poids important sur la transformation des représentations personnelles du système de santé (ce qui a fait le déclic) et ont conduit à un nouveau positionnement professionnel.

I.1. Une forte adhésion en SSNC

Plusieurs thérapeutes déclarent que l'engagement dans l'apprentissage des SSNC est le résultat d'une croyance en l'efficacité de ces soins. Ainsi, la croyance connote un fort engagement personnel et un haut degré subjectif de conviction de l'utilité de ces soins.

« J'y crois tout simplement » (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans)

« Les gens qui me connaissent me disent tu aurais dû lâcher depuis longtemps. Alors moi je crois vraiment à ce truc-là ». (M. Emanuel, ostéopathe, 64 ans)

La croyance en l'efficacité de ces SSNC traduit une certitude selon laquelle les pratiques non conventionnelles sont des vrais soins, agissant sur la personne englobant corps et esprit, ne laissant ainsi aucune place à l'inclination vers des doutes.

« J'étais persuadé que cette pratique est importante, j'étais persuadé qu'elle faisait partie de ma vision et qu'il faudra qu'on trouve autres choses qui sera cette pratique qui perdure dans le temps avec l'idée de ne pas simplement soigner la maladie, l'idée c'est de remettre en bonne santé. » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans).

L'adhésion à ces SSNC semble impliquer une démarche volontariste. Mais le déterminant d'engagement à l'exercice de ces soins est plus profond et s'exprime en termes de vocation et donc de fondement inconscient à la démarche.

« J'avais déjà pressenti cette vocation professionnelle. Alors je ne sais pas si je suis têtu mais je crois vraiment à ces soins. » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans).

Les verbatims suggèrent aussi que la croyance en ces pratiques fait référence à un registre socio-culturel, véhiculant des éléments explicatifs, des connaissances de différentes natures (culturelles et scientifiques) qui soutiennent l'engagement en l'apprentissage des SSNC.

« Et puis c'est la culture aussi, on parle souvent dans la vie quotidienne de la santé et de prévention pour pratiquer quelque chose comme ça, donc c'est déjà la base de connaissance. »
(M. Michel, praticien shiatsu 42 ans)

« C'est culturel en quelque part » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans)

« J'ai toujours été curieux du fonctionnement du cerveau humain » (M. Jean, hypnotiseur, 46 ans)

Pour ces thérapeutes l'engagement dans l'apprentissage de ces pratiques est une combinaison de croyance (l'allant de soi de la légitimité cognitive) et de connaissances ancrant une adhésion à une logique subjective bien spécifique.

I.2. Une expérience de vie comme un déclic d'orientation professionnelle

Plus de la moitié des thérapeutes français déclarent que l'origine de leur orientation vers les pratiques non conventionnelles résulte du fait de l'avoir essayé en qualité de patients, face à des difficultés de santé importantes où la médecine allopathique montrait des limites.

« J'ai eu la maladie de polio quand j'avais 2 ou 3 ans. Je suis handicapé. Il n'y avait pas un traitement spécifique par la médecine allopathique. Au final la médecine traditionnelle, m'a apporté beaucoup de choses » (M. François, praticien en shiatsu 47 ans)

« En voyant les résultats, je fus de suite convaincu de l'efficacité de cette pratique, c'est quelque chose que j'ai apprécié » (Mme Charlotte, praticienne shiatsu, 39 ans).

Le recours à ces SSNC a apporté un ressenti de bien-être et de rétablissement à la fois sur le plan physique et mental.

« En ayant ressenti un bien être me donnant l'impression d'être au meilleur de ma forme physique et mentale » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans).

Ce recours a eu lieu après constatation de l'inefficacité des soins conventionnels y compris sur le plan mental.

« Depuis mon enfance étant souvent en proie à des bronchites et vers l'âge de 25ans affublé d'une maladie de peau qui dura 2 ans (style léopard à tache blanche), j'ai fait des visites régulières à l'hôpital, sans succès de guérison, même avec des antibiotiques la dernière année, il m'avait fallu me résoudre à ne plus fréquenter les piscines et les plages, les décolorations blanchâtres me donnaient honte. » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans).

Le recours à ces SSNC a impliqué également une satisfaction associée au sentiment d'être responsable de sa santé de façon holiste.

« Ceci a engendré une satisfaction et un plus grand plaisir à être le responsable de ma santé physique et psychologique et même spirituelle. Sentir le progrès et le vivre, c'est ce qui compte » (M. Lucas, Ostéopathe, 45 ans).

« C'était impressionnant. C'était une importante étape » (entretien, M. François, praticien shiatsu, 47 ans)

Ces expériences et ce recours aux SSNC en qualité de patient ont conduit à la découverte des nouvelles pratiques de soins, ainsi qu'à la découverte des atouts de la médecine non conventionnelle en termes de remède au déséquilibre physique, émotionnel ou autre.

« Quelle n'était pas ma satisfaction et ma gratitude sans fin pour ce que je venais de découvrir : découvrir une autre médecine que celle en laquelle nous avions toujours cru » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans).

« J'ai compris que le corps et l'esprit ne sont pas séparés mais au contraire reliés, et oui, le zen shiatsu fait appel au principe de la respiration et du Zen, une véritable danse du corps, des étirements, bref, tout ce que nous ne pouvons vivre dans l'approche moderne de la vie, la joie d'être dans l'instant présent » (M. Cédric, praticien shiatsu, 39 ans).

Ainsi, ce vécu a conduit à la production de sens en orientant le choix professionnel. L'efficacité de ces soins non conventionnels sur certains symptômes, a pu être tellement importante qu'elle a conduit à un engagement fort dans l'exercice des SSNC, avec des temporalités différentes.

« Et puis je me suis dit, voilà maintenant c'est clair et net je vais me lancer en tant qu'ostéopathe, donc je me suis formé et à l'âge de 28 ans je me suis lancé » (M. Lucas, Ostéopathe, 45 ans).

« Au départ il y a eu un glissement dans la réflexion, puis de l'action sur le terrain » (M. Emanuel, ostéopathe, 64 ans)

Ces expériences initiales représentent un facteur contribuant à l'activation des représentations relatives à la découverte des nouvelles techniques de soins. Elles ont tracé des événements très particuliers et apparaissent comme autant de témoignages d'un vécu dans des circonstances spécifiques, conduisant néanmoins à une véritable reconnaissance de l'efficacité et de l'utilité de ces soins. Elles apparaissent, en conséquence, comme des éléments déclencheurs de

motivation à l'engagement professionnel et pour certain une source de réorientation professionnelle dans leur trajectoire.

I.3. Une insatisfaction professionnelle et personnelle à l'origine d'adhésion en SSNC

Les deux tiers des thérapeutes français ont un parcours professionnel atypiques où ils exerçaient dans des domaines différents à celui de la santé. Leurs parcours témoignent d'une diversité d'expériences professionnelles enchaînées dans différents domaines.

« Je suis quelqu'un aussi polyvalent, j'étais responsable marketing, ensuite j'avais monté une agence culturelle qui aide les collectivités à monter les dossiers et/ou à monter les évènements. » (M. Michel, 42 ans)

« J'ai commencé par faire des études en sciences économiques, j'ai fait des études de fiscaliste, j'étais inspecteur des impôts pendant 10 ans et puis je suis partie. J'avais commencé à, faire du théâtre après le théâtre, j'ai commencé à faire des publicités et puis j'ai fait des traductions et puis du théâtre j'ai commencé à amener des ateliers de travail de clown, donc j'ai travaillé sur le comique. Petit à petit je me suis consacré vers la formation en entreprise et j'ai remarqué en passage que j'avais besoins d'une formation en psy donc j'ai suivi une formation en psychothérapie. Et depuis je me suis formée en analyse transactionnelle, en PNL ...C'est un parcours atypique, le fil conducteur c'est vraiment transformer la représentation » (M. Rémi, praticien PNL, 67 ans)

« Ingénieur en informatique, je me suis intéressé à l'hypnose » (Entretien avec Monsieur Jean, maître praticien en Hypnose Ericksonienne, praticien PNL, Formateur Auto Hypnose).

N'étant pas satisfaits de leurs parcours professionnels et cherchant plus d'autonomie ou du sens, les futurs thérapeutes ont bifurqué et ont choisi de se projeter vers un nouveau domaine professionnel. Ces changements professionnels sont nés en réponse aussi à des besoins personnels. L'insatisfaction au travail, conduisant à un vécu difficile, s'est exprimée de manière concrète dans les entretiens pour argumenter en faveur de leur réorientation.

« J'étais fonctionnaire et je n'étais pas très satisfait. On travaille juste pour travailler, pas de motivation. C'est la routine, c'est ennuyant, il n'y a pas des motivations, et puis on gagne en fonction de l'ancienneté, mais pas en fonction des compétences. » (M. Paul, ostéopathe, 39 ans)

« Après Mon parcours est un peu atypique, car à l'âge de 25 ans, je n'étais pas entièrement satisfait de ma profession je souffrais en quelque sorte d'instabilité et d'incapacité à aimer le travail de bureau d'étude. » (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans)

Même si certains trouvent leurs travaux intéressants, ils ne se sentaient pas très épanouis ce qui les a conduits vers les SSNC.

« Bah ce que je faisais était intéressant, mais je ne me sentais pas non plus ultra épanouis dans ce que je faisais. Ça marchait bien mon entourage était content de mon travail, mais je n'avais pas l'impression de me réaliser pleinement dans ce que je faisais. » (Mme Laura, praticienne shiatsu, 47 ans)

Pour les deux tiers des thérapeutes il semble donc que l'insatisfaction personnelle et professionnelle ou le manque d'épanouissement, amorce la rupture avec leur travail antérieur et agit de manière globale sur le choix du nouveau parcours professionnel en SSNC. Nous notons que pour la moitié de ces thérapeutes, certains ont aussi témoigné d'une satisfaction relative au recours en qualité de patients en SSNC (Serge, Emanuel, Catherine, François, Lucas, Cédric et Charlotte), face à des difficultés de santé importantes où la médecine allopathique montrait des limites. L'acte initial de croire se construit donc de façon complexe et s'appuie sur un vécu autant expérientiel (en santé, au travail) que culturel (allant de soi et modèle explicatif), qui invite à tenir pour vraie l'efficacité des soins et conduit à un engagement dans la formation et l'apprentissage des pratiques non conventionnelles.

II. Une expertise construite sur l'apprentissage entrepreneurial débouchant sur une légitimité institutionnelle

II.1. Une formation en SSNC dans les écoles au service de la construction de l'expertise

a. La mise en perspective de la qualité de l'offre de formation

La construction de l'expertise suppose l'acquisition à la fois d'un savoir conceptuel, dont une partie est théorique au sens académique et une autre au sens de la théorisation de la pratique, et un savoir procédural. La combinaison de ces deux types de savoir est de plus régulée par la métacognition. Si le savoir conceptuel académique dépend en grande partie de la formation fournie, celle-ci permet l'acquisition d'un premier niveau du savoir procédural. En accord avec ceci, la formation professionnelle constitue pour les thérapeutes français le premier facteur d'initiation et d'apprentissage de savoirs thérapeutiques.

« Alors bien sûr, cela ne s'achète pas, il faut étudier, le parcours est sinueux certes » (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans)

« D'abord j'ai fait des études pendant 3 ans dans une école d'acupuncture » (M. Michel, praticien shiatsu 42 ans)

D'ailleurs certains, tellement passionnés par l'utilité et l'efficacité des SSNC, ont choisi d'apprendre plusieurs pratiques non conventionnelles en même temps.

« Les cours étaient dispensés une soirée par semaine, et me voici parti pour apprendre une version japonaise antique de détente et relaxation profonde ; mais ce n'est pas tout, car en complément, je pratiquais la méthode Macrobiotique de régénération cellulaire et de guérison, ce qui fut un autre tsunami de bien-être. » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans).

Notons de plus que la qualité des enseignants et de leurs travaux, qui sont d'ailleurs des praticiens, renforce la motivation à l'apprentissage et la passion de la pratique. Une bonne organisation des cours avec un corps professionnel suffisamment compétents, constituent des éléments distinctifs pour les thérapeutes dans la garantie d'un apprentissage de qualité.

« C'est avant tout un plaisir, on se laisse aller, on se libère de tout, on oublie tout. J'apprends avec passion, j'ai beaucoup apprécié, l'organisation, les enseignants. J'étais très satisfaite. » (M. Frédéric, ostéopathe, 35 ans)

« J'ai eu la chance d'être encadré par un ostéopathe qui m'a donné très envie de faire cette formation. Il m'a aidé à mettre les pieds à l'étrier. » (M. Paul, ostéopathe, 39 ans)

« Je peux citer toutes les enseignants et personne qui m'ont permis de progresser, comme MichioKushi et Chizuko Yamamoto » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans).

Ainsi, ces conditions favorables à un premier apprentissage dans un cadre formel contribuent à la construction de bases cognitives de la pratique. Rappelons que la formation est assurée souvent par des stages même à l'étranger. Plusieurs écoles proposent, ainsi, des stages et établissent des projets de coopération avec des pays où les pratiques non conventionnelles prennent source.

b. Des formations sanctionnées par l'obtention de divers titres de validation des savoirs

L'ensemble des thérapeutes français interviewés déclarent que leurs formation en SSNC est sanctionnée par l'obtention d'un titre, qu'il s'agisse d'un diplôme, d'une attestation ou certificat.

« Mon premier diplôme était en 1995 » (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans)

« Je suis formateur, j'ai un certificat de coach aussi » » (M. Rémi, praticien PNL, 67 ans)

« Je suis enseignant de la FFST shiatsu, j'ai un diplôme de praticien en shiatsu » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans).

« J'ai obtenu mon titre en 2010 et ensuite quand j'ai décidé d'en faire mon métier. Donc voilà je suis installé professionnellement. C'est une activité principale. » (Mme Charlotte, praticienne shiatsu, 39 ans).

Certains thérapeutes interviewés déclarent qu'ils ont suivi des formations thérapeutiques à l'étranger donnant lieu à l'obtention d'un diplôme étranger.

« C'était aux Etats –Unis parce que j'ai fait un échange universitaire aux Etats-Unis. » (M. Frédéric, ostéopathe, 35 ans)

« Au total, j'ai fait 5 ans d'apprentissage. J'ai deux diplômes. Au Japon, j'ai obtenu un diplôme national d'acupuncture. Donc bien sûr c'est reconnu au Japon. Après, j'ai voulu savoir un peu plus, j'ai suivi des cours en Chine et j'ai obtenu un diplôme de la faculté de médecine, c'est le diplôme de licence en médecine ». (Entretien, M. François, praticien shiatsu, 47 ans)

Ce thérapeute nous a montré qu'avec un diplôme (voire des diplômes) étranger, les procédures admiratives pour s'installer étaient suffisamment accessibles pour pouvoir exercer rapidement en France. Cette facilité d'installation professionnelle peut paraître surprenante, elle correspond en fait à la liberté d'entreprendre à partir du moment qu'ils paient leurs cotisations au URSSAF et ne déclarent pas un exercice de la médecine.

L'analyse des entretiens montre que les thérapeutes reconnaissent l'importance des titres, certificats ou autres dans la validation de leurs savoirs initiaux en SSNC. Ces thérapeutes, cependant, déclarent qu'ils sont suffisamment experts, et possèdent les savoirs thérapeutiques nécessaires à la bonne exécution de leur travail, indépendamment de la nature de titres obtenus, qui ne reflètent pas leurs efforts. Mais ils accordent peu d'importance au rôle que jouent les

titres obtenus dans des écoles, lorsque celle-ci ou les thérapeutes eux-mêmes, ne sont pas affiliés à une structure associative ou fédérative pour la reconnaissance sociétale (patients) de leurs savoirs. La méconnaissance de ces titres ou de leurs contenus par la plupart des patients ne permet pas, en effet, de mettre en valeur leurs niveaux de qualification et d'instruction pour recruter de la clientèle directement à partir de leurs référencements ou de leur plaque dans la rue comme cela est le cas pour les médecins.

Pour une reconnaissance plus large de leurs pratiques, les thérapeutes soulignent la place que jouent de plus en plus les fédérations et /ou syndicats dans ce processus d'acquisition d'une légitimité professionnelle au moins vis-à-vis des patients.

II.2. Des titres obtenus dans le cadre associatif et fédératif, facteur d'auto-reconnaissance et de reconnaissance

Même si la plupart des thérapeutes ont suivi des formations dans des écoles spécifiques, ils déclarent, par contre, que l'adhésion à des syndicats et/ou des fédérations est importante et révèle une recherche de légitimité institutionnelle formelle difficile à obtenir en France relativement à d'autres pays. Dans ce cadre, ces thérapeutes mettent en avant la place des efforts des associations et des fédérations dans la reconnaissance des SSNC.

« Il y a des gens de syndicat qui sont allés au ministère de la santé. Il y a plein de choses qui sont en cours justement pour la reconnaissance. » (M. Michel, praticien shiatsu 42 ans)

« C'était la fédération qui a déjà commencé à travailler sur ce dossier-là et puis le syndicat a repris dans ces voies là pour la reconnaissance et la prise en charge auprès de certaines mutuelles. » (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans)

Pour le thérapeute le fait d'avoir un titre reconnu dans un cadre associatif ou fédératif, est important pour une légitimité auprès des usagers. Ainsi, cherchant une reconnaissance de leur formation initiales plusieurs thérapeutes préfèrent continuer à se former auprès de fédérations et/ou de syndicats afin d'obtenir des titres plus reconnus, ouvrant la voie à une insertion professionnelle plus facile.

« J'ai mon titre obtenu de l'école en 2013 avec une durée de 3 ans et j'ai un certificat obtenu de la Fédération Française de Shiatsu traditionnel (FFST) et un certificat obtenu du Syndicat Professionnel de Shiatsu. Les certificats je ne les ai pas passées et présentées tout de suite, j'ai continué à pratiquer comme ça et puis un jour je me suis sentie prête, je me suis dit bah tiens !

J'ai finalisé mon mémoire. On ne peut pas dire que ça prenne un certain temps c'est juste le moment quand on a décidé ou quand notre enseignant estime qu'on est prêt. Par contre Il faut être sorti d'une école pour pouvoir présenter ce mémoire. » (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans).

Même s'ils ont acquis un savoir professionnel dans des écoles, les thérapeutes vont faire des formations proposées par les fédérations ou syndicats professionnels qui ont obtenus l'inscription de ces formations au Registre National des Certifications Professionnelles (RNCP). La reconnaissance de la formation au RNCP leur confère donc un premier niveau de légitimité institutionnelle formelle, sans pour autant que les soins soient remboursés.

« Je viens d'avoir un diplôme du Syndicat Professionnel du Shiatsu c'est plutôt un titre professionnel où la formation est enregistrée au RNCP donc une première reconnaissance parce que c'est un titre de niveau 3 équivalent à une BTS IUT » (M. Michel, praticien shiatsu 42 ans)

« Il n'y a pas d'obligation, mais après si on veut être reconnu, c'est mieux... Avoir un certificat de la part de FFST ça nous donne plus de reconnaissance. Donc j'ai obtenu un titre professionnel de shiatsu, il y a quand même une reconnaissance, c'est le plus important au niveau professionnel. » (M. Cédric, praticien shiatsu, 39 ans)

« C'est une grande avancée parce qu'il y a cette reconnaissance » (M. Emanuel, ostéopathe, 64 ans).

« Pour moi ça m'a semblé important en tout cas de faire d'abord l'école et puis les autres certificats [obtenu de la FFST et du Syndicat Professionnel du Shiatsu] pour moi c'est une évidence de pouvoir obtenir le maximum de reconnaissance plutôt que d'exercer dans son coin. Même si, on n'a pas forcément de reconnaissance, je pense qu'il vaut mieux avoir le maximum même s'il n'y pas encore de numéro de ADELI à attribuer à la profession ». (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans)

Notons qu'un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés et libéraux et leur sert de numéro de référence. Il figure sur la carte de professionnel de santé (CPS) pour les professionnels relevant du code de la santé publique. Avoir ce numéro implique donc que l'on est légitime institutionnellement en tant que professionnel de santé ce qui n'est pas encore le cas ici. Selon les thérapeutes qui ont acquis des titres certifiés professionnellement, la reconnaissance des formations génère une forme de crédibilité auprès des autres professionnels

de la santé, mais aussi de tranquillité ce qui sous-entend que certains pouvaient vivre des situations d'harcèlement.

« C'est une forme d'assurance, de sécurité et d'acquisition d'une crédibilité sociale et professionnelle. Donc voilà, au niveau professionnel, avec cette reconnaissance on va être tranquille à ce niveau-là. Même au niveau médical et paramédical. » (M. François, praticien shiatsu, 47 ans).

« On va plus se faire embêter par les kinésithérapeutes. Avant J'avais une plaque que je la mets plus, parce que régulièrement arrachée. Donc on va être tranquille à ce niveau » (entretien avec, Cédric, praticien shiatsu, 39 ans)

« On a changé de statut, parce qu'on sera plus les petits qui font des papouilles avec les mains. Vu qu'il y a quelques choses. Il y a quand même un titre reconnu. » (M. Michel, praticien shiatsu 42 ans)

Lorsque les titres sont reconnus par ces associations et fédérations cela leur confère aussi une légitimité organisationnelle à travers une reconnaissance de leur qualité éthique et enfin cognitive en santé.

« On a la possibilité de parler plus ouvert avec le corps médical » (entretien avec Laura, praticienne shiatsu, 47 ans)

Ceci procure chez le thérapeute une tranquillité et une nouvelle configuration de leur identité ouvrant sur de nouveaux échanges liés à l'acquisition de plus de légitimité institutionnelle formelle conduisant à redéfinir des frontières entre les professionnels de santé. Rappelons que ce besoin de reconnaissance est né d'une disqualification sociale et institutionnelle de l'art de guérison (non conventionnel) et de bien-être. Ainsi en se mobilisant collectivement au niveau associatif et fédératif, les thérapeutes vont pouvoir exercer des pratiques correspondant aux nouvelles attentes sociétales et professionnelles. Cela constitue en quelque sorte une première réussite de l'action collective de ces thérapeutes qui renvoie à l'idée d'entrepreneuriat institutionnel développée par ailleurs. Ces actions et ces pratiques contribuent à la construction de biens communs pour la société par une offre de soins différenciés de la médecine allopathique répondant aux exigences d'un nombre croissant de patients. En même temps elles viennent consolider l'apprentissage entrepreneurial et l'expertise du praticien face à sa clientèle et ses partenaires et donc son auto-reconnaissance au côté de sa reconnaissance sociétale.

II.3. Une légitimité confortée aussi par la dénonciation à l'encontre des praticiens non formés en SSNC et des médecins

En mettant en valeur leurs savoirs en SSNC, les thérapeutes français remettent en cause le mode d'exercice des pratiques en SSNC par d'autres relevant d'un même segment professionnel, où l'exercice de leurs pratiques ne satisfait pas un minimum d'exigence en termes de savoir et de compétence. Ainsi, les frontières ont été établies par la formation qualifiante et certifiante.

« Le nombre augmente référencé en tant que praticien. En fait des praticiens il y en pas loin de 6 ou 7 million en France. Par contre les gens qui travaillent professionnellement et qui sont installé on est entre 400 et 600. » (M. Michel, praticien shiatsu 42 ans)

« Il y en a relativement peu qui sont réellement professionnelle » (M. Paul, ostéopathe, 39 ans)

« Les difficultés sont sur le chemin de quelques praticiens shiatsu ; ils ne font pas des efforts dans leur pratique, ne portent pas beaucoup d'attention à l'exercice de la pratique. Il faut qu'ils pratiquent d'une manière Zen » (M. Serge, praticien shiatsu 68 ans).

La manière dont les thérapeutes se définissent eux même en tant que thérapeutes revoie à un rappel de leurs savoirs comme une forme de différenciation par rapport à différents membres des groupes professionnels, relevant, essentiellement, du corps médical. Presque la moitié des thérapeutes soulignent qu'ils ne mobilisent pas un savoir médicale et du coup, ils considèrent leurs savoirs comme complémentaires voire alternatifs aux savoirs médicaux ouvrant la voie, ainsi, à un meilleur diagnostic et traitement de la maladie.

«Je ne guéri personne, j'oriente simplement la personne vers des recommandations appropriées de santé afin qu'elle puisse devenir l'acteur ou l'actrice de sa guérison. » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans).

« Je pense que lorsqu'on travaille avec des collaborateurs et des gens de domaine médical des médecins et des professeurs de médecine, on peut remarquer qu'il y a des choses qu'on peut encore améliorer, ou changer ou transformer pour avoir un meilleur rendement et efficacité, et appliqué à certaine pathologie. » (M. Rémi, praticien PNL, 67 ans).

Certains disent que cette reconnaissance n'ouvre pas seulement les portes pour une communication avec le corps médical, mais une collaboration avec ce corps professionnel permet de tirer profit de leurs reconnaissances pour acquérir leur légitimité.

« On essaye de se faire un réseau. Je suis en contact aussi avec les médecins et les psychologues du coup avoir un réseau comme ça. Ça aide à augmenter la clientèle » (Me Laura, praticienne shiatsu, 47 ans)

Ici, les thérapeutes montrent qu'ils ne sont pas en mesure d'assimiler tout le savoir médical. La conviction que ce savoir médical est scientifiquement prouvé était suffisante pour montrer qu'ils ne sont pas des médecins et que leurs compétences ne s'étendent pas pour regrouper toute sorte de guérison ou de substituer des savoirs médicaux. Cela ne revoit pas à une délégitimation ou dégradation de leurs savoirs thérapeutiques, mais à une description de leur champ d'intervention. Toutefois, certains ne partageaient pas cette idée et voient qu'ils sont dénigrés par le corps médical. Pour cela, les thérapeutes montrent qu'il faut bien choisir le chemin d'action afin de ne plus interroger leurs savoirs thérapeutiques.

Cependant, pour prouver leur légitimité, les thérapeutes interviewés se saisissent d'un registre critique afin de tancer le savoir des médecins en SSNC. En s'opposant à leur pratique, les thérapeutes mettent en cause les formations suivies par le corps médical dans ce domaine. Ils considèrent que leur formation initiale en médecine les empêcherait d'apprendre de bonnes pratiques en SSNC, telles que le toucher. Celui-ci qui constitue le socle thérapeutique des pratiques non conventionnelles, est conçu comme un mode de contact au client, source d'équilibre énergétique et de guérison. D'ailleurs, les clients qui sont prêts à recevoir des soins non remboursés, cherchent à bénéficier en contrepartie, à la fois d'une offre de soins de qualité différente de l'allopathie, des modalités de prise en charge spécifiques et des techniques de soins très particulières tel que le toucher.

« Tous les médecins devraient être formés pour savoir toucher les gens, déjà leur apporter le réconfort c'est par le toucher, pas seulement l'examen. Mais c'est vrai que les gens qui tournent davantage vers ces médecines-là, c'est que malgré le fait qu'ils doivent sortir de leurs poches parce que ce n'est pas forcément remboursé, et bah voilà les gens qui peuvent se permettre, c'est parce qu'ils sont prêts à mettre la main dans la poche pour avoir ce soin-là qui va leur apporter quelque chose, autre qu'une réponse par la chimie » (M. François, praticien shiatsu, 47 ans).

Les arguments présentés par les thérapeutes pour délégitimer les savoirs des médecins en SSNC, tentent de livrer une critique sur l'inefficacité de la thérapie pratiquée par le médecin. Par conséquent, les thérapeutes expriment une dégradation dans le domaine des SSNC dont

les médecins sont les responsables. En prouvant ceci à travers le retour de clients insatisfaits des soins offerts par les médecins, les thérapeutes reprochent aux médecins un engagement faible au service de la personne qui les consulte. D'ailleurs, la réalisation des examens médicaux classiques ne laisse que très peu de place à l'application des techniques spécifiques en SSNC, tel que le toucher.

« J'ai beaucoup de retours de patients qui sont vraiment déçus par la médecine traditionnelle. Il y a certains médecins qui ne touchent même plus les patients. Et du coup la médecine est en train de se dégrader, c'est juste des médicaments et les gens sont absolument pas touchés et en fait pour plein de maux et pour plein de pathologies des fois, il ne suffit pas de grandes choses » (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans).

Les thérapeutes insistent sur l'importance de la qualité de l'offre de soins en SSNC. S'ils le disent de manière appuyée, c'est parce qu'ils partagent la conviction que l'efficacité des pratiques ne se limite pas à un savoir médical. Bien au contraire, les thérapeutes suggèrent que l'efficacité des soins est fortement dépendante de la formation en SSNC et des techniques spécifique tel que le toucher. Ainsi, la plupart des interviewés entérinent le rôle de la formation suivie dans des écoles, comme un premier facteur d'initiation et d'apprentissage de savoirs thérapeutiques. Ces formations qui sont dépendantes d'une bonne organisation des cours avec un corps professionnel suffisamment compétent, sont sanctionnées par l'obtention des titres. Toutefois, la méconnaissance de ces titres ou de leurs contenus ne permet pas un recrutement direct de la clientèle. Mais lorsqu'il s'agit d'un titre obtenu dans un cadre associatif ou fédératif, il est plus facile de construire une clientèle et d'acquérir une légitimité professionnelle. D'autant plus que le choix des formations proposées par les fédérations ou syndicats professionnels, ayant obtenu une inscription au RNCP, confère aux thérapeutes une légitimité institutionnelle formelle, à travers une reconnaissance de leur qualité éthique et cognitive en santé.

Parallèlement à la pertinence du savoir conceptuel, la formation fournie ouvre la voie à l'acquisition d'un savoir procédural amélioré pendant les années de pratique, et débouche sur l'acquisition d'une légitimité pragmatique.

III. Une légitimité pragmatique fondée sur les expériences professionnelles

III. 1. L'apprentissage expérientiel au cœur du processus de construction d'expertise

a. *Un apprentissage autodirigé à partir des expériences répétées, au service de la construction d'expertise*

Le thérapeute, une fois engagé dans la vie professionnelle, ne dispose d'aucune expérience. Il dépend entièrement de son savoir conceptuel théorique. Ce savoir est, par la suite, investi dans la pratique lors de la vie professionnelle, nourrissant donc une théorisation de la pratique. Ainsi, la construction de l'expertise en SSNC est largement dépendante de l'activité pratique qui apparaît être un « savoir comment » autrement dit un savoir expérientiel procédural. Dans ce sens, les déclarations des thérapeutes se prononcent en faveur de ces savoirs, car dans le domaine des SSNC le respect des procédures d'actions gouvernées par un savoir-faire tel que le toucher constitue le fondement de l'acte de soins.

« Il y a tout un processus qui s'acquiert et qui se développe, c'est pour ça qu'on ne peut pas devenir praticien du jour au lendemain... Parce que il y a tout un cheminement : on développe à la fois le toucher, après il y a les connaissances théoriques qui sont nécessaires mais ce n'est pas ça à la base non plus, c'est vraiment très orienté sur le toucher, le ressenti. Ça ne tombe pas du ciel. Ça se cultive, ça se développe ... » (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans).

« On n'acquiert pas du jour au lendemain ça se développe par un savoir-faire » (M. François, praticien shiatsu, 47 ans).

Ainsi, le thérapeute n'est plus novice, mais une part principale de son expertise en SSNC est issue des expériences répétées avec différents clients, permettant un processus d'auto-apprentissage au niveau procédural. Cette dynamique contribue à une évolution professionnelle correspondant à l'acquisition de nouveaux savoirs procéduraux et renvoyant entre autres à une dynamique de construction d'expertise.

« Et puis on évolue en fonction des cas qu'on rencontre » (M. Emanuel, ostéopathe, 64 ans).

« Plus on pratique, plus on évolue, c'est un métier où on évolue en permanence » (M. Emanuel, ostéopathe, 64 ans).

« En tout cas quand on exerce au quotidien ça me paraît évident que la pratique évolue plutôt au mieux » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans).

Ainsi, l'apprentissage en situation de travail permet une amélioration des savoirs grâce aux expériences répétées. Toutefois, le thérapeute ne se limite pas à l'amélioration de ses savoirs, mais cherche aussi une combinaison des éléments pour avoir un tout « cohérent ». Il dispose des capacités nécessaires pour modifier ou améliorer ses pratiques. Ainsi loin d'être lié à l'application des règles universelles, le thérapeute témoigne d'une maîtrise de la situation et d'une compétence spécifique permettant une théorisation de la pratique. Il nous semble ici pertinent de souligner que le thérapeute adopte des actions créatives par le biais des recherches.

« On apprend aussi que les choses qui existent peuvent être améliorées, on peut les assembler pour aussi faire quelque chose de cohérent, beaucoup plus vaste que la simple proposition » (M. Emanuel, ostéopathe, 64 ans).

« Il est très important de faire ses propres recherches. Beaucoup de savoir et de connaissances, c'est important pour effectuer un bon diagnostic et avoir une approche plus correcte et plus cohérente pour les clients » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans).

L'analyse des entretiens montre que l'auto-apprentissage en situation de travail est dépendant des actions précédentes notamment l'auto-observation. L'observation de leurs propres modes de fonctionnement permet aux thérapeutes de récupérer des informations sur les aspects spécifiques de leurs activités, de déterminer des améliorations ou d'identifier des patterns de dysfonctionnements dans leurs activités. Ainsi, les expériences professionnelles ont servi aux thérapeutes à porter une réflexion sur l'analyse de leurs activités, et à en tirer eux-mêmes des effets spécifiques pour produire de nouvelles manières de faire.

« On s'aperçoit qu'il y a des choses qu'on peut encore améliorer, ou changer ou transformer pour avoir un meilleur rendement et efficacité » (M. Emanuel, ostéopathe, 64 ans).

« On s'est aperçu qu'on peut faire les choses un peu mieux à tel endroit, telle partie du protocole peut être améliorée, peut-être supprimée... » (M. Rémi, praticien PNL, 67 ans).

En effet, l'apprentissage auto-dirigé est déterminé par un niveau élevé de sentiment d'efficacité personnelle. Par ailleurs les perceptions d'efficacité personnelle semblent corrélées à la capacité

de production des résultats souhaités. Ainsi, les thérapeutes ayant un fort sentiment d'efficacité personnelle se considèrent en mesure de fixer des objectifs élevés.

« J'ai la révision du truc, je peux faire fonctionner l'ensemble » (M. Jean, 46 ans, maître praticien en Hypnose Ericksonienne, praticien PNL, formateur Auto Hypnose).

L'efficacité personnelle est souvent corrélée à l'auto-valorisation. Toutefois, ce sentiment de valorisation n'est pas forcément lié au perfectionnement, mais à la capacité de la réalisation des activités que les thérapeutes se sentent aptes à accomplir.

« J'ai un sentiment positif de valorisation ; même s'il n'y a pas la perfection, si toutefois elle existe, on tentera d'être le plus près possible de ce qui est juste ; c'était très important pour moi » (M. Rémi, praticien PNL, 67 ans.)

L'analyse des entretiens nous amène à considérer les croyances en l'efficacité personnelle comme au service de la construction d'expertise. Ainsi, ces croyances qui sont autant incitatrices d'efficacité, offrent au thérapeute une confiance en soi et des pistes d'action pour l'amélioration de ses savoirs, pour la persévérance.

« J'ai persévéré aussi. Je ne me suis pas découragé et puis bah petit à petit c'est venu voilà et c'est comme ça aussi parallèlement à ça quand on voit que les gens sont contents, donc on a un peu plus confiance en soi » (M. Emanuel, ostéopathe, 64 ans).

A côté du savoir conceptuel, la construction de l'expertise suppose l'acquisition d'un savoir procédural issu des expériences répétées et améliorées par un auto-apprentissage. Ceci est d'autant renforcé lorsque l'auto-apprentissage est corrélé à un niveau élevé de sentiment d'auto-efficacité. Notamment les croyances en l'efficacité personnelle constituent une forme d'évaluation personnelle des compétences propres et s'avère un incitateur d'efficacité.

Les expériences professionnelles antérieures apparaissent également comme étant au service de l'amélioration du savoir procédural en SSNC.

b. Réinvestissement des savoirs professionnels au profit de la construction des nouveaux savoirs en SSNC

Certains thérapeutes ont déclaré que les expériences professionnelles antérieures, autres que celles en SSNC, ont un enjeu important sur le plan professionnel et personnel. Les éléments produits par ces expériences professionnelles ont participé de manière spontanée dans la construction de leur expertise en SSNC. Plus particulièrement, selon les thérapeutes ces

expériences professionnelles sont enrichissantes, porteuses d'une plus-value et influençant relativement le mode d'exercice des pratiques thérapeutiques.

« Les tâches demandaient de la rigueur. C'est une expérience professionnelle et personnelle enrichissante... J'ai pu profiter de mes connaissances du monde du management et les appliquer dans ce domaine de soins, et en même temps perfectionner » (Mme Charlotte, praticienne shiatsu, 39 ans).

« Une autre force est que j'étais assistante en gestion, cela m'a permis d'apprendre énormément de choses sur l'organisation et la communication » (Mme Catherine, ostéopathe,, 41 ans).

Ces expériences professionnelles antérieures ont permis au thérapeute d'acquérir des compétences supplémentaires à la fois sur le plan professionnel, mais aussi personnel. D'un côté, ces expériences ont développé chez le thérapeute une capacité à mieux relativiser les situations et de l'autre ont contribué à avoir une confiance en soi et en ses capacités d'agir. Ainsi, les thérapeutes sont plus confiants dans la sélection de leurs choix, et sont plus décisifs notamment en termes de choix professionnel.

« Le fait d'avoir travaillé dans des grandes entreprises, je pense que cela m'a permis d'avoir du recul sur pas mal de choses, sur le mode de fonctionnement et d'organisation, cela m'a permis aussi d'avoir plus confiance en soi et dans la façon de se lancer dans une activité » (Mme Laura, praticienne shiatsu, 47 ans).

De plus, l'analyse des entretiens montre que les habilités professionnelles nécessaires à la bonne exécution du travail précédent ont été prises en compte et affirmées lors de l'exercice de pratiques non conventionnelles. Associées à un fort sentiment d'auto-efficacité personnelle, issu d'une réussite professionnelle antérieure, ces habilités professionnelles renforcent la croyance en l'efficacité personnelle dans l'exercice des pratiques non conventionnelles.

« Je possédais les aptitudes nécessaires pour réaliser efficacement mon travail dans le passé. Ceci me convainc du succès que je vis lors de l'exercice de mon travail actuel » (M. Jean, hypnotiseur, 46 ans).

Si les thérapeutes novices cherchent de bonnes pistes pour s'intégrer dans le domaine des SSNC, il n'en demeure pas moins que pour certains, le réinvestissement de tout ou partie des savoirs expérientiels permet d'avoir plus confiance en soi, facilitant l'intégration professionnelle. Ainsi, la bifurcation a permis une exploitation des savoirs au service d'une nouvelle performance professionnelle dans le domaine des SSNC. Dans ce sens, les expériences antérieures s'avèrent au bénéfice de l'exercice des SSNC. Elles constituent un support d'aide à la construction des connaissances en SSNC et à l'amélioration des modes de pratiques.

III. 2. Une reconnaissance sociale en SSNC acquise à partir de la métacognition

La plupart des thérapeutes interviewés expriment clairement que leur légitimité est acquise à partir de la vision qu'ils développent sur leurs propres pratiques. En particulier, le savoir thérapeutique participe à la garantie d'une reconnaissance sociale. Il est largement visible dans des retours positifs des clients. Ainsi, renseignant sur une professionnalisation, permettant de lutter contre des manques de considérations, ce retour génère chez le thérapeute une forme de satisfaction le soutenant considérablement dans l'exercice de ses pratiques.

« J'avais souvent des retours et des appréciations positives des gens. C'est-à-dire dans la plupart du temps nous disent oui c'est génial, on vient de trouver un geste que l'on cherche depuis longtemps, on vient de le trouver c'est super... » (Mme Catherine, ostéopathe, 41 ans).

« Par rapport aux retours que j'ai. Quand les gens se relèvent du mon futon et me disent wouah qu'est-ce que je me sens bien ; je ne suis plus comme je suis arrivé ; bah, ça c'est le plus important » (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans).

« Les gens qui viennent, qui reviennent et qui vous disent des bonnes choses par rapport aux symptômes pour lesquels ils sont venus vous voir, et sur lesquels il y a des améliorations, c'est très important pour moi. Nous en avons besoin pour continuer » (M. Michel, praticien shiatsu, 42 ans).

On comprend aussi, à partir des verbatims ci-dessus, que le thérapeute cherche à se conformer aux modèles culturels tacites des demandeurs de soins. Ses moyens et ses fins doivent être conformes aux normes sociales, valeurs et attentes des patients. Ceci confère au médecin une légitimité cognitive.

De plus, le retour des clients génère une certitude que les soins sont efficaces et répondant parfaitement à leurs attentes. Ainsi, cela vaut parce que c'est efficace. D'ailleurs c'est cette reconnaissance qui a permis la poursuite dans le parcours professionnel en SSNC et qui constitue une source d'information conduisant à un développement professionnel. Ceci a motivé les thérapeutes à se perfectionner dans leur travail, et a développé une auto-reconnaissance, amenant à l'acquisition d'une légitimité pragmatique.

« Le retour d'information des gens est à la fois une expression et une confirmation que l'exercice de la pratique les a aidés, c'est pour ça qu'on a continué, et aussi une source d'information sur les améliorations à apporter... » (M. Lucas, Ostéopathe, 45 ans).

Ainsi, le thérapeute est sensible à l'ensemble des opinions qui déterminent son comportement et représentent une forme d'évaluation de ses actions, car pour lui il est difficile de s'auto-évaluer. Le retour des clients apporte un jugement sur la qualité de l'offre de soins et renseigne sur l'ampleur de la maîtrise des savoirs thérapeutiques. Ainsi, la légitimité professionnelle en SSNC est une conséquence de son mode de fonctionnement.

« Parce que c'est difficile de savoir soi-même, on sent et on sent davantage, mais c'est un peu le retour des gens qui disent que le travail est différent, profond » (M. Paul, ostéopathe, 39 ans).

Le savoir procédural est en jeu pour construire l'expertise des thérapeutes. Ce savoir qui est développé grâce aux expériences professionnelles, constitue une source de reconnaissance sociétale, révélée à travers un retour positif des clients. Ce retour qui représente une forme d'évaluation de la qualité des soins offerts, témoigne d'une efficacité professionnelle liée à l'originalité et à la spécificité des soins offerts. Ainsi, de l'idée que cela est efficace et que cela marche, les thérapeutes tirent une légitimité professionnelle, notamment pragmatique. Toutefois, cette légitimité pragmatique est acquise via des savoirs construits en relation avec la recherche d'une légitimité cognitive, correspondant à l'intégration d'un modèle culturel en SSNC qui rentre en conformité par la pratique avec de nouvelles exigences sociétales, et d'une légitimité morale reliée aux valeurs et à l'ensemble « d'idéaux moraux ». Ceci débouche sur la construction d'une légitimité institutionnelle informelle.

Cela procure alors chez le thérapeute une satisfaction personnelle, le motivant professionnellement, car il s'appuie sur le succès obtenu par l'application des dispositifs thérapeutiques, et sur la satisfaction des clients. Cependant, la construction de l'expertise ne se

limite pas à un seul savoir, mais suppose la combinaison de ces deux types de savoirs, d'ailleurs régulée par la métacognition.

Certains thérapeutes déclarent qu'ils ont même eu recours à d'autres techniques non conventionnelles en tant que patients, pour se sentir bien dans leur corps et dans leur esprit afin de garantir un soin de qualité.

« Je fais beaucoup de yoga et je sens que pour moi c'est nécessaire aussi pour être moi-même bien dans mon corps et dans mon esprit, c'est une évidence pour pouvoir exercer le métier correctement » (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans).

La relation à soi-même se traduit par le fait d'être en bonne santé physique et mentale. Ainsi, l'analyse des verbatims montre que la stabilité émotionnelle agit aussi sur la qualité de l'offre de soins. D'ailleurs certains thérapeutes affirment que la possession de qualités distinctives, telles que l'humour par exemple, est bénéfique à la réussite de l'acte de soins et dans le recrutement de la patientèle.

« Si le praticien n'est pas bien dans ses baskets et s'il n'est pas stable émotionnellement, il ne va pas pouvoir donner un soin correct » (Mme Charlotte, praticienne shiatsu, 39 ans).

« Alors la pratique du shiatsu demande de bonnes conditions de santé physique et mentale ; sachez qu'un praticien se doit d'avoir une vie saine, pratiquer des exercices appropriés, plus une bonne dose d'humour afin de mettre son patient à l'aise » (M. Michel, praticien shiatsu 42 ans).

Dans la plupart des entretiens, le développement des pratiques thérapeutiques est lié aux habilités relationnelles, conçues comme un facteur pertinent et voire essentiel dans l'activité professionnelle. D'ailleurs comme pour les médecins, la relation à soi-même impliquerait aussi une qualité relationnelle associant le respect du malade et de ses choix à l'introspection du thérapeute.

« Je pense que l'évolution de ma pratique est beaucoup en lien avec peut-être le travail que je fais sur moi et du coup je ressens mieux les choses sur les autres. Cela joue beaucoup » (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans).

« Là on ne peut pas se mentir, par le shiatsu on passe par le toucher ; il faut qu'il y ait déjà un contact et un bon feeling qui doivent s'établir entre le praticien et le client » (M. Cédric, praticien shiatsu, 39 ans).

Dans ce contexte les thérapeutes considèrent l'acte de soins comme un mode de communication particulier. La réussite de la thérapie est dépendante non seulement d'un savoir et de techniques bien spécifiques, mais aussi du degré d'implication du patient dans les actes de soins. Si cette implication renvoie au rôle actif du patient dans l'acte de soin, elle fait aussi référence à sa conviction de l'efficacité des SSNC.

« C'est une communication aussi entre le praticien et le patient par le toucher mais pour que ça passe vraiment, pour que les choses bougent, il faut que le client accepte aussi de « s'ouvrir », de lâcher ; il faut qu'il ait confiance au praticien » (Mme Liliane, praticienne en shiatsu, 52 ans).

« La légitimation des praticiens de santé en utilisant une approche douce est en train de changer...Respecter le choix et la décision du malade est une nécessité absolue. Cela est important. Le malade peut décider pour lui-même. » (M. Lucas, ostéopathe, 45 ans).

De plus, la plupart des thérapeutes interviewés expriment clairement que leur légitimité est acquise à partir de la vision qu'ils développent sur eux-mêmes. Ce qui signifie que la légitimité pragmatique ne se construirait pas seulement sur un savoir technique mais aussi sur la relation à soi-même.

« Quand on décide de travailler sur les autres il faut être suffisamment posé soi-même pour pouvoir donner quelque chose de correct aux autres » (M. Lucas, ostéopathe, 45 ans).

« Le praticien doit faire des efforts dans sa pratique, porter beaucoup d'attention à l'intérieur de lui-même, pour pratiquer d'une manière zen » (M. Emanuel, ostéopathe, 64 ans).

« Beaucoup de praticiens de santé n'en sont qu'au début de leurs pratiques. Toutefois ils ne doivent pas se désespérer, s'ils n'ont pas les résultats escomptés, mais se poser la question « qu'est-ce que je peux faire pour m'améliorer ». Souvent cela ne vient pas de la technique utilisée mais de la propre vision que l'on a de soi » (M. Serge, praticien shiatsu, 68 ans).

Les praticiens ont osé se lancer dans un domaine très peu reconnu. Mais grâce à une expertise construite sur la base de savoirs conceptuels et théoriques, les thérapeutes ont pu s'imposer et acquérir une légitimité pragmatique auprès des usagers. En effet, la combinaison de ces deux types de savoirs est plus régulée par la métacognition. Dans ce sens, les thérapeutes mettent en évidence l'importance de la vision que l'on a de soi-même.

Ce que nous retenons

Dans un premier temps, l'acquisition de la légitimité des thérapeutes est fondée sur une expertise construite à partir des formations proposées par les fédérations ou syndicats professionnels qui ont obtenu l'inscription de ces formations au RNCP. On note une autojustification de leur pratique à partir de l'acquisition d'une légitimité institutionnelle formelle liée à l'obtention des titres professionnels reconnus et enregistrés au RNCP.

Cependant la dénonciation qu'ils effectuent à l'encontre des médecins en termes de savoir thérapeutique, montre une expertise surtout issue d'un savoir technique en SSNC et d'un apprentissage sur le tas très important, contribuant à l'acquisition d'une reconnaissance sociale, que nous associons à la légitimité pragmatique. Celle-ci est fondée non seulement sur un apprentissage en situation de travail, mais aussi sur un savoir métacognitif construit à partir de la relation à soi-même, qui impliquerait aussi une qualité relationnelle associant le respect du malade et de ses choix à l'introspection du thérapeute.

L'acquisition de la légitimité pragmatique est également reliée à la fois aux valeurs et à un ensemble « d'idéaux moraux » qui correspond à la notion de légitimité morale, ainsi qu'aux conditions et exigences sociétales que le thérapeute essaye de satisfaire dans la pratique afin d'acquérir une légitimité cognitive.

Section 3 : le cas des chamans Français

Introduction

Les SSNC ne se limitent pas seulement aux soins pratiqués par des médecins et des thérapeutes, les chamans sont aussi considérés comme des praticiens guérisseurs. Rappelons que la médecine non conventionnelle englobe les thérapies faisant usage de médicaments à base de plantes, des thérapies manuelles, des techniques connexes (le yoga, la médecine thermique...) ainsi que des thérapies physiques, mentales et spirituelles qui sont l'objet des soins chamaniques (OMS, 2013).

Tout comme les autres types de pratiques non conventionnelles, les pratiques chamaniques sont des pratiques de guérison, d'harmonisation et de communication. Elles se développent sans aucun soutien juridique et institutionnel formel. Dans ce sens, nous cherchons à comprendre comment les chamans acquièrent leur légitimité professionnelle sur un segment d'activité en SSNC, qui ne distingue pas toujours des autres segments professionnels vus précédemment. Cet objectif nous a conduit à l'étude des formes de construction de leur expertise pour en saisir leur effet sur leur légitimité. Ce processus pouvant être différent de celui des thérapeutes et des médecins. Ainsi, nous pensons, que le fait que les chamans offrent des soins non conventionnels avec des moyens techniques engendrant des modes de guérisons différents des autres praticiens, suggère qu'ils construisent une expertise spécifique.

Nous supposons que l'acquisition de leur légitimité professionnelle, vis-à-vis des clients s'opèrerait par des modes d'apprentissages, qui sous des aspects généraux propres à la théorie, sont proches de ceux des thérapeutes et des médecins. En effet, le passage d'un chaman novice vers un expert s'accompagne de changements d'actions et de développement professionnel. Cependant, ce mode d'apprentissage aurait ses spécificités dans le sens où la transformation d'un savoir de novice à un savoir d'expert implique la construction d'une structure cognitive située, dans la mesure où l'offre de soins dépend de savoirs initiaux particuliers et de ceux nouvellement acquis et développés par les expériences.

Ainsi, nous nous intéressons au premier abord, à la manière dont ces chamans s'engagent dans l'exercice de la pratique des soins chamaniques à partir de leurs expériences initiales, tout comme nous l'avons fait avec les médecins et les thérapeutes. Nous identifions, par la suite, la dynamique de construction de leurs savoirs dans le processus de construction de l'expertise en faveur de l'acquisition de légitimité.

I. Comment devenir chaman ?

On devient chaman dans la vie courante par un processus de décodage de signes et d'initiation, mais cette capacité trouve sa source dans une dimension innée pour la majorité des chamans.

I. 1. Des d'expériences professionnelles antérieures diversifiées

Les chamans interviewés ont été souvent attachés à des professions différentes. Leur vie professionnelle était riche d'expériences diversifiées. Certains étaient dans les affaires, dans la communication, dans le commerce...

« J'avais une vie que je qualifierais comme normale dans mon langage, où j'étais dans les affaires avec une agence de communication dans la région parisienne. » (M. Patrice, 57 ans)

« J'étais dans le bâtiment, et après j'ai fait des boulots à droite et à gauche. » (M. Henri, 27 ans)

« J'ai commencé ma carrière professionnelle en tant que commerçante dans une société Suisse bien connue, et j'ai évolué pendant à peu près une dizaine d'année. » (Mme Laurence, 60 ans)

Ces changements professionnels sont appréhendés sous l'angle de la recherche d'une stabilité professionnelle et surtout d'une expérience personnelle convaincante. Ici la reconversion professionnelle des chamans ne relève ni de pression professionnelle, ni de licenciement ; bien au contraire, elle relève des facteurs extraprofessionnels. Notamment, il s'agit de réponses à des événements dans la vie courantes qu'ils interprètent comme des appels et des messages manifestant une connexion à des éléments spirituels ou psychiques.

I. 2. L'orientation vers les soins chamaniques

a. Des qualités extraordinaires « innées » ou héritées d'ancêtres

Si la plupart des chamans interviewés déclarent que l'orientation vers le monde chamanique est effectuée en réponse à des messages (avoir des rêves d'apparences réelles, sensibilité au monde, capacité spécifique à la compréhension de l'entourage...), ils déclarent aussi qu'ils disposent des dons. En effet, certains disent qu'ils sont nés chamans. Ils disposent de qualités « surnaturelles », spécifiques, voire extraordinaires qui ne sont pas accessibles à tous et qui en font des personnes non ordinaires. Ainsi, devenir chaman n'est pas un choix, c'est plutôt le choix d'esprits ou des éléments surnaturels.

« Le chaman, on le naît ; j'étais très sensible aux dimensions subtiles dès mon enfance. Mais les choses restent cachées, ils sont apparues au bon moment » (Mme Laurence, 60 ans)

« Ce n'est pas nous qui décidons d'être chamans, c'est les esprits qui nous choisissent chamans. Le chaman souvent n'a pas trop le choix. Parfois, au départ les choses sont difficiles » (M. Patrice, 57 ans).

« Avant j'entendais des voix dans ma tête. Surtout quand j'étais enfant et parfois je passe par des moments ingérables à l'âge de 6 ans (M. Henri, 27 ans).

Certains chamanes interviewés déclarent que leurs facultés réceptives et émotionnelles ont commencé dès l'enfance. Leurs savoirs sont liés à l'idée d'héritage d'un des membres de la famille. S'ils soulignent une nature innée, dont les premiers signes manifestaient dès l'enfance, ils signalent un apprentissage important au cours de leur jeunesse. Toutefois, ces chamans disent qu'ils n'ont pas trouvé de soutien à l'initiation et à l'apprentissage dans cette période.

« Je n'avais pas beaucoup de monde à qui en parler » (Mme Laurence, 60 ans).

« Mon grand-père pratiquait le chamanisme, mais quand je lui demandais de me guider, il refusait » (Madame, Laurence, 60 ans).

Ce chamane déclare qu'au final ce refus d'aide est rendu comme un service qui lui a permis de s'explorer.

« Finalement peut-être que c'est un service qu'il m'a rendu, parce que ceci nécessite un effort personnel » (Madame, Laurence, 60 ans).

Ainsi, ces qualités, révélées par des indices et des marques seraient présentes dès l'enfance. Avec ces qualités, les chamans se distinguent des autres personnes « ordinaires » et se mettent en situation pour construire une expertise. Une telle expertise se construit à partir de leurs caractéristiques exceptionnelles leur conférant une confiance en eux à partir d'une légitimité héritée ou innée, semblant correspondre à la légitimité charismatique de la théorie.

b. Le besoin de changement de vie et l'accès au monde des esprits

La qualité de chamane n'est pas immédiatement révélée. Elle apparaît progressivement dans le temps associée à un désir de changement d'orientation, vers de nouveaux concepts de vie, d'un nouveau monde et de nouvelles réalités. Ce ressenti va conduire, au final, à développer des capacités subtiles endormies.

« J'ai ressenti une nouvelle forme d'exploration de la réalité » (M. Patrice, 57 ans).

« J'avais des messages, je ressentais des choses par rapport aux gens, je sentais qu'il avait des choses qui ne tournaient pas bien. C'était extrêmement fort » (Mme Laurence, 60 ans).

« Je sentais les choses un peu bizarres, je ne sais pas, je n'avais pas vraiment des visions... Je pensais qu'il se passait des choses ». (M. Henri, 27 ans).

Ces ressentis ont orienté les futurs chamans vers un besoin de changement, de « voyage » dans l'espace et dans le temps et vers l'établissement d'un contact direct avec les esprits. L'objectif était de construire une autre connexion à l'imaginaire ou de construire leurs propres mondes différents de celui que l'on vit.

« ... J'ai toujours eu un besoin d'aller vers un nouveau monde » (Mme Laurence, 60 ans)

« J'ai cherché un moyen de passer la réalité, justement, de créer un imaginaire. Et d'une certaine manière de créer aussi mon monde... » (M. Henri, 27 ans)

« Je ne pouvais plus continuer ma vie comme ça ». (Me Patrice, 57 ans)

« J'étais toujours à l'écoute de mon âme, de mon corps, je voyais qu'il fallait apporter du changement, avoir une nouvelle voie, une nouvelle ouverture vers de nouvelles réalités. » (Madame Brigitte, Chamane, 56 ans).

L'appel à la pratique des soins chamaniques est présenté comme une chose qui s'impose indépendamment de leur volonté. Ils ressentent un besoin de changement et d'ouverture à d'autres réalités vers un autre monde, afin d'entendre la magie de la vie.

Si l'engagement dans le chamanisme va dépendre, en premier point, de l'idée qu'ils se font de leur qualité innée, ce qui leur donne une sorte de légitimité héritée, le développement de leur expertise va ensuite se faire en passant par une première phase initiatique incontournable qui est la transformation de soi.

II. Une transformation de soi profonde, point d'entrée à l'apprentissage chamanique

L'apprentissage des soins chamanique passe d'abord par une phase de reconnexion à soi, de découverte plus approfondie et de reconnaissance d'un monde constitué d'entités spirituelles et métaphysiques. Cette phase fait appel à l'auto-apprentissage, mais aussi aux aides des maîtres chamans ou de leur rituel et enfin aux formations dans des écoles.

II. 1. Une phase d'auto-apprentissage soutenue par un sentiment de vocation important

L'analyse des entretiens montre que la phase d'éveil au chamanisme était importante mais compliquée. Cette vocation engage les chamans à passer d'un état de conscience à un autre, ce qui n'est pas facile.

« Des messages m'avaient bouleversés » (M. Patrice, 57 ans).

« La vocation chamanique est quelque chose difficile à vivre » (Mme Laurence, 60 ans)

« Le truc n'était pas simple pour moi » (Mme Brigitte, 56 ans).

Ce changement est accompagné par des états psychologiques et émotionnels différents et aussi inconnus, ainsi que par de longues phases de transformation de l'égo.

« Il y a vraiment des émotions très très fortes, je n'étais même pas consciente. Cela n'a pas été simple en fait, c'est une période angoissante » (Mme Brigitte, 56 ans).

« Je ne savais pas où était ma place, j'étais perdue » (Mme Laurence, 60 ans).

«... plus ça allait, plus ça se développe et plus ça devient ingérable. Il y a des moments où je faisais des crises cardiaques. Ça durait 8 mois presque » (M. Henri, 27 ans).

Durant cette phase il y a souvent des recherches, des souffrances, des solitudes. Ces personnes sont prêtes à subir des épreuves et vivre des expériences extrêmement difficiles, afin d'établir des connexions avec le monde des esprits et découvrir les pouvoirs à manifester par la suite.

Certains restent dans des lieux sombres et complètement noirs ; d'autres dans des montagnes et dans des endroits où le contact avec la personne humaine est presque absent. Traditionnellement, le chamanisme traduit une expérience dure physique et spirituelle.

« Je suis rentrée en communication avec les arbres, les pierres, avec les esprits...ce n'est pas charlatan, j'ai voulu passer d'un monde à un autre » (Mme Laurence, 60 ans)

« Je suis restée toute seule. Parfois je percevais des choses, des messages... » (Mme Brigitte, 56 ans)

Ces expériences correspondent à une forme d'apprentissage dont l'objectif est le développement de capacités pour devenir plus réceptifs aux énergies subtiles de la nature. Ici l'apprentissage est autodirigé, déterminé en fonction des ressentis et des sensibilités à l'égard du monde des esprits, qui s'avère nécessaire pour une transformation et un nettoyage du corps et de l'esprit. Ainsi, ce mode d'apprentissage conduit à l'éveil à une nouvelle réalité. Il constitue

pour le chaman une réponse à des états émotionnels et psychologiques difficiles ainsi qu'à la perte de contrôle subi au départ. Donc, une fois le contact avec le « nouveau » monde établi, une nouvelle vie est annoncée, accompagnée d'un soulagement et d'un sentiment d'accès au bonheur.

« La vie a pris une saveur complètement différente pour moi, ça présentait un intérêt d'abord pour moi ». (M. Patrice, 57 ans)

« Reconnaître le bonheur, c'est même à travers la reconnaissance spirituelle, c'est reconnaître cette nature, c'est reconnaître soi-même aussi ». (Mme Brigitte, 56 ans)

Cette phase de transformation génératrice d'émotions et de changements d'états, conduit à un auto-apprentissage des techniques et d'outils spécifiques aux soins chamaniques. Il s'agit en quelque sorte d'une forme d'apprentissage nécessaire pour une reconnexion aux guides spirituels. Dans ce cadre, le chaman suit un mode d'apprentissage bien spécifique dans différents domaines, tels que les chants, la musique, l'utilisation du tambour... En effet, l'utilisation de ces outils dans le chamanisme génère des émotions plus fortes et procure pour le chaman une connaissance de soi-même et une retrouvaille avec soi.

Cherchant à comprendre d'avantage ce monde, certains chamans veillent à l'amélioration de leurs facultés et à l'acquisition du savoir chamanique à partir de lectures autonomes.

« Je lisais dans la plupart du temps. Et dans la littérature j'ai trouvé des choses très intéressantes. » (M. Patrice, 57 ans)

« J'ai essayé de comprendre encore de quoi il s'agissait, j'ai commencé par lire » (Madame Brigitte, 56 ans).

En résumé, le chaman s'impose à des contraintes pour s'initier aux soins chamaniques et pour s'allier aux esprits. Il a vécu des expériences dramatiques dans une phase pleine d'incertitudes. Dans ce sens, pour avoir un apprentissage complet, les chamans vont établir des contacts avec d'autres chamans ou maîtres pour guider leurs apprentissages et les aider à trouver les sources qui vont nourrir leur pouvoir. Ces dernières se manifestent souvent sous forme d'animaux.

II. 2. L'apprentissage aidé par des maîtres chamans ou leur rituel

Le noviciat du chaman est une étape d'introduction à la vie chamanique qui peut être renforcé par la présence d'un maître pour l'orientation dans ce monde. Ainsi, dans la construction du savoir chamanique, certains apprennent graduellement en se référant, non seulement à des apprentissages autodirigés, mais aussi à des maîtres chamans, considérés comme disposant des

savoirs légitimes issus des réalités sacrées. C'est à la suite de sa demande d'aide à l'initiation, que ces derniers instruisent le chaman « novice ».

« Il m'a fallu que je contacte cette personne qui a écrit ce livre » (Mme Brigitte, 56 ans)

« Elle m'avait fait faire des voyages chamaniques. » (Mme Laurence, 60 ans)

De plus, au-delà de l'initiation, de simples rencontres, des échanges et des interactions soit avec des chamans, soit avec d'autres personnes ont conduit à l'établissement d'un environnement cognitif partagé.

« Il y a les rencontres humaines. Il y a eu des personnes liées au chamanisme qui m'ont vraiment accompagné » (M Patrice, 57 ans).

« Il y a eu Madame Liotaux que j'ai rencontré et ça a eu une très grande importance pour moi » (Mme Laurence, 60 ans).

« Le chamanisme ça demande d'accueillir. Plusieurs rencontres étaient très importantes pour moi. » (Mme Brigitte, 56 ans).

« J'ai rencontré un chaman lors d'une association qui me parlait du chamanisme, je ne sais pas pourquoi, mais voilà. Lui était chaman depuis quelques années, il le pratique. Une fois en fait, j'ai assisté à ses soins chamaniques et ceci m'a été très révélateur, à partir de ça j'adorais ce type de pratique. » (M. Henri, 27 ans).

Dans ce cadre d'échange et d'apprentissage, c'est le rattachement à d'autres traditions où le pouvoir chamanique est important qui participe au processus de construction d'une forme d'expertise. Celle-ci dépend largement de partage des savoirs, principalement avec des maîtres chamans, connus pour leur pouvoir, leur savoir et leur sagesse.

Une partie des chamans renforcent leur apprentissage sur le monde chamanique au contact d'autres chamans dans des sociétés traditionnelles pour mieux pratiquer les soins chamaniques.

« J'assiste à des cérémonies pour garder de l'énergie et de trouver de l'harmonie et de l'équilibre » (M. Patrice, 57 ans)

« Ces cérémonies sont une forme d'ouverture d'esprit de la conscience, de concentration et de guide spirituel » (Mme Brigitte, 56 ans)

A partir de cette initiation, le chaman doit montrer des capacités à contacter le monde des esprits, et donner du sens à son expérience personnelle du sacré. Si pour certains, l'initiation implique la présence d'un maître, la participation à des cérémonies ou séminaires ; pour d'autres se sont les échanges avec des personnes, qui ont certaines qualités d'écoute et de conseils, qui leur permettent de se préparer à construire des guides spirituels.

En dehors de ce type d'aide à l'apprentissage, certaines initiations aux soins chamaniques sont faites dans le cadre de formations sous forme de stages à l'occidentale.

II. 3. Un savoir technique occidentalisé appris au cours de stages

Certains chamans disent qu'ils ont choisi d'être initié dans des écoles afin de s'adapter au mieux à leur nouveau contexte d'activité et d'avoir les bases nécessaires à la bonne pratique du chamanisme. Cet apprentissage se manifeste essentiellement dans le cadre de stages organisés en groupe dans différents pays, offrant l'opportunité de formations pour découvrir d'outils et des thématiques chamaniques différentes.

« Il y a des stages qui ont eu lieu un peu partout dans tout le monde il y a eu ici en France, en Suisse » (Mme Brigitte, 56 ans).

« Il y a des stages pour expérimenter les bases chamaniques, pour vraiment savoir utiliser les différentes outils, savoir comment rentrer en contact avec les éléments naturels, spirituels... on fait des stages pour découvrir, explorer ... » (Mme Laurence, 60 ans).

« Il y a différents stages, chaque stage a une thématique particulière » (M. Patrice, 57 ans).

Pour rentrer en contact avec les réalités surnaturelles, les chamanes pensent que les écoles permettent des apprentissages de techniques développés. Ils reconnaissent la pertinence des stages dans l'initiation au monde chamanique et pour la construction de leur propre monde. Notamment, le chamane en profite pour se laisser guider dans la construction d'un savoir sur soi-même et sur la relation aux esprits.

En résumé, le chaman construit son savoir en commençant par une phase initiatique qui se distingue profondément de l'entrée en profession des médecins et thérapeutes, même s'il peut être question de vocation dans les trois cas. Les chamans vont donner un sens procédural en expliquant comment la vocation se crée. Cette première phase d'apprentissage, en partie autodirigés, est soutenue par l'initiation auprès de maîtres chamanes, considérés comme des personnes charismatiques disposant des savoirs légitimes, avec leur rituel. Cet apprentissage du

novice repose aussi sur des relations avec des personnes bienveillantes initiées au chamanisme et qui l'accompagne. Enfin, certains chamans peuvent avoir recours à des stages où les savoirs chamaniques sont plutôt formalisés à l'occidental.

Dans cette phase, l'expertise prend sa source grâce à une manière inédite de se connecter à soi à partir d'une connexion aux éléments spirituels et naturels.

II. 4. Des soins soutenus par les voyages chamaniques et les alliés contactés

Une fois qu'il a commencé à pratiquer les soins, le chaman s'éloigne de plus en plus du statut de novice, en développant son savoir notamment à travers des voyages chamaniques. À la lumière de cela, leur expertise en soins chamaniques se construit à partir d'une meilleure appréhension des éléments spirituels. Il éprouve sa capacité à se connecter de plus en plus facilement au monde des esprits. Ces voyages chamaniques sont vus comme nécessaires pour la pratique chamanique.

« Les voyages chamaniques ça décrit l'exploration qu'un praticien va faire dans ce monde subtile » (Mme Brigitte, 56 ans).

Le fait de pratiquer et donc de soigner en se connectant à des dimensions spirituelles, implique une récurrence du voyage chamanique qui permet un nettoyage et un approfondissement de l'apprentissage notamment dans la rencontre avec soi-même.

« C'est une véritable rencontre avec soi-même, permettant un nettoyage énergétiques et purification du corps » (Mme Brigitte, 56 ans).

« Je dirais quand on est connecté à soi, déjà on a accès aux savoirs qu'on a accumulés. Et ceci ne permet, pas seulement en tant que chaman, donc en tant que un être spirituel qui s'incarne sur terre, de pouvoir communiquer avec ce que la plus part des gens appellent le monde au-delà ; mais permet aussi d'avoir un accès illimités à des savoirs dont on ne soupçonne même pas l'existence » (M. Henri, 27 ans).

Cette étape du voyage est souvent accompagnée d'états modifiés de conscience qui rappellent ceux de la phase initiatique. Sauf qu'ici le chaman est plus expérimenté et peut faire ce voyage en présence du patient et pour lui. C'est la nature des soins à apporter qui détermine les actions à mobiliser en termes de connexion à des entités spirituelles et naturelles. Donc c'est en fonction de ces exigences professionnelles et parfois personnelles que le chaman fait ce genre de voyage.

« Dans un voyage chamanique on accède à des informations que nous ne disposons pas. Souvent, on se retrouve dans les forêts. En voyageant, on est orienté par une intention de travail, souvent il s'agit d'un soin, d'une demande, ou simplement d'une connexion au monde d'en haut. » (Mme Mme Brigitte, 56 ans).

« On est des intermédiaires entre les êtres humains et les esprits de la nature. On demande la guérison psychique, physique, émotionnelle ou spirituelle pour nos patients. » (Madame Laurence, 60 ans).

Cependant, pour certains chamans le rattachement à des traditions chamanique de ce type est facultatif. Ils considèrent que les voyages chamaniques n'est pas indispensables à la bonne pratique chamanique dans la mesure où ils constitueraient seulement une source d'initiation ne contribuant pas à l'amélioration de leur savoir chamanique. En revanche, ces chamanes déclarent que leur savoir en soins chamaniques est plutôt amélioré par la pratique et par l'expérience.

Cependant, ces personnes ont eu recours à la connexion à des entités métaphysiques.

« Je pouvais par exemple voir une présence, la avoir bouger, l'entendre, sans que les autre la voire ou l'entendre. » (M. Patrice, 57 ans)

L'expertise dans les soins n'est pas seulement associée à des améliorations de savoirs mais aussi semble porteuse de changements de comportements et d'apparences physiques. Ceci se manifeste à travers la relation privilégiée entre le chaman et son allié spirituel et à travers l'influence de ce dernier sur la personnalité du chaman. C'est souvent l'esprit d'un animal qui aide le chaman lors des voyages de l'âme et des séances de guérison. Ces alliés représentent aussi des *protecteurs* pour le chaman.

« Ils sont là pour nous mettre dans le bon chemin et qui sont là pour nous enseigner et nous donner des clés pour mieux comprendre le monde qui nous entoure et le monde qu'on a oublié depuis X années. Et je dirais aussi de nous rappeler en quelques part des choses qu'on a pu oublier [...] Ce sont des êtres qui sont là pour nous enseigner et nous protéger. Je les ai depuis 5 ans. Ils sont apparus avant mon engagement dans les soins chamaniques. Et aujourd'hui je me retrouve à faire plusieurs types de soins grâce à eux. On m'a appris pleines de choses. » (M. Henri, 27 ans)

En effet, l'objectif des voyages dans le monde « d'en haut » (celui des Esprits) ou dans le monde « d'en bas » (celui des paysages naturels) est d'établir des connexions pour apprendre d'avantage, avoir de l'énergie et faire des demandes d'aides pour les gens qui en ont besoin. A cette fin, les chamans utilisent, souvent, des outils pour rentrer dans l'état modifié de consciences.

« On se met dans des états modifiés de conscience, on peut utiliser beaucoup de choses. » (Mme Brigitte, 56 ans).

« Moi j'utilise le tambour, on peut pratiquer ça de plusieurs façons aussi. Chacun a sa manière » (Madame Laurence, 60 ans).

« On peut accéder à ces états par le mouvement, les chants. On bouge beaucoup. C'est important de mobiliser le corps dans notre travail » (M. Patrice, 57 ans).

Le voyage chamanique récurrent apparaît comme le mode le plus pertinent et le plus privilégié pour développer le savoir sur soi et sur la capacité à soigner.

« Moi je suis content car la personne quand elle vient me voir pour une séance chamanique, et quand elle sort avec un sourire et un soulagement, pour moi c'est ça la guérison » (M. Patrice 57 ans).

« Ça fait du bien d'avoir du reconnaissance vis à vis du public. Ça me motive d'avantage et on a vraiment envie de se pousser encore à aller de plus en plus loin et d'avoir de moins en moins de limites dans nos pratiques pour justement rester dans les limites positives » (M. Henri, 27 ans).

Le cheminement des chamans vers une sorte d'expertise consiste à rentrer dans des états modifiés de consciences et de se connecter à des alliés afin de trouver des réponses nécessaires aux demandeurs de soins. Ainsi, l'efficacité de ces soins fait du chaman une personne experte disposant d'une légitimité fondée sur un apprentissage en profondeur qui va au-delà de la légitimité charismatique.

III. Une activité métacognitive ancrée dans la spiritualité et une légitimité pragmatique sacrée

Le chaman se considère comme un soignant pour les demandeurs de soins. Souvent ces derniers le consultent en situation de désespoir, où son savoir se représente comme une puissance « magique ». Ainsi, le chaman apparaît comme un « maître du désordre », capable de gestes efficaces pour soulager les malheurs (Bernède, 2004, p.29). C'est à travers cette capacité qu'il se reconnaît comme légitime.

« Même si aujourd'hui il y a la médecine sollicitée par tout le monde, le rôle du chaman reste très important. Sur plusieurs questions le chaman prouve qu'il est là pour répondre aux différents problèmes. Bien sûr beaucoup disent qu'ils peuvent devenir chamans, mais peu ont des prédispositions et des dons » (M. Patrice, 57 ans)

A partir des qualités innées, mais aussi, de pratiques initiatiques et rituels répétés, les chamans soignent avec des médiations techniques, permettant une connexion aux alliés, et une sacralisation de leur parole.

« On peut leur [les personnes souffrantes en fin de vie] faire expérimenter la mort. Tout cela pour vous dire que c'est relié à la question de légitimité car une personne avec ce savoir ne peut pas ne pas être légitime » (Madame Brigitte, Chamane, 56 ans).

En effet, au-delà du charisme, c'est l'efficacité d'une technique de recours aux entités qui ancre son expertise et qui fait de lui un homme légitime. La satisfaction des clients ou des patients cache un savoir procédural issu non seulement des facultés extraordinaires du chaman mais également de gestes techniques qui engagent fortement le corps et l'esprit du chaman. Cet ensemble participe à la construction de leur expertise et débouche sur une légitimité pragmatique sacrée.

Pour montrer le caractère extraordinaire et exceptionnel de leur savoir, les chamanes lient ce savoir aux expériences de la mort qu'ils sont capables de vivre. L'analyse des verbatim montre qu'ils se pensent légitimes, non seulement vis-à-vis du patient mais aussi vis-à-vis de la communauté, à partir de ce savoir et de ces habiletés.

« Le chaman est aussi celui qui va expliquer ce qui se passe quand on passe par des moments difficiles, quand on n'est pas à l'aise ou quand on meurt. Donc ça c'est un grand travail qui est vraiment très important pour le chaman. Je pense que c'est ce savoir qui est légitime » (M. Patrice, 57 ans).

Ce que nous retenons

En conclusion, pour devenir chaman, il a fallu attendre le moment propice pour changer et pour se connecter à ce nouveau monde. Ce changement s'est manifesté par un passage d'un état de conscience à un autre ce qui a conforté chez les chamans, le sentiment de vocation qui les a poussé à engager leur corps et leur esprit dans un apprentissage chamanique. Le chaman va construire progressivement son expertise, par un aller-retour entre le recours aux rituels et aux alliés et ce qu'ils pensent être bon pour les patients.

S'il existe au départ une légitimité charismatique, celle-ci se transforme par la pratique en légitimité pragmatique sacrée.

Section 4 : le cas des médecins tunisiens

Introduction

Comme nous l'avons évoqué dans le premier chapitre, en Tunisie également, la pratique dans le domaine des SSNC a connu un essor particulier ces dernières années. Les personnes commencent à s'ouvrir à de nouvelles pratiques de soins et de prise en charge. En particulier, en l'absence d'une considération officielle, les médias tunisiens ont largement contribué à encourager le recours à ces soins et à sensibiliser les individus à leur efficacité.

Parallèlement à cette médiatisation, nous mettons l'accent dans ce chapitre, sur l'acquisition de la légitimité des médecins praticiens en SSNC, offrant des soins de santé complémentaires ou intégratifs, et désireux de reconnaissance de leur savoir dans ce domaine. Tout comme dans le cas des autres praticiens français, nous cherchons ici à comprendre le processus de construction de l'expertise en SSNC et son effet sur l'acquisition de la légitimité. Nous supposons que cette expertise se construit sur les bases d'un savoir conceptuel, se nourrit par l'expérience, et débouche sur un savoir procédural, dépendant des types d'apprentissage effectués et des formations suivies. Nous cherchons au premier abord à identifier les éléments de vie, critiques ou pas, orientant l'apprentissage théorique vers les SSNC du médecin novice en ce domaine.

Nous nous intéressons par la suite au processus de construction de l'expertise dans le temps, en situation, dans sa dimension sociale et cognitive. Tout comme dans le cas des médecins français, nous considérons que le monopole de savoir médical joue un rôle primordial dans l'acquisition de la légitimité en SSNC des médecins, de façon indirecte, en agissant sur la confiance en soi dans l'apprentissage des SSNC. Cette position de domination, par rapport aux autres types de savoirs non conventionnels participe largement, non seulement à la construction de l'expertise des médecins et de leur forme de légitimité, mais aussi à augmenter leur sentiment d'efficacité personnelle en SSNC.

Ainsi, après avoir identifié les facteurs initiaux à l'origine de l'engagement professionnel en SSNC, nous déterminons dans cette section le rôle des savoirs académiques et de la formation initiale en médecine, dans ce processus de construction d'expertise. Enfin nous chercherons à comprendre le processus de construction de l'expertise dans le temps en SSNC, débouchant sur l'acquisition de légitimité et de patientèles différenciées des pairs conventionnels.

I. Un engagement dans les SSNC lié principalement à une adhésion doxique

La plupart des médecins tunisiens déclarent que l'engagement dans les SSNC dépend d'une forte croyance en l'efficacité de ces pratiques non conventionnelles. Les médecins adhèrent à ces soins sans se forcer ni se raisonner, ni se justifier. Selon leurs dires c'est simplement l'exercice de ces activités et l'épanouissement personnel qui les attirent. La croyance en ces pratiques est saisissable par un énoncé d'opinions sur l'efficacité de ces soins ou des expressions enracinées dans je crois/ j'aime qui traduisent, également, un rapport au savoir positif.

« Tout simplement j'aime, et j'aime apprendre. » (Dr Samia, homéopathe, 42 ans)

La croyance en l'efficacité des pratiques exercées conduit à un fort engagement professionnel.

« Si on croit en quelque chose on va agir positivement » (Dr Karim, mésothérapeute, 52 ans).

L'amour du travail en SSNC est considéré chez les médecins comme une solution à la lourde charge de travail. Il ressort que l'amour éprouvé génère une forte implication dans la vie professionnelle qui rime avec plaisir au travail.

« J'aime ça, si vous arrivez à aimer ce que vous faites, je suis sûr que vous n'allez pas le considérer comme un travail. Parce que vous n'allez pas tous les quarts d'heure voir votre montre et pas sentir le fardeau de ce travail. C'est l'amour et le plaisir de travailler. Pour quelque chose comme ça c'est important. » (Dr Djamel, acupuncteur, 63 ans).

L'amour du travail constitue un outil motivationnel à l'auto-apprentissage. Cet affect pousse à apprendre et incite à recenser les ressources nécessaires pour aller chercher l'information et découvrir.

« Le fait d'aimer c'est une force qui nous pousse à lire et à comprendre. Moi je me rappelle qu'en Chine, nos enseignants ils nous disaient : un bon enseignant ce n'est pas celui qui vous donne le produit mais qui vous apprend à aller le chercher » (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

L'analyse des entretiens montre que pour certains médecins, l'adhésion est justifiée par l'influence de cultures particulières à travers leurs normes et styles de vie. En particulier l'attachement à la culture chinoise a guidé certains dans leur manière de penser et a agi sur leur décision d'engagement dans les SSNC.

« La culture chinoise m'intéressait depuis longtemps, la révolution chinoise m'intéressait » (Dr Slim, acupuncteur, 41 ans).

« Il n'y a pas une expérience particulière, mais j'ai toujours rêvé de faire de l'acupuncture. Avoir une grande salle avec un décor chinois spécial et des outils spéciaux » (Dr Saber, acupuncteur, 45 ans).

« J'étais dans l'équipe nationale de Rugby et avec nous il y avait un entraîneur français, il était de Toulouse. Après le Bac il m'a proposé de m'offrir une bourse de Médecine à Toulouse, mais j'ai choisi la Chine. C'est un monde à part, c'est une autre culture. Aller à Toulouse ou aller à Pékin, j'ai préféré Pékin » (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

La croyance en ces pratiques révèle une réelle prise en considération de la valeur de ces soins en matière d'efficacité. Chaque pratique non conventionnelle a un soubassement thérapeutique spécifique, qu'il soit sémantique ou technique, qui permet de justifier d'une efficacité et d'un succès garantis.

« Déjà en médecine chinoise le mot anti n'existe pas. Ce n'est pas une guerre, c'est un équilibre » (Dr Sami, acupuncteur, 52 ans).

« C'est une nouvelle technique thérapeutique qui est efficace pour toutes douleurs. Elle a montré son efficacité. En voyant les résultats je me suis dit bah pourquoi pas ». (Dr Anissa, acupuncteur, 59 ans).

« Or ces aiguilles-là leur rôle est de stimuler le corps » (Dr Djamel, acupuncteur, 63 ans).

Malgré une efficacité qui n'est pas reconnue officiellement, car non démontrée scientifiquement jusqu'à récemment, les médecins considèrent que les pratiques non conventionnelles sont déjà prouvées par la pratique. De plus, ils affirment que lorsque certaines pratiques n'ont pas d'efficacité sur certains symptômes, au moins elles ne présentent pas non plus de risque chimique pour la santé.

« L'homéopathie, grâce à des recherches, a montré qu'elle n'a aucun effet indésirable et ne pose aucun problème pour le patient, elle peut traiter comme elle peut ne pas traiter, au moins elle ne fait pas de mal pour le patient ». (Dr Akrem, homéopathe, 61 ans).

Même si les médecins ne déclarent pas clairement une distinction entre la médecine non conventionnelle et la médecine classique, l'analyse des entretiens nous amène à comprendre

que les médecins reconnaissent aussi le risque et les effets indésirables que génèrent les pratiques allopathiques.

Ici, les médecins tunisiens ne font aucune allusion à la présence d'expériences initiales, la croyance en l'efficacité des pratiques non conventionnelles constitue, d'après les verbatims, le premier facteur d'apprentissage en SSNC.

Nous nous intéressons dans ce qui suit au rôle du diplôme, sanctionnant des savoirs académiques, ainsi qu'au rôle des formations, dans la construction de l'expertise en SSNC et l'acquisition d'une légitimité différenciée vis-à-vis des autres médecins.

II. Une forte légitimité en SSNC fondée sur des savoirs issus des formations universitaires et postuniversitaires

Tout comme pour les médecins français, la légitimité des médecins tunisiens en SSNC est fondée sur la croyance en l'efficacité personnelle issue de leurs parcours universitaire en médecine. Ensuite, la conviction des médecins tunisiens est que les formations, universitaires et postuniversitaires en SSNC, répondent aux besoins d'apprentissage dans ce domaine. Pour ces médecins, leur savoir en SSNC n'a pas à être justifié, puisqu'il est issu des formations universitaires et postuniversitaires. D'ailleurs, à la différence de la France, il existe des masters spécialisés en SSNC en formation continue, qui représentent une légitimation d'une médecine non conventionnelle de nature plus ancestrale. Le savoir acquis en SSNC est sanctionné par l'obtention de diplômes, délivrés par un établissement public à caractère scientifique, ce qui symbolise la connaissance académique, le savoir et sa reconnaissance. Ceci confère aux médecins une légitimité institutionnelle formelle leur permettant de jouir d'une autorité légale.

II.1. Une auto-efficacité fondée sur une formation universitaire de doctorat en médecine

Le statut du docteur en médecine est un passage obligatoire et procure au médecin tunisien un sentiment d'auto-efficacité personnelle.

«Pour pouvoir exercer, il faut avoir en premier lieu un diplôme de doctorat en médecine et après parallèlement on peut suivre d'autres pratiques » (Dr Karim, mésothérapeute, 52 ans).

Lorsqu'on interroge les médecins sur ce qu'ils pensent de leur légitimité en SSNC, ils sont irrités et estiment que le fait d'être médecin justifie l'efficacité des soins en SSNC.

« Je suis un médecin, j'ai le statut de médecin » (Dr Yassine, naturopathe, homéopathe).

« Actuellement, je répète je suis médecin acupuncteur, c'est un médecin qui a le droit de pratiquer l'acupuncture mais je n'ai pas le droit d'enseigner parce que je n'ai pas le statut d'assistant » (Dr Wael, acupuncteur, 45 ans).

La force de ce savoir médical conventionnel se manifeste clairement, selon les médecins tunisiens, comme une forme de sécurité pour le patient. Ils font référence pour l'établissement de diagnostic à des savoirs médicaux pharmacologiques, anatomiques et physiologiques, issus de démarches scientifiques, ne mettant pas l'état du patient en danger.

« La phase de diagnostic doit être toujours présente dans ma tête. Donc je vais utiliser mes connaissances en médecine conventionnelle, en pharmacologie. C'est ça la sécurité du patient. Parce que mettre en danger l'état d'un patient c'est intolérable » (Dr Ahmed, acupuncteur, 59 ans).

« Bon je suis médecin peut-être les gens vont dire que je défends mon statut, mais ce diplôme de médecine qu'est-ce qu'il représente pour moi et pour le patient ? Ce diplôme de médecine, son intérêt est un intérêt de sécurité, c'est une forme de sécurité, « Qu'est-ce que ça veut dire sécurité, les connaissances que j'ai en anatomie, physiologie tout ça en médecine conventionnelle c'est une sécurité pour le patient » (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

Les médecins déclarent que le savoir médical constitue le fondement pour garantir une reconnaissance, et la base pour offrir des soins de qualité, surtout pour quelques maladies graves. Selon les médecins, contrairement au savoir en SSNC, le savoir médical conventionnel est utile pour réaliser le meilleur diagnostic possible, pour comprendre les causes et pour garantir un traitement efficace. Ainsi, ce savoir médical est indispensable pour pratiquer les savoirs acquis en SSNC à bon escient, et jouir d'un monopole quasi-absolu auprès des politiques de santé en raison de la technicité des diagnostics.

« C'est grâce à ce diplôme qu'on est reconnu. Lorsque je suis devant un patient je vais tout d'abord l'examiner parce qu'il peut avoir mal à la tête et ça peut être une tumeur qui est en train de se développer. Si je vais faire un examen neurologique correct et j'arrive à détecter cette tumeur, ce n'est pas l'acupuncture qui va le sauver. Il faut directement rédiger une lettre et l'adresser à un neurologue pour voir comment ils vont se comporter devant cette tumeur. Il faut être clair sur ce point » (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

Les savoirs médicaux, sanctionnés par l'obtention d'un diplôme de doctorat en médecine, sont la principale source d'autorisation de l'exercice en SSNC, mais le savoir en SSNC se construit également sur la base d'une auto-efficacité issue de la légitimité des savoirs en médecine classique reconnus et validés scientifiquement.

Ce savoir en SSNC est aussi fondé sur des formations diplômantes interuniversitaires en SSNC qui renforcent une légitimité institutionnelle.

II.2. Une légitimité issue de la formation postuniversitaire en SSNC

Le système tunisien offre au corps médical la possibilité de suivre des études dans le cadre d'un enseignement postuniversitaire. Ces formations en Master spécialisé en acupuncture, en Homéopathie, ou en Thalassothérapie et thermalisme, sont sanctionnées par l'obtention d'un Certificat d'Etudes Complémentaires (C.E.C.). Cette offre diplômante bénéficie, ainsi, d'une reconnaissance institutionnelle. Elle contribue à la construction de l'expertise des médecins en SSNC et au renforcement de leur légitimité institutionnelle dans ce domaine.

« J'ai un master en homéopathie à la faculté de médecine de Sousse. C'est reconnu par le ministère et par la faculté » (Dr Akrem, homéopathe, 61 ans).

« Le médecin doit passer un master de 2 ans à la faculté de médecine pour pouvoir écrire sur la plaque de son cabinet médecin acupuncteur, sinon il est hors-la-loi » (Dr Ahmed, acupuncteur, 59 ans).

De plus, cette légitimité des médecins exerçant les soins non conventionnels est fortement dépendante d'une forme particulière de reconnaissance des diplômes universitaires. Celle-ci se fonde principalement sur l'obtention d'une « compétence » auprès des institutions habilitées, à savoir l'ordre des médecins.

« J'ai un diplôme de master de médecine traditionnelle chinoise c'est reconnu en tant que compétence, ce n'est pas une spécialité c'est différent » (Dr Djamel, acupuncteur, 63 ans).

« C'est à partir des années 90 que l'acupuncture en Tunisie a commencé à avoir un statut en tant que compétence, c'est-à-dire pour traiter avec les aiguilles, il faut avoir une compétence...Il faut passer avant par le conseil de l'ordre et c'est lui qui nous donne le droit d'exercer. Cela s'appelle compétence en acupuncture » (Dr Ahmed, acupuncteur, 59 ans).

« Le diplôme obtenu est reconnu du Ministère de l'enseignement supérieur et de la faculté de médecine. Après, ce diplôme doit être déposé au conseil de l'ordre et une commission qui s'organise décide de donner droit à une compétence ou pas. » (Dr Samia, homéopathe, 42 ans).

Toutefois, les médecins qui ont choisi une formation initiale, en Chine, en médecine traditionnelle chinoise, se sont heurtés à des difficultés de légitimité de leur savoir médical en médecine allopathique, car il s'agit d'un savoir issu d'un cursus universitaire orienté médecine non conventionnelle. Ce savoir en médecine conventionnelle est considéré comme différent de celui acquis par une formation en médecine conventionnelle en Tunisie, ce qui ne garantit pas une reconnaissance institutionnelle en Tunisie.

« Mais il [le ministre de la santé] m'a prévenu. Il m'a prévenu parce qu'il m'a dit que lorsque vous allez rentrer en Tunisie on ne va pas vous reconnaître en tant que médecin parce que vous avez fait une médecine qu'on ne comprend pas » (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

« Il m'a dit c'est très intéressant mais je ne peux rien faire pour vous. Parce qu'on a une machine et une machine déjà établie et votre statut ne correspond pas à cette machine donc vous risquez d'avoir des problèmes » (Dr Wassim, acupuncteur, 55 ans).

Le cursus universitaire en médecine choisis en Chine a généré du coût en termes du temps, d'efforts physique et mental. En effet, la reconnaissance de ces diplômes en médecine conventionnelle suit une procédure longue. Elle a nécessité la reproduction des années d'internat afin d'avoir l'équivalence d'exercice de la médecine en Tunisie.

« Donc, moi j'ai fait 8 ans d'études. Ici on ne me reconnaît que 5 ans. Donc, il a fallu que je reprenne les années d'internat à la faculté de médecine de Tunis. Je circulais avec un dictionnaire français/chinois ; je dois traduire ce qu'ils disent et ce qui est écrit. Vous imaginez, ce n'était pas facile » (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

« Il m'a dit ce que vous avez appris en médecine traditionnelle chinoise pour le moment vous allez l'oublier, vous n'allez retenir que ce que vous avez appris en anatomie, physiologie. Vous allez reprendre vos études dans une autre faculté de médecine conventionnelle ... Effectivement, j'ai repris mes études. J'ai appris la médecine conventionnelle surtout sur le plan thérapeutique, je suis allé en chirurgie, j'ai fait des opérations... » (Dr Wassim, acupuncteur, 55 ans).

L'analyse des entretiens montre que l'expertise des médecins en SSNC est largement dépendante de la formation interuniversitaire en SSNC. Le savoir conceptuel acquis à travers cette formation a donné lieu à l'obtention d'un diplôme fortement reconnu institutionnellement, conduisant à l'acquisition d'une légitimité institutionnelle formelle. Cependant, la reconnaissance de certains diplômes étrangers, notamment chinois, obtenus en médecine orientée pratique non conventionnelle, suit une démarche longue et compliquée.

L'apprentissage des SSNC a nécessité, pour certains, le suivi des formations dans un cadre associatif.

III. Un savoir professionnel en SSNC acquis dans un cadre associatif

III.1. Des formations privées dans des associations locales sources de construction d'expertise

L'immense majorité des pratiques non conventionnelles, en Tunisie, échappe à toute forme de réglementation et souffre du quasi absence de formations postuniversitaires. Dans ce sens, plusieurs médecins apprennent dans un cadre associatif, créé principalement pour un but scientifique, offrant périodiquement des séminaires, des cours et des ateliers pratiques.

« On a la société tunisienne de Biothérapie qui organise des séminaires et des formations pour la mésothérapie, auriculothérapie, nutrithérapie, et plusieurs autres pratiques » (Dr Yassine, naturopathe, homéopathe).

« J'étais initié par des cours organisés par La Société Tunisienne d'homéopathie » (Dr, Issam, homéopathe, 45 ans).

En prenant appui sur leur statut de médecin, donc sur leur savoir médical en médecine conventionnelle, certains médecins ne se justifient pas leur savoir en SSNC, car ils le considèrent comme déjà légitime. Ainsi, pour certains la recherche d'un titre officiellement reconnu est moindre, car l'objectif principal était, en amont, l'apprentissage des pratiques non conventionnelles (surtout avec l'organisation périodique de séminaires permettant l'amélioration de leur savoir en SSNC) et la recherche d'un lieu d'échanges et de collaboration. Cependant, ceci n'empêche pas de souligner que les médecins réclament la possession d'un titre prouvant leur savoir en SSNC.

« J'ai obtenu un certificat de mésothérapeute de la société tunisienne de Biothérapie » (Dr Fahmi, mésothérapeute, 62 ans).

« J'ai obtenu mon titre de naturopathe en 2013, de la société tunisienne de Biothérapie » (Dr Yassine, naturopathe, homéopathe).

L'adhésion à des associations ne se limite pas à un apprentissage professionnel, elle est aussi manifestée par un désir de faire connaître et de développer des pratiques non conventionnelles. Ces espaces constituent, ainsi, pour les médecins, non seulement un espace de formation, mais aussi un lieu d'échanges, de communication et de développement personnel ainsi que relationnel.

« L'objectif est se réunir, échanger, oui » (Dr Samia, homéopathe, 42 ans).

« On organise nous-mêmes nos propres séminaires entre médecins, l'essentiel est de trouver un milieu pour pouvoir communiquer. » (Dr Anissa, acupuncteur, 59 ans).

« Oui, j'adhère à une association, cela permet d'échanger sur nos approches techniques et de faire un point sur nos pratiques et les dernières évolutions » (Dr Saber, acupuncteur, 45 ans).

Ainsi, en l'absence d'une certaine considération institutionnelle, pour certaines pratiques, l'accent est mis sur le rôle des associations comme une forme spécifique de collaboration. Ces associations regroupent des médecins, considérés comme suffisamment autonomes, comptant sur leurs propres efforts dans le développement des pratiques non conventionnelles et dans l'engagement dans une démarche de reconnaissance de leur efficacité.

« On n'est pas encadré. Vous savez dans la médecine alternative, ou complémentaire ou non conventionnelle, on n'a pas de cadre, on n'est pas encouragé parce que derrière il n'y a pas de laboratoire ni sociétés, donc on n'a pas de subventions, on n'a pas de sponsoring, donc on doit compter sur nos propres moyens » (Dr Fahmi, mésothérapeute, 62 ans).

La conduite collective des démarches de reconnaissance des pratiques non conventionnelles rend aux associations leurs caractéristiques habituelles, à savoir le partage, l'échange et le développement de valeurs. De plus, en l'absence de formations universitaires ou privées pour la majorité des pratiques non conventionnelles, l'adhésion à ces associations constitue un lieu d'apprentissage contribuant à la construction de l'expertise des médecins en SSNC.

Dans le but d'offrir une formation adéquate et un savoir spécifique, les associations ont souvent eu recours à des formateurs étrangers, essentiellement français, jugés plus compétents que les médecins tunisiens dans l'offre des soins en SSNC.

III.2. Des formations dans un cadre associatif menées par un corps professionnel étranger sources de construction d'expertise en SSNC

L'analyse des verbatims suggère l'importance de la formation, au contact d'autres médecins étrangers, dans la participation à la construction de leur expertise et à la reconnaissance de leur savoir en SSNC. Ainsi, les associations professionnelles régulées aux niveaux locaux font souvent appel à des médecins étrangers, en majorité français, pour la formation et l'animation de journées scientifiques. En particulier, certaines associations tunisiennes sont en partenariat avec d'autres associations et centres étrangers, comme par exemple la société Tunisienne d'Homéopathie qui est en partenariat avec le Centre d'Enseignement et de Développement de l'Homéopathie basé à Paris.

« Souvent les séminaires de mésothérapie sont animés par des enseignants Français » (Dr Yassine, naturopathe, homéopathe.)

« Les séminaires sont très souvent programmés semestriellement et parfois trimestriellement. Mon premier séminaire était animé par Dr Philippe... en Novembre 2010 » (Dr Fahmi, mésothérapeute, 62 ans).

L'appropriation du savoir du corps médical français, en médecine conventionnelle, date depuis des années et l'accompagnement continu encore pour faire bénéficier les médecins tunisiens du savoir en SSNC des médecins français.

« En Tunisie, jusqu'aux années 70/80 il y avait que la médecine conventionnelle. Dans la faculté de médecine de Tunis il y avait des médecins français qui nous ont formés à la façon conventionnelle. » (Dr Djamel, acupuncteur, 63 ans).

De plus, l'apprentissage au contact d'autres médecins étrangers constitue, selon les médecins tunisiens, une démarche d'ouverture et de développement qui participe largement à la construction de leur expertise en SSNC. Particulièrement, les associations veillent au renforcement des échanges et des rapports sociaux avec d'autres médecins originaires des pays, dont les pratiques non conventionnelles sont connues comme origine.

« La société tunisienne d'acupuncture et de médecine chinoise, est une société qui a été construite par des médecins acupuncteurs- et qui font aussi d'autres pratiques de la médecine chinoise-pour pouvoir communiquer discuter, inviter des médecins en médecine chinoise pour

venir en Tunisie nous donner des cours et des séminaires et vice versa. Cela nous permet aussi d'aller en Chine » (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

L'installation en Tunisie d'un corps professionnel médical étranger, disposant d'un savoir en SSNC et d'une nouvelle méthode de soins, est à l'origine de la découverte de ces techniques de soins, notamment l'acupuncture.

« Avant pour nous la médecine est égale à la médecine conventionnelle. Il n'y a pas de médecine non conventionnelle ou complémentaire. Mais tout a commencé en 73 lorsqu'il y avait des contrats qui ont été signés entre le gouvernement tunisien et le gouvernement chinois et à travers ces contrats qu'il y avait des médecins chinois qui sont venus en Tunisie » (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

« En 1973 les acupuncteurs chinois se sont installés à Jandouba. Ils commencent à travailler, les tunisiens commencent à connaître l'acupuncture. Une technique thérapeutique qui est efficace pour toutes douleurs. » (Dr Ahmed, acupuncteur, 59 ans).

Les tunisiens, au départ incrédules face à ce savoir différent de celui habituellement utilisé, sont devenus curieux de découvrir ces pratiques non conventionnelles.

« Donc les tunisiens au début même étaient un peu sceptiques mais au moins il avait des résultats. Au début, il s'agissait d'une nouvelle médecine qui n'obéit pas aux règles qu'on connaît. » (Dr Ahmed, acupuncteur, 59 ans).

« Les aiguilles quand elles sont rentrées c'était un peu bizarre. Tous les patients se demandaient est-ce qu'il y a des médicaments à l'intérieur, lorsqu'ils voient qu'il n'y a pas de médicaments ils sont un peu gênés. Ça ne correspond pas à leur façon de voir le traitement et la médecine » (Dr Sami, acupuncteur, 52 ans).

L'appropriation du savoir en SSNC d'un corps professionnel étranger participe fortement à la construction de l'expertise dans ce domaine, chez les médecins tunisiens. La mise en place d'un enseignement fondé sur un corps professionnel étranger leur confère également une reconnaissance auprès des usagers ainsi que des pairs. Dans ce sens, ces formations offertes par des formateurs étrangers sont considérées comme plus enrichissantes, contribuant à faire bénéficier les médecins d'un meilleur apprentissage et renseignant, selon les médecins, sur une quête de savoir plus développé avec des méthodes de pratiques originales répondant aux attentes et aux exigences professionnelles. De plus, le recours à des enseignants étrangers, en particulier français, s'explique par le maintien depuis longtemps des apports de la politique française. Dans ce cadre, solliciter des formateurs français est justifié par une similitude du

système éducatif et du parcours universitaire. De plus, grâce à un enseignement supérieur francophone, la maîtrise de la langue française constitue un facteur déterminant et favorable à l'échange entre les médecins.

IV. Une reconnaissance du savoir acquis par des formations à l'étranger

L'absence de formations spécialisées en quelques pratiques non conventionnelles, ou l'attrait d'une meilleure qualité de formations, ont poussé plusieurs médecins à se lancer dans l'apprentissage à l'étranger. Car ces formations, intégrant des méthodes pédagogiques plus robustes et adéquates, sont considérées comme plus amplifiées et plus enrichissantes. Ainsi apprendre autrement reste un passage important, pour certains médecins, afin de répondre à une certaine curiosité intellectuelle, bien que cette décision nécessite un investissement personnel et financier.

« J'ai suivi ma formation à l'étranger, j'étais obligé de faire des allers retours et de financer ma formation par mes propres moyens. Il faut aussi savoir qu'il existe, en Tunisie, un nombre réduit des organismes et des associations qui assurent des séminaires et qui organisent des formations pour plusieurs types de pratiques » (Dr Riadh, homéopathe).

« J'ai bénéficié, d'une formation en Chine. C'était une formation de haut niveau qui a duré quelques mois » (Dr Wael, acupuncteur, 45 ans).

« Aller en chine c'est apprendre l'acupuncture et la médecine chinoise et j'ai commencé mes études dans ce domaine au sud de la Chine » (Dr Wassim, acupuncteur, 55 ans).

L'objectif principal d'un départ à l'étranger est, essentiellement, relatif aux apports professionnels, en termes de construction d'expertise, qu'offrent les formations en SSNC. Celles-ci constituent pour les médecins tunisiens une source de valorisation de leur savoir en SSNC, car en Tunisie, à l'heure actuelle un diplôme international (en particulier obtenu des pays développés) est plus valorisant qu'un diplôme national. Au regard de cela, les études à l'étranger représentent un moyen de se différencier des autres, renseignant sur un savoir plus construit et plus profond.

V. Une légitimité confortée par la dénonciation à l'encontre des autres : médecins, médecins praticiens en SSNC et thérapeutes

Certains médecins dénoncent le savoir en SSNC issu des formations autres qu'universitaires (formations privées suivies à l'étranger ou acquises dans le cadre associatif). Considérées comme en dehors de la légalité, ces formations non universitaires ne permettent pas, selon ces médecins, de confronter les aspects concrets de professionnalisation, en termes d'offre de soins de qualité et d'acquisition d'apprentissages complets. Les médecins argumentent leur critique en prenant appui sur la performance de leur savoir en SSNC acquis par la formation postuniversitaire, considérée comme riche, spécifique, source d'efficacité personnelle et de développement professionnel.

« Les gens qui vont à l'étranger et qui font 2 semaines de stage et reviennent ici en Tunisie, pour moi ils ne sont pas des acupuncteurs. Moi j'ai deux masters » (Dr Ahmed, acupuncteur, 59 ans).

« On n'a pas de problème ici en Tunisie non pas du tout, sauf ceux qui n'ont pas eu la formation convenable. Nous on a été formés au sein de la faculté avec 4 examens. Un examen tous les 6 mois avec un stage avec un mémoire et un directeur de thèse, c'est un master c'est deux amplitudes ». (Dr Samia, homéopathe, 42 ans).

Ainsi, pour certains médecins la reconnaissance de quelques pratiques non conventionnelles est strictement acquise pour des savoirs validés institutionnellement, excluant de ce fait tous autres types de formations non universitaires.

« Si quelqu'un avait fait une formation de deux semaines ce n'est pas possible d'obtenir une compétence, par contre quelqu'un avec un diplôme de master cela est évident » (Dr Samia, homéopathe, 42 ans).

« Ce n'est pas la même chose. La compétence en exercice de la pratique diffère non seulement d'un acupuncteur débutant, et d'un acupuncteur expert, mais aussi diffère d'un acupuncteur qui a un master qui a la compétence, de quelqu'un qui a appris n'importe comment » (Dr Djamel, acupuncteur, 63 ans).

De plus, certains médecins développant une forte adhésion aux SSNC introduisent un registre de discours, mobilisé pour livrer une sorte de critique aux pratiques conventionnelles, et à leurs techniques de soins.

« C'est la forme que moi j'appelle passive parce que vous êtes là vous êtes malade, il y a un médecin qui vous assiste qui vous donne des médicaments qu'il n'a rien à fournir » (Dr Saber, acupuncteur, 45 ans).

Une telle critique révèle l'absence de collaboration avec des confrères médecins, ceux qui ne croient pas au savoir non conventionnel, malgré l'ampleur des efforts fournis pour la reconnaissance de ces pratiques et de leur efficacité. Ainsi, les critiques adressées portent sur l'entêtement à rester sclérosé et fidèle au soin classique du corps humain.

« Malgré les différents congrès, séminaires auxquels on a participé principalement chez nos amis et confrères des autres disciplines en rhumatologie, en médecine interne, en anesthésie réanimation et tout ça pour leur expliquer les indications et les effets de l'acupuncture, pour leur expliquer que c'est une nouvelle façon de soigner, pour leur dire qu'on est une autre forme mais on intègre le système, on accepte le système, mais nous sommes une chose un peu différente, jusqu'à présent, il y a peu de patients qui sont orientés par les autres médecins ». (Dr Wael, acupuncteur, 45 ans).

« C'est malheureux, parce que comme je viens de dire si on veut faire participer le patient, il ne faut pas lui cacher qu'il y a une autre façon de traiter. Surtout que cette médecine alternative et complémentaire, est intégrante c'est-à-dire pratiquée par des médecins qui ont appris l'anatomie, physiologie et tout ça et qui appliquent les règles et qui travaillent avec les aiguilles stériles à usage unique » (Dr Samia, mésothérapeute, 62 ans).

« Il y a des médecins qui me disent moi jusqu'à présent je n'arrive pas à comprendre comment les aiguilles sans aucun médicament à l'intérieur peut traiter, on connaît les aiguilles comme un instrument pour administrer un produit pharmaceutique, mais une aiguille simplement implantée ça ne passe pas dans ma tête, je ne peux pas l'accepter » (Dr Sami, acupuncteur, 52 ans).

Aussi, plusieurs médecins remettent en cause les soins non conventionnels pratiqués par un segment professionnel autre que médical, à savoir les thérapeutes. Ici les médecins partagent la conviction que l'efficacité des pratiques non conventionnelles n'est pas à démontrer, du moment que ces pratiques sont pratiquées par des médecins. Ici le savoir en médecine allopathique procure chez le médecin un sentiment d'auto-efficacité personnelle et de légitimité professionnelle du point de vue des SSNC. Ainsi, l'accent est mis sur le savoir en médecine,

allopathique nécessaire aux diagnostics médicaux, que ne possèdent pas les thérapeutes sans formation médicale universitaire.

« Je vois que les aiguilles, l'acupuncture ou les autres doivent être pratiqués par un médecin » (Dr Djamel, acupuncteur, 63 ans).

« L'acupuncture a été acceptée surtout parce qu'elle est utilisée par des médecins. On utilise des aiguilles stériles à usage unique. Donc, les autres sans formation médicale ne peuvent pas pratiquer ces soins » (Dr Saber, acupuncteur, 45 ans).

Selon les médecins, l'absence d'un tel savoir est synonyme de danger pour le patient.

« Mettre en danger la vie d'un patient ce n'est pas tolérable. Tout d'abord il faut connaître ce que le patient a, avant de parler de thérapie, ça c'est la sécurité » (Dr Samia, homéopathe, 42 ans).

Dans un seul cas, un médecin se déclare tolérant à l'exercice des pratiques en SSNC par les « non médecins », à condition que cet exercice soit soumis au contrôle et à la surveillance d'un médecin. Il s'agit d'ailleurs d'un des médecins qui dénonce le manque de collaboration avec les médecins pratiquant la médecine conventionnelle.

« Pour les praticiens qui ne sont pas des médecins, bon quand même ils doivent gagner leur vie. Mais je pense qu'ils doivent être sous la surveillance ou bien sous la tutelle d'un médecin. C'est comme en anesthésie, il y a le médecin anesthésiste et le technicien supérieur en anesthésie, il y a toujours quelqu'un qui supervise » (Dr Wael, acupuncteur, 45 ans).

La dénonciation des médecins à l'encontre des thérapeutes renvoie à un fort sentiment d'efficacité personnelle, issue de leurs cursus en médecine et de leur formation postuniversitaire. Ainsi, ce savoir est mobilisé comme argument pour définir les frontières entre les différents groupes professionnels légitimes et non légitimes.

De plus, les médecins affirment que la reconnaissance du savoir est dépendante aussi des efforts collectifs. Mais l'absence de collaboration avec des médecins méconnaissant des savoirs en SSNC, sous prétexte de manque de base scientifique et réglementaire claire, vient, parfois, en opposition au développement de ce domaine et de ce savoir en SSNC.

En effet, ce savoir est construit, non seulement par la formation publique ou privée, mais développé aussi par un apprentissage sur le tas important, qui construit l'expertise et débouche sur une légitimité pragmatique.

VI. Une légitimité pragmatique fondée sur l'expérience professionnelle et sur la personnalisation de soins à travers une participation active des patients

VI. 1. La pratique comme un facteur de méta-connaissance

L'expertise des médecins en SSNC se construirait d'abord dans le parcours de formation initiale en médecine et dans le parcours de formation postuniversitaire en médecine non conventionnelle. Ceci conduit à l'acquisition d'une légitimité institutionnelle. Cependant, cette expertise se construirait aussi à travers l'expérience et donc à travers l'auto-apprentissage de la situation. Ces expériences améliorent les connaissances issues de la formation académique, par la théorisation de la pratique. Cette expertise débouche sur une légitimité pragmatique qui est définie par la reconnaissance de l'efficacité de ces soins par les demandeurs de soins. Ainsi, les médecins déclarent que les retours d'expériences constituent un facteur d'auto-reconnaissance et de reconnaissance, ainsi qu'un effet motivationnel.

« Le retour d'expérience est très important. Quand le malade nous dit qu'il y a un soulagement, cela bien sûr est une source de satisfaction » (Dr Karim, mésothérapeute, 52 ans).

« Avec le recul on se rend compte qu'on a fait quelque chose de bien » (Dr Djamel, acupuncteur, 63 ans).

L'analyse des verbatims ci-dessus, nous montre que les médecins sont sensibles à l'ensemble des retours qui déterminent leur comportement et qui évaluent, en quelque sorte leurs actions.

Ces expériences qui se construisent progressivement dans le temps, à travers des situations qui surgissent de la pratique, constituent un facteur d'auto-reconnaissance. Elles témoignent aussi des années de sacrifices, car en l'absence d'un cadre qui régule les soins, les médecins, fortement impliqués dans ce domaine, s'engagent à s'investir moralement et physiquement dans le développement de ces soins afin de garantir leur liberté thérapeutique.

« Vous savez moi j'exerce depuis les années 80. Cette ancienneté est le fruit du travail, des sacrifices. Surtout qu'au début j'ai trouvé beaucoup de problèmes, mais ceci est aussi un témoignage des années de volonté et de réussite » (Dr Djamel, acupuncteur, 63 ans).

Loin d'être lié à l'application d'une règle théorique universelle, le savoir procédural fait référence aux habilités techniques, nourri grâce à différents facteurs, à savoir les années d'exercice, et donc d'expérience. Ainsi, ce qui résiste à l'épreuve de l'expérimentation est

intégré dans le répertoire dont disposent les médecins depuis des années, et enrichit les bases de connaissance disponibles. Celles-ci leur sont alors accessibles pour apprécier d'autres situations et pour construire leurs expertises, qui, notamment, débouchent sur la construction de leur légitimité pragmatique.

En effet, cette légitimité ne dépend pas seulement d'une satisfaction des attentes des patients par l'offre de soins de qualité répondant à leur demande, mais permet également une satisfaction personnelle liée à la participation du patient à la prise de décision. Ainsi, en défendant l'idée de donner au patient l'occasion de découvrir des choses qu'il n'aurait pas pu savoir autrement sur lui-même, les médecins tirent une légitimité pragmatique construite sous une légitimité morale et cognitive.

VI. 2. Le patient acteur de sa santé : une valorisation au service de la construction d'une légitimité pragmatique

Les médecins interviewés soulignent l'importance d'une composante participative avec le patient. Celui-ci peut intervenir et proposer le type de soins désirés et peut aussi participer à la prise de décision. Cette participation active témoigne une prise en compte des intérêts des patients. Dans ce sens, l'offre de soins est considérée comme personnalisée- cas par cas- car le médecin offre des soins, conventionnels ou non conventionnels en fonction des attentes des patients et de ce qu'ils estiment avoir comme résultat. A travers la participation des patients, les médecins cherchent une conformité aux modèles culturels tacites et explicatifs de ces derniers.

« Le patient a le droit de participer dans le choix. Il peut proposer et le médecin il doit être ouvert. Si vous avez une migraine, vous pouvez choisir le type de soin désiré. Moi je leur dis si vous voulez moi je peux vous prescrire des médicaments, mais si vous ne voulez pas des médicaments je peux vous traiter par l'acupuncture. C'est-à-dire, dans la participation, le médecin ne va pas lui expliquer, seulement, ce qu'il a, mais il doit aussi lui faire participer dans la prise de décision» (Dr Samia, homéopathe, 42 ans).

« Le patient peut participer, donner son avis : ah je veux ça, je veux ce médicament, je ne veux pas ce médicament, je veux cette façon de traiter et pas cette façon. Et ça c'est dans l'intérêt du patient et du médecin aussi. Sa participation [le patient] sera une participation active» (Dr Dr Akrem, Homéopathe, 61 ans).

« Lorsqu'il va participer à cette décision thérapeutique il sera plus actif » (Dr Slim, acupuncteur, 41 ans).

Si les SSNC en Tunisie, restent non connus et non reconnus, ils sont, toutefois, appréciés par des catégories bien déterminées de patients. Le niveau intellectuel est un déterminant dans la connaissance et le recours à ces formes de soins. Des patients avec un certain niveau sont souvent demandeurs de ces soins, car ils sont plus ouverts et plus informés de l'efficacité de ces pratiques non conventionnelles. Ils sont déjà préparés et constituent la catégorie « souhaitée » de patients avec laquelle les médecins peuvent collaborer. Ainsi, selon ces derniers, être partenaire dans les actes de soins de santé, requiert, pour le patient un savoir élémentaire de sa maladie et une responsabilité, mais aussi une connaissance de ces soins non conventionnels et une forte conviction de leur efficacité.

« C'est-à-dire qu'on a des patients, où on connaît le profil. Bon il y a des gens de toutes catégories, mais il y a des catégories qui sont assez intéressantes. C'est des gens intellectuels qui ne veulent pas de ces effets indésirables de la médecine conventionnelle et qui veulent se faire traiter par cette médecine [non conventionnelle]. Parce qu'ils disent qu'en fin de compte même si je ne peux pas être guéri, je n'aurai pas à souffrir des effets indésirables de la médecine conventionnelle. Donc en deux mots, moi je pense aussi il y a plutôt des patients qui aiment cette médecine, ils sont déjà préparés» (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

«Il y a deux types de patients. Il y a des patients où c'est à nous de leur proposer des séances d'acupuncture et il y a ceux qui demandent d'être soignés par l'acupuncture. Ces malades ils sont plus faciles à gérer parce que souvent ils se sont formés avant de demander ce soin, ils savent globalement ce que c'est. Souvent ils sont des gens d'un certain niveau » (Dr Anissa, acupuncteur, 59 ans).

A partir de ces verbatims, nous soulignons que le fait d'avoir une patientèle reconnaissante de ces soins facilite l'échange et permet une évaluation facile du médecin et de ses actions. L'ensemble de ces idées et des autres opinions déterminent le comportement du médecin et la nature de soins à adopter. On peut parler à ce niveau de légitimité morale.

De plus, par l'implication du patient dans l'acte de soin et dans le choix de l'offre désirée (conventionnelle ou non conventionnelle), le médecin est considéré comme légitime car il

assure la conformité aux exigences et aux attentes des patients. En particulier, leur légitimité est considérée comme cognitive, fondée sur le modèle culturel qui donne des explications plausibles aux comportements des médecins.

L'influence de ce modèle culturel amène certains médecins à ne pas proposer les soins non conventionnels à tous les patients, en particulier, l'acupuncture. Ainsi, le médecin cible ses patients car ils considèrent que le demandeur de soins ne sera plus réceptif et ne sera pas satisfait de ces soins attendu, car ses connaissances sont construites sur la base de ce modèle culturel déjà orienté médecine allopathique.

« Je ne propose pas à tout le monde » (Dr Ahmed, acupuncteur, 59 ans).

« Je cible mes malades bien sûr » (Dr Saber, acupuncteur, 45 ans).

« Il y a des malades ils vous disent non, ça c'est du charlatanisme, moi je ne veux pas entendre parler et je veux être traité par la façon occidentale » (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

Pour garantir sa légitimité, le médecin intègre dans ses actions l'intérêt du patient et sa volonté de choisir le type de soins désirés. Le respect du patient conduit le médecin à s'adapter à son choix et à sa volonté et à offrir le soin le plus conforme à ses attentes. Ceci, certes, rentre dans le cadre de l'éthique médicale, mais répond aussi à une forme de respect des exigences des patients, que le médecin essaye de satisfaire dans la pratique, afin d'acquérir une légitimité cognitive. De plus, la sensibilité du médecin à l'ensemble des opinions qui déterminent son comportement et qui constituent une forme d'évaluation de ses actions et de la qualité de l'offre de soins offerts, conduit à l'acquisition d'une légitimité morale.

Ainsi, être reconnu, c'est faire reconnaître son expertise, qui s'améliore en fonction du degré d'implication des patients et de leur connaissance de cette offre de soins en médecine non conventionnelle. En effet, le développement de ce domaine dépend, en partie, du patient et de la manière de percevoir cette offre de soins non conventionnels. Ce qui explique la notion de « ciblage » des patients. Dans ce sens, il est difficile de proposer à ces derniers ces SSNC, lorsqu'ils appartiennent à un modèle culturel plutôt orienté médecine conventionnel, ou lorsqu'ils définissent les pratiques non conventionnelles comme synonymes de pratiques traditionnelles, considérée, selon leur dire comme contradictoire à la modernité et aux techniques de soins développées et prouvées scientifiquement.

VI. 3. Un comportement entrepreneurial source d'auto-reconnaissance

L'intérêt du développement des pratiques non conventionnelles a amené certains médecins à conduire un ensemble d'actions entrepreneuriales et à s'engager dans une démarche de création de projets, au profil de connaissance des pratiques non conventionnelles. En particulier, ces actions ont été initiées à partir d'une analyse des situations présentes.

«J'ai constaté que dans un centre de traitement de la douleur, l'acupuncture devrait être présente. Donc je l'ai fait intégrer dans l'hôpital la Rabta à Tunis » (Dr Djamel, acupuncteur, 63 ans).

«En1990, j'ai commencé à discuter avec mes professeurs, mes enseignants là-bas en Chine, pourquoi ne pas créer un centre de formation et de soins en Tunisie. Ils m'ont dit que ça sera intéressant. Donc, ils m'ont donné des lettres et avec ces lettres j'ai fait la traduction, j'ai présenté un dossier et j'ai présenté ça au ministre » (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

L'analyse des entretiens montre que les vocations entrepreneuriales renseignent sur un fort engagement dans la prise d'initiation au changement, et que le développement de ces vocations est dépendant des éléments motivationnels.

« La Tunisie à part le terrain n'a rien investi. C'est vrai que c'est un don du gouvernement chinois pour la Tunisie, mais pour la création de ce centre, c'est moi qui a présenté l'idée au ministre qui a été acceptée, négociée etc.. » (Dr Djamel, acupuncteur, 63 ans).

La réussite de leurs activités a conduit à une auto-reconnaissance, et à une légitimité fondée sur la vision qu'ils portent sur leur propre pratique.

« J'espère que les gens vont bâtir sur ce qui existe c'est ça le plus intéressant. Des projets construits pierre par pierre comme celui-là rentrent dans l'histoire. C'est quand même, ça fait plaisir aussi » (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

« D'ailleurs il faut connaître je suis le seul médecin tunisien qui a travaillé dans cette forme de structure, qui a pratiqué l'acupuncture dans une structure universitaire. Il n'y a pas un deuxième et je ne pense pas qu'il n'y aura pas un autre. Peut-être c'est une sorte de reconnaissance sur le parcours que j'ai fait et les efforts que j'ai fait » (Dr Djamel, acupuncteur, 63 ans).

Cette réussite de leurs activités nécessite non seulement une «infrastructure cognitive favorable» au développement de l'activité entrepreneuriale (Krueger, 1996), mais aussi un cadre légal et un appui financier et politique. Toutefois, certains médecins n'ont pas trouvé d'encouragement ni de soutien, et ont vu, au contraire, leurs projets dénigrés.

« Quelqu'un qui m'a dit, il était un responsable, il m'a dit vous voulez créer une autoroute en pleine forêt, ce n'est pas facile » (Dr Majdi, acupuncteur, 65 ans).

« On a un système, d'ailleurs le ministre de la santé me l'a dit. On sait vos connaissances en médecine traditionnelle chinoise, ça on ne peut pas en discuter, mais on doit vous faire rentrer dans notre machine et vous faire sortir de l'autre côté pour pouvoir discuter avec vous » (Dr Wassim, acupuncteur, 55 ans).

Développer un comportement entrepreneurial fait référence à une forte conviction dans l'efficacité des pratiques non conventionnelles, ainsi qu'à leur habilité et leur capacité à s'engager dans des actions de promotion, de développement, de connaissance et reconnaissance des pratiques non conventionnelles.

La réussite de leur action génère chez les médecins un sentiment d'auto-reconnaissance et une légitimité en SSNC, liée non seulement au savoir technique, mais aussi à la vision qu'ils portent sur leur propre pratique. On note, dans ce sens, que la réussite de ces projets contribue, pour les médecins, à se justifier auprès des institutions publiques et de là à acquérir une légitimité professionnelle auprès des usagers.

Ce que nous retenons

Ce sont les formations universitaires de doctorat en médecine et postuniversitaires en SSNC qui fondent, principalement, l'expertise des médecins tunisiens dans ce domaine, et qui constituent une source d'auto-efficacité personnelle en SSNC. Dans la mesure où ils ont acquis ces diplômes universitaires, ces médecins déclarent qu'ils sont plus légitimes que les non médecins, et que leur savoir en SSNC est légitime institutionnellement. Aussi, cette légitimité est confortée par la dénonciation des autres médecins praticiens des SSNC, ne détenant pas de diplôme universitaire.

Cependant, la quasi absence des écoles de formations privées pousse plusieurs médecins à se former dans un cadre associatif où l'apprentissage est souvent assuré par un corps professionnel étranger. Cet apprentissage est considéré comme légitime car acquis dans un cadre reconnu institutionnellement, et surtout acquis par des formateurs étrangers, considérés comme compétents, disposant d'une grande technicité.

De plus, dans la recherche d'une reconnaissance et d'une légitimité professionnelle, certains médecins se lancent dans des formations à l'étranger. On note dans ce sens, que l'obtention d'un titre ou d'un diplôme étranger, constitue un outil de reconnaissance et de légitimité professionnelle de nature institutionnelle.

Cependant, à partir d'un apprentissage sur le tas et d'un savoir technique contribuant à la construction de leur expertise, les médecins acquièrent une réputation que l'on associe à une légitimité pragmatique. Celle-ci est reliée à la fois à l'ensemble des opinions qui déterminent le comportement du médecin- représentant une forme d'évaluation de ses actions et correspondant à la notion de légitimité morale- ainsi qu'aux exigences de patients que le médecin essaye de satisfaire afin d'acquérir une légitimité cognitive.

Ainsi, la légitimité pragmatique est fondée non seulement sur un retour d'expérience et un apprentissage sur le tas, mais aussi sur un savoir métacognitif construit à d'une personnalisation des soins.

De plus, pour s'auto-justifier les médecins tunisiens déclarent qu'ils ont mobilisé des actions entrepreneuriales dont l'objectif est le développement et la reconnaissance des pratiques non conventionnelles. Les médecins affirment que la réussite de ces projets constitue un facteur d'auto-reconnaissance et de connaissance contribuant à acquérir une légitimité professionnelle auprès des pairs ainsi que des usagers.

Section 5. Les thérapeutes Tunisiens

Introduction

Dans ce chapitre nous analysons la dynamique de construction d'expertise chez les thérapeutes Tunisiens et sa relation avec l'acquisition de légitimité professionnelle en SSNC.

Nous rappelons que la France suit les Etats membre de l'Union européenne et n'interdit pas l'exercice de quelques pratiques non conventionnelles par les non médecins. D'autant plus qu'elle répond à la demande de la population en adaptant progressivement la législation et en assurant la réglementation de quelques pratiques non conventionnelles telle que la chiropraxie et l'ostéopathie (Robard, 2002). Cette évolution de la réglementation ne se produit pas seule, elle puise ses sources également dans l'action collective de la part de ces professionnels en faveur de l'acquisition d'une légitimité institutionnelle qui leur permette d'être plus reconnus auprès des mutuelles. Par contre, on note en Tunisie un monopole médical où les soins thérapeutiques ne sont autorisés qu'aux médecins. De ce fait certaines pratiques non conventionnelles n'existent même pas en Tunisie, telle que le shiatsu, l'ostéopathie, ...

Cependant, malgré l'interdiction de l'exercice de plusieurs pratiques non conventionnelles et bien qu'aucun texte législatif ne consacrait leur existence, certaines pratiques non conventionnelles, essentiellement liées au bien-être physique et moral (Coaching, Yoga) se développent en Tunisie. Nous nous sommes ainsi centrées sur ces pratiques où la demande est très importante.

Nous pensons que le seul fait que plusieurs thérapeutes soient installées sur ce segment de marché non remboursé, suggère qu'ils ont construit une forme d'expertise et de légitimité dont nous cherchons à définir les processus. En particulier, il convient d'étudier comment ce groupe professionnel construit son savoir dans ce domaine, de telle sorte qu'il soit légitime professionnellement.

Ainsi, nous nous intéressons pour commencer à la manière dont ces thérapeutes s'engagent dans l'exercice de leur pratique en SSNC. Nous cherchons ensuite à comprendre comment l'acquisition de leur légitimité professionnelle, notamment vis-à-vis des clients, mais aussi d'éventuels pairs et des institutions, s'opèrerait par des modes d'apprentissages distinctifs, accompagnant des changements dans l'action et le développement professionnels. Dans ce sens, la transformation d'un savoir de novice vers un savoir d'expert implique la construction d'une structure cognitive voire sociale, dans la mesure où l'offre de soins dépend des savoirs initiaux et de ceux nouveaux acquis et développés par les expériences.

I. Une forte adhésion doxique source d'engagement dans les SSNC

La croyance en l'efficacité des pratiques thérapeutiques et du bien-être constituait le principal facteur à l'origine de l'orientation des thérapeutes tunisiens, vers un nouveau parcours professionnel et vers l'acquisition de nouveaux savoirs en SSNC. En particulier, pour certains la croyance est une logique de l'évidence et une source d'engagement dans l'activité professionnelle constituant, ainsi, le fondement de la construction d'une carrière professionnelle.

« Je croyais à ses bienfaits. Il est bon pour la santé, il présente réellement des bénéfices. De toute façon, moi je dis toujours, si on ne croyait pas à ce qu'on fait ou à quoi on va être engagé, ou si on n'est pas satisfait, alors il n'est pas nécessaire de s'engager ou de continuer à s'enfermer dans cette approche. » (M. Aymen, hypnotiseur, 39ans)

Cette croyance en l'efficacité de ces pratiques est accompagnée d'une grande curiosité pour la découverte de ces méthodes de soins.

« Je crois aux objectifs et aux effets de cette pratique. J'avais, aussi, une grande curiosité, une grande ouverture pour découvrir ces pratiques. » (Mme Cyrine, Spécialiste pratique naturelle et technique de ventouse, 64 ans)

« J'étais curieux » (Mme Myriam, praticienne en Yoga, 32 ans)

Pour certains thérapeutes, l'engagement en SSNC est lié, en amont, à la croyance en l'efficacité de pratiques thérapeutiques ou de bien-être, mais aussi à la croyance en leur efficacité personnelle et en leur capacité à se familiariser avec ces techniques de soins et de bien-être.

« J'ai décidé de m'engager, car je croyais aussi à mes capacités. Je savais que j'allais réussir. Mais cette réussite dépendait aussi de l'importance et de l'efficacité de cette technique. » (M. Chiheb, Coach de vie, 35 ans).

Pour les thérapeutes tunisiens, l'adhésion à des pratiques de soins non conventionnelles, est liée à la reconnaissance d'un point de vue personnel en l'efficacité de ces soins. De plus l'adhésion à ces soins est dépendante de la croyance en l'efficacité personnelle qui agirait sur la réussite dans les activités thérapeutiques ou de bien-être.

II. Une expertise construite sur la base d'un apprentissage formel et sur des compétences techniques

II.1. La place de l'apprentissage conceptuel dans la construction de l'expertise des thérapeutes en SSNC

Les thérapeutes interviewés reconnaissent la place de la formation formelle suivie dans des écoles privées, comme un premier facteur d'initiation et d'apprentissage en SSNC. Ces écoles constituent un lieu privilégié pour construire leur savoir en ce domaine. Certaines écoles de coaching par exemple, offrent des formations afin que l'apprenant puisse accompagner les clients au changement, au bien-être et au développement personnel... Ce qui permet, parfois, de creuser le champ de la psychologie et aussi d'aller au-delà.

« La formation est importante pour accéder à ce marché. J'ai bénéficié d'un accompagnement dans une école de coaching à Tunis » (M. Ammar, praticien en Reiki, Coach, 35 ans).

« J'ai suivi une formation, en Tunisie, sur les différents aspects de coaching. C'est ma formation de base qui m'a permis d'acquérir les fondements de cette technique. Je dis aussi que cette formation répond parfaitement aux besoins d'apprentissage » (M. Chiheb, Coach de vie, 35 ans).

« Parmi les obligations, une est de s'inscrire. Il a fallu que je pratique professionnellement le yoga. Après j'ai intégré des formations et je suivais des enseignements accompagnés de deux stages par an, avec un total d'heure de plus que 150 heures » (Mme Salima, praticienne en Yoga, 56 ans).

Ces formations sont considérées comme une première forme d'auto-reconnaissance et de reconnaissance, constituant, à la fois, le moyen pertinent pour donner de la valeur à leur savoir en SSNC et la première démarche pour acquérir de la légitimité professionnelle plus institutionnelle.

« La formation est pertinente pour garantir une légitimité, cela nous donne de la valeur. Car en absence de toute forme de reconnaissance, le seul moyen pour prouver notre existence et justifier notre savoir, et je dis même pour prouver notre capacité à aider les gens dans leur bien-être, c'est en premier lieux se former et apprendre » (M. Ammar, praticien en Reiki, Coaching, 35ans).

Notons de plus que certains thérapeutes tunisiens montrent que l'offre de formations de qualité est conditionnée par la présence de plusieurs éléments favorables nécessaires pour assurer un apprentissage dans de meilleures conditions. Ceux-ci, selon leur dire, constitue un passeport pour un engagement rapide dans la vie professionnelle.

« Je vois que les pratiques d'accompagnement et la présence des conditions favorables et des compétences propres à l'accompagnement, conditionnent un bon apprentissage nécessaire à un engagement professionnel rapide » (M. Chiheb, Coach de vie, 35 ans)

« Cette école m'a permis d'apprendre les bases. Je disais aussi, que cet enseignement de qualité, m'a permis d'acquérir l'esprit d'enseignement » (Mme Salima, praticienne en Yoga, 56 ans).

Bien que certains attestent que les offres de formations remplissent des conditions favorables nécessaire pour garantir une réussite professionnelle rapide, d'autres affirment qu'il existe encore des insuffisances qui agissent sur l'offre de formation de qualité. Dans ce cadre, ces thérapeutes soulignent l'importance d'un apprentissage, accompagné par des stages, dans le développement des bases cognitives. Mais, ceci reste, selon ces derniers, une condition non encore prise au sérieux dans certaines écoles de formation.

« L'offre de formation était de qualité mais, je pense qu'il existe des insuffisances. Il faut encore garantir plus de perfectionnement. Je pense qu'il faut programmer plus de stages et même programmer différents types de stage et non pas se limiter à un seul. Cela permet d'améliorer et d'élargir les connaissances. De plus je vois qu'il faut aussi changer de stratégie et offrir la possibilité aux apprenants de faire des stages dans un laps de temps plus long » (Mme Emna, praticienne en Yoga, 43 ans).

De plus, ce thérapeute recommande un renforcement de l'apprentissage par la pratique à travers les stages à l'étranger afin de s'approprier des techniques différentes, surtout que certains formateurs sont étrangers.

« Pourquoi pas organiser des déplacements à l'étranger, cela permet d'acquérir un savoir plus approfondi et plus élargit, sachant qu'à l'époque notre enseignante était étrangère. » Mme Emna, praticienne en Yoga, 43 ans)

La plupart des praticiens thérapeutes éprouvent une satisfaction à l'égard de leur formation suivie en soins thérapeutiques et de bien-être. Cet apprentissage formel qui contribue à la construction des bases cognitives, participe à la construction de leur expertise en SSNC et à l'acquisition d'une légitimité professionnelle de nature plus institutionnelle, puisque les écoles sont bien « autorisées » à délivrer ce savoir. En même temps, le développement de l'apprentissage par des formations à l'étranger et par l'organisation d'un nombre important de stage, permettant la mise en pratique des connaissances théoriques, est fortement recommandé pour assurer un apprentissage de qualité répondant aux exigences professionnelles.

Si la plupart de ces thérapeutes ont suivi des formations dans des écoles où à travers des formations spécifiques, ils ne manquent pas de souligner la place de l'adhésion à des associations dans l'acquisition de leur légitimité professionnelle.

II.2. L'adhésion à des associations : un rôle ambivalent dans la construction des savoirs en SSNC

Certains thérapeutes interviewés, principalement les coachs, déclarent l'importance d'adhérer à des associations, dans l'acquisition ou l'amélioration de leur connaissance thérapeutique. En particulier, ces associations constituent pour ces thérapeutes un lieu d'apprentissage, nécessaires pour une évolution de leur pratique, ainsi qu'un lieu d'échange et de partage des savoirs.

« Cela [l'adhésion à des associations] me semble crucial pour l'évolution de ma pratique. Le coaching en tant qu'une pratique, est très demandé en Tunisie mais aussi nouveau dans une culture contemporaine. Ce qui nécessite un échange entre les praticiens pour assurer son développement. » (M. Ammar, praticien en Reiki, Coach, 35ans)

L'adhésion à ces associations a pour objectif non seulement l'échange et le partage des connaissances, mais aussi la garantie d'une évolution professionnelle et d'une reconnaissance sociale des savoirs thérapeutiques et du bien-être.

« Elle constitue un moyen pour faire grandir et connaître nos pratiques » (M. Ammar, praticien en Reiki, Coach, 35ans)

Toutefois, compte tenu du monopole médical qui met des barrières à l'entrée, dans le domaine des SSNC pour des praticiens non médecins, il existe en Tunisie un nombre très limité d'association au service des thérapeutes tunisiens et de la défense de leurs intérêts communs. Malgré l'évolution de certaines pratiques de bien-être, qui enregistrent ces dernières années une

augmentation très importante au niveau de l'offre et de la demande, le soutien à ces pratiques est presque absent. Ceci se manifeste par la quasiment absence des associations en Tunisie.

Ainsi, contrairement à la logique des d'associations, qui permet une mobilisation des membres pour lutter contre les difficultés et les manques de considérations, les associations créées en Tunisie par des thérapeutes non médecins, sont à la fois peu nombreuses et peu dynamiques, mal organisées avec des objectifs mal planifiés et définis. Les thérapeutes sont moins soucieux à y adhérer ou à participer à la création d'associations étant donné qu'ils considèrent que les choses ne vont pas bouger et que le rôle des associations reste limité dans la reconnaissance de leur savoir thérapeutique.

« L'adhésion reste certainement un outil de partage et d'échange, mais pas une source de légitimité de mon point de vue. » (Entretien avec Madame Myriam, praticienne Yoga, 32 ans)

« Je trouve que les associations constituent une forme de soutien mais sont loin d'être un outil de reconnaissance des pratiques thérapeutiques. » (Mme Cyrine, Spécialiste pratique naturelle et technique de ventouse, 64 ans).

On note ici, une sorte de cercle non vertueux à la fois pour la légitimité des thérapeutes mais aussi sur leur apprentissage du métier avec les pairs, à partir de l'instauration d'un monopole de la profession médicale sur les SSNC et de la rigidité des textes législatifs. Il existe donc un risque pour que la plupart des pratiques thérapeutiques et de bien-être s'appauvrissent avec la fragilisation des espaces de confiances, d'échange et d'apprentissage que pourraient offrir les associations.

II.3. La place du titre dans la reconnaissance des savoirs

Selon les thérapeutes interviewés, l'obtention d'un titre certifiant leur savoir en SSNC représente une source majeure pour l'engagement dans la vie professionnelle. Il représente un outil de crédibilité générant, selon leur dire, une forme de sécurité pour le patient.

« C'est une forme d'assurance, de sécurité pour le patient et source de crédibilité pour nous. » (M. Aymen, hypnotiseur, 39 ans).

L'obtention des titres demeure un outil primordial de légitimité pour recruter une clientèle qui évolue vers ce type de SSNC et ses techniques de bien être proposées par les thérapeutes non médecins.

« Ça fait beaucoup bouger les choses surtout auprès des clients, qui deviennent plus ouverts à se soigner avec d'autres types de soins et avec les techniques de bien être qu'on leur propose » (M. Chiheb, Coach de vie, 35 ans).

Toutefois, certains nous ont affirmé qu'ils ont commencé à exercer sans être diplômé ou certifié. Ils défendent l'idée que la réussite professionnelle dépend de « l'attitude », des compétences techniques, d'un comportement adapté à l'environnement professionnel ainsi qu'au respect de l'éthique.

« Dans chaque métier il y a ce qu'on appelle la dimension éthique. La pratique et l'attitude sont des choses très importantes ici. Déjà j'encourage les gens qui ont une attitude et qui ont naturellement en eux leur coach et leur propre savoir. » (Mlle Zina, Coach de vie, 32 ans)

« Parfois, on voit une personne qui manifestent une attitude de coach, sans pour autant être diplômé » » (Mlle Zina, Coach de vie, 32 ans).

Si pour certains thérapeutes l'obtention d'un titre ou certificat est primordial pour construire leur savoir en SSNC et pour acquérir une légitimité professionnelle, pour d'autres le savoir en SSNC est largement dépendant du comportement du thérapeute, de son attitude, de ses capacités à s'auto-structurer ainsi que de son savoir-faire.

« Donc je ne pense pas qu'il existe des personnes qui peuvent exercer, alors qu'elle n'a pas un savoir-faire déjà acquis. Je ne pense pas que le titre est très nécessaire dans ce cas » (Mme Myriam, praticienne en Yoga, 32 ans)

Pour la plupart des thérapeutes, l'obtention d'un titre est l'outil le plus pertinent pour garantir une insertion professionnelle rapide dans le domaine des SSNC. Ce titre, qui contribue à construire leur savoir en ce domaine, leur confère un premier niveau de légitimité institutionnelle formelle. Toutefois, pour certains l'obtention d'un titre ou d'un certificat est moins important dans la construction de leur savoir en SSNC. Pour ces derniers, c'est « l'attitude », le respect de l'éthique et le savoir-faire qui, à la fois, constituent le fondement de l'engagement professionnel et participent à la construction de leur expertise en SSNC.

C'est dans ce cadre, que l'acquisition d'un savoir procédural, amélioré par les expériences, est pertinente pour construire une expertise en relation avec l'acquisition d'une légitimité professionnelle.

III. Une légitimité pragmatique fondée sur les expériences professionnelles

III.1. Un apprentissage autodirigé à partir des expériences répétées, au service de la construction d'expertise

Grâce à un apprentissage sur le tas qui vient agrandir les connaissances formelles mais aussi procédurales, les thérapeutes tunisiens déclarent l'importance de cet apprentissage dans la construction de leur expertise. Celle-ci déboucherait sur l'acquisition d'une légitimité pragmatique définie par la reconnaissance du côté des demandeurs de soins, de l'efficacité de leur savoir en SSNC.

« Aujourd'hui encore je suis arrivé à un niveau important de connaissance, issue de mon expérience dans l'exercice de la pratique. Les clients ne viennent pas me voir au hasard, c'est ma manière et mon savoir qui leur parlent » (M. Ammar, praticien en Reiki, Coaching, 35ans).

Dans ce sens, certains vont jusqu'à exprimer leur capacité de théorisation de la pratique à travers la répétition de situations qui fait d'eux des personnes expertes.

« A force de vivre plusieurs expériences je peux rapidement déterminer l'origine du problème et des actions à mener ; ici les années d'expériences jouent un rôle important dans cette dynamique » (Mme Emna, praticienne en Yoga, 43 ans).

Cependant pour certains thérapeutes, qui reconnaissent la pertinence de la formation formelle, c'est le savoir formel investit dans la pratique qui s'améliore et se transforme dans le temps, notamment à travers les années d'expériences professionnelles. Ce qui rejoint quand même à l'observation précédente sur les schèmes cognitifs.

« En faisant le lien entre ce que j'ai appris, dans les écoles et entre ma pratique actuelle, je me sens plus compétent. C'est ce couplage entre les connaissances issues des formations antérieures, et la pratiques concrètes de mon activité qui se développe avec le temps, qui m'ont aidé à réussir » (Mme Salima, praticienne en Yoga, 56 ans).

À côté de leur rôle dans le développement des capacités cognitives à travers l'auto-apprentissage et la mise en place de techniques plus améliorées, la plupart des thérapeutes déclarent clairement que les expériences ont agi sur le développement des qualités personnelles en termes de responsabilité et d'autonomie.

« ...*Ces expériences m'ont apportés un réel sens de responsabilité et d'autonomie, que je mobilise actuellement. Cela m'a permis aussi d'exercer une pratique avec une touché un peu spécial*» (Mme Cyrine, Spécialiste pratique naturelle et technique de ventouse, 64 ans).

Pour la plupart des thérapeutes tunisiens, l'expertise se construirait d'abord dans le parcours de formation formelle conduisant à une légitimité institutionnelle. Cependant, cette expertise se construirait aussi à travers l'expérience et donc un auto-apprentissage qui vient, pour certains thérapeutes, améliorer les connaissances issues de la formation professionnelle par la théorisation de la pratique. Ainsi les expériences répétées et leur diversité jouent une place importante dans l'enrichissement des connaissances et dans la construction de leur expertise. Dans ce cadre, le thérapeute n'est plus novice, une part principale de son expertise en SSNC (voire tout leur savoir, pour certains thérapeutes) est issue d'un apprentissage procédural leur permettant d'être plus expérimenté.

III.2. Une réputation en SSNC acquise à partir de la métacognition

S'engager et se définir comme professionnel en SSNC ne va pas de soi. Ces praticiens justifient leur savoir en construisant leur engagement dans les soins non conventionnels, en cohérence avec leur apprentissage formel, leur savoir-faire et les expériences professionnelles. Mais aussi certains expriment clairement que leur légitimité est acquise à partir de la vision qu'ils développent sur leurs propres pratiques et plus largement sur eux-mêmes. Ce qui signifie que la légitimité pragmatique ne se construirait pas seulement sur un savoir technique mais aussi sur la relation à soi-même.

« *La nature de notre travail nous conduit, voire nous oblige à porter plus attention à soi-même. La réussite de l'acte thérapeutique dépend en premier lieu de notre état physique et psychique. On doit avoir de l'énergie, il faut pratiquer avec joie. Moi je vois que notre état se transmet au client, il le sent*» (M. Chiheb, Coach de vie, 35 ans).

Le développement de cette vision montre que les thérapeutes font preuve d'une certaine qualité personnelle qui s'avère indispensable pour garantir une bonne qualité de thérapie. Selon leurs dires, avoir un comportement d'une personne responsable est indispensable pour avoir bonne image et une réputation.

« *Les caractéristiques personnelles, comme la responsabilité, contribuent, aussi, à recruter de la clientèle. Ceci influence notre image et ceci permet d'avoir des retours positifs*» ((M. Ammar, praticien en Reiki, Coach, 35ans).

La réputation du thérapeute dépend aussi d'autres qualités personnelles, telles que l'écoute et la communication.

« C'est très important la réputation. Un praticien en Yoga doit avoir de la patience, doit savoir bien communiquer et échanger. Il faut travailler sur soi aussi pour instaurer une crédibilité. C'est comme ça que se passe et c'est comme ça qu'on doit gagner de la confiance et de la reconnaissance auprès des gens. La relation à soi-même est importante dans ce cas » (Entretien avec Mme Myriam, praticienne en Yoga, 32 ans).

C'est en effet, cette relation à soi-même qui permettrait d'instaurer une confiance et une crédibilité. Elle semble fortement fonder sur une qualité relationnelle associée au respect du demandeur de soins.

Ce que nous retenons

Malgré une interdiction de l'exercice des pratiques en SSNC sans diplômes de médecine, la plupart des thérapeutes tunisiens détournent cette interdiction en pratiquant des soins entendus au sens de bien-être. Dans ces domaines, ils peuvent construire leur expertise sur la base des formations proposées par les écoles privées, ce qui est, pour eux, associé à l'acquisition d'une légitimité institutionnelle. De plus, certains adhérant à des associations reconnaissent la place que jouent celles-ci dans la construction de leur savoir en SSNC. Cependant, d'autres thérapeutes reconnaissent moins le rôle des associations dans la garantie d'une reconnaissance, comme cela est le cas pour les thérapeutes français. On note, ici, que la quasi absence des associations et des efforts pour instaurer un lieu de partage et de soutien et pourquoi pas un lieu permettant une certification, rend les thérapeutes tunisiens moins soucieux à l'adhésion à certaines associations créées.

Enfin, certains considèrent que leur légitimité est en grande partie liée à une expertise construite sur la base « d'une attitude » professionnelle, du respect de l'éthique et surtout du savoir procédural. Ceci contribue à acquérir une légitimité que l'on considère comme pragmatique. Une telle légitimité est aussi acquise à travers une expertise construite par un apprentissage formel et un apprentissage sur le tas qui vient améliorer le savoir conceptuel.

Cette légitimité est aussi liée aux perceptions de la clientèle : un savoir métacognitif construit à partir de la relation à soi-même, met en lumière l'importance des qualités personnelles dans le recrutement de la clientèle. Ceci impliquerait aussi une qualité relationnelle associée au respect du malade.

Section 3. Le cas des chamans tunisiens

Introduction

Nous livrons ici des observations liées au terrain effectué à Tunis, mais aussi à notre vécu et nos propres consultations, ainsi qu'à l'expérience de nos proches, concernant la consultation de chaman. Notons de plus que nous avons vécu en immersion dans la culture de ce pays jusqu'à aujourd'hui. Le chamanisme, en Tunisie, recouvre d'après nous, trois catégories. La première catégorie la plus connue représente des chamans reliés à la religion, souvent appelés « cheikh » ou « meddeb ». Ils se distinguent par la maîtrise des principes religieux, tel que la connaissance de tous les versets du Coran ainsi que de leur piété, et enfin de la maîtrise des principes spirituels. La deuxième catégorie est tout autant ancrée dans la religion mais plus ouverte à d'autres types de soins et d'initiation dont la formation. En dehors de ces deux catégories, toutes autres personnes pratiquant les soins chamaniques est considérée comme charlatan (troisième catégorie), c'est-à-dire comme personne qui pratique des actes étranges et hétéroclites, parfois brusques pour arriver à soigner, sans ce que l'on soit assuré d'un résultat pour autant. En effet, en Tunisie à l'heure actuelle, pour consulter une première fois un chaman, il faut tenter sa chance. Cela signifie que l'on ne sait pas a priori sur qui nous allons tomber, chaman religieux authentique, chaman plus proche du modèle occidental en réémergence, ou charlatan, d'où l'importance du bouche à oreille. Reconnaître un chaman religieux lors d'une consultation ou par le bouche à oreille est cependant pas très difficile, car ces derniers ne pratiquent aucun rite sacrificiel (ce qui n'est pas le cas de certains chamans du troisième type) et utilisent des outils religieux connus par la majorité des demandeurs de soins. En même temps certains usagers pensent choisir des chamans religieux mais au final le savoir de ceux-ci est lié au charlatanisme et principalement à la magie ou au fait de prédire l'avenir, ce qui est une pratique interdite dans la religion musulmane. Par ailleurs, la pratique chamanique qui consiste à invoquer les alliés ou les « Jnouns » génère, auprès des certains usagers, une perte de crédibilité et de légitimité alors que pour d'autres usagers, leur savoir spécifique peu apporter une réponse appropriée à leur attente de soins. Ainsi, choisir un chaman dépend aussi du modèle culturel des « personnes » ou « malades » qui consultent, selon leurs mots pour désigner ce que nous appellerons les usagers.

Malgré l'importance de ces pratiques de soins chamaniques en Tunisie, on observe d'après les témoignages et pratiques dans notre entourage, une diminution du nombre de demande au profit des soins de santé en médecine conventionnelle. Toutefois, les chamans continuent à pratiquer et une demande persistent mais à un rythme moindre que des années passées.

Dans ce sens, nous cherchons à comprendre comment ces chamans acquièrent leur légitimité professionnelle en SSNC. Pour cela, compte tenu de nos propositions initiales, nous proposons d'étudier la dynamique de construction de leur expertise qui pourrait être différente, non seulement, de celle des thérapeutes et des médecins, mais aussi d'un type de chaman à un autre. Nous supposons que l'acquisition de leur légitimité professionnelle, vis-à-vis des clients, dépend, en premier lieu, des modes d'apprentissages d'un point de vue à la fois cognitif et social à la source de la construction de leur expertise. En effet, le passage d'un chaman novice vers un expert s'accompagnerait par un développement professionnel. Ce qui implique une construction d'une structure cognitive située socialement et dépendante des savoirs initiaux particuliers et de ceux nouvellement acquis et développés par les expériences dans la trajectoire de l'individu.

Ainsi, nous nous intéressons en premier lieu, à la manière dont ces chamans s'engagent dans l'exercice de la pratique des soins chamaniques à partir de leurs expériences initiales. Nous identifions, par la suite, la dynamique de construction de leur expertise et son lien avec l'acquisition de légitimité.

I. Pour mieux connaître le chaman

I.1. Des expériences professionnelles initiales diverses

Le parcours professionnel des chamans interviewés est constitué de diverses expériences professionnelles. Il s'ensuit, pour chacun, une richesse d'expériences, de savoirs et de compétences, pour des personnes âgées au moins de 55 ans. Ces expériences se situaient dans divers domaines professionnels, autres que sanitaire.

« J'étais propriétaire d'une usine de fabrication des cuirs. J'avais 53 employés. Du jour au lendemain ma vie est changée vers la pratique des soins chamaniques » (M. Tarik, 75 ans).

« Je travaillais dans le tourisme, j'avais un diplôme de chef cuisinier » (M. Aziz, 63 ans).

« J'ai obtenu un baccalauréat en gestion et j'ai travaillé dans le domaine des textiles pendant presque 6 ans » (Mme Faiza, 67 ans).

Toutefois, des situations diverses ont contribué à une reconversion professionnelle, elles sont liées à des événements spécifiques ou à des « appels » de nature divine. Ainsi, la bifurcation peut être considérée comme « quasi-volontaire » : d'une part, elle est générée à l'initiative du chaman, en réponse à une volonté d'engagement dans ce domaine, et d'autre part, elle est guidée par des dimensions religieuses et spirituelles en réponse à des « appels » divins. Ceci a conduit à un engagement dans une nouvelle orientation professionnelle et à la maîtrise de nouvelles compétences et de nouveaux savoirs chamaniques.

I.2. L'orientation dans les soins chamaniques : entre des messages divins et une adhésion forte à ce type de soins

La plupart des chamans interviewés déclarent que l'orientation vers les soins chamaniques est réalisée en réponse à des messages spécifiques (des rêves, sensibilité au monde,...), d'ordre divin, amenant une bifurcation professionnellement. Cet événement est considéré pour les chamans interviewés comme un « appel » aux changements et une « annonce » vers l'engagement dans un nouveau monde. Ainsi, pour la plupart des chamans c'est « la volonté divine » qui a généré une rupture professionnelle et qui a fait appel à l'ouverture à d'autres réalités.

« J'ai senti soudainement un intense changement, Dieu m'a appelée » (Mme Faiza, 67 ans).

« Tout au long d'une période de presque deux mois, je recevais des messages » (M. Hassen, 63 ans).

« Moi ça a commencé par un rêve, ... puis à l'époque, presque chaque vendredi, dans cette petite pièce, je rentre et je trouve des versets du Coran écrits sur les murs ou par terre. Je ne peux pas vous décrire mon sentiment. C'est des choses difficiles à comprendre » (M. Tarik, 75 ans).

Pour ces chamans, la notion de « choix » n'existe même pas, puisque l'exercice de la pratique représente un « don » divin initial. Ceci génère chez le chaman une sorte de fierté.

« Dieu dans son morceau de Coran a dit qu'il choisit ce qu'il veut de sa création. Donc, il lui donne une sagesse et le bénit » (M. Tarik, 75 ans).

Cependant, deux chamans déclarent que l'engagement vers les soins chamaniques est lié à leur croyance en ce domaine et à l'efficacité de ces soins chamaniques. Ils disent qu'ils se sentaient capables d'exceller dans ce domaine. Il s'agit d'un ressenti de la possession de qualités extraordinaires.

« Je n'étais pas sensibilisée par aucune expérience, j'ai commencé à exercer parce que tout simplement je crois en ces pratiques » (Mme Aicha, 57 ans).

« J'étais dans le tourisme, mais ce monde me passionne depuis longtemps. Je l'adorais depuis que j'avais 17 ans. J'ai voulu le découvrir, surtout que je me sentais capable d'exceller. Je sentais que j'avais des facultés extraordinaires » (M. Aziz, 69 ans).

Ainsi, l'engagement dans le chamanisme dépend, essentiellement de l'idée qu'ils se font de leurs qualités extraordinaires héritées, mais aussi d'une forte adhésion, en raison d'une croyance profonde en l'efficacité de ces pratiques. Agissant comme logique de l'évidence, cette adhésion à l'efficacité de ces soins et ces appels divins ont conduit les chamans à s'engager dans une démarche de construction d'un savoir à la fois spirituel et technique marquant leur expertise. Si certains se sont contentés des aides divines pour s'engager dans un apprentissage autodirigé d'autres ont choisi de suivre un apprentissage dans des écoles de formation.

II. Différentes sortes d'apprentissages sources de construction du savoir chamanique

II.1. Un apprentissage autodirigé soutenu par des vocations

Dans l'engagement au monde chamanique, une forme de savoir est acquise en amont, à partir d'une forte croyance en la religion et en Dieu, car même ceux qui ne développent pas, à priori, une adhésion aux soins chamaniques, déclarent qu'ils sont religieux. On peut ainsi comprendre que la croyance précède le savoir technique et représente un élément incitateur à l'acquisition de ce savoir technique. Dans ce cadre, notons qu'une fois le sentiment de vocation manifesté, le chaman, considéré comme novice dans le monde chamanique, cherche encore à apprendre davantage et à s'ouvrir à de nouvelles réalités spirituelles, avant même un apprentissage technique mais probablement en appui à cet apprentissage. Cette vocation engage les chamans à passer d'un état de conscience à un autre, ce qui est apparu difficile pour certains.

« La vocation était quand même difficile, je suis resté 6 mois sans faire bouger mes bras. La première chose que j'ai faite, c'est de faire une Ruqia sur moi-même, en se référant aux versets parlant des puissances et de l'unicité de Dieu et des versets parlant de la magie. Et depuis pendant les 3 ou 4 années suivantes, je ne soignais qu'à travers la Ruqia » (M. Tarik, 75 ans).

Ainsi, avec l'émergence de cette vocation, il s'ensuit une première phase d'initiation autodirigée reposant sur un ensemble d'efforts autonomes, au premier abord, effectués sur soi. Précisons ici que la Ruqiya sont des psalmodies à effet thérapeutique et exorcisant. Elle est un ensemble de techniques religieuses qui consistent à remédier aux maladies dans la médecine prophétique.

Il existerait deux formes de Ruqiya dans la culture de l'islam, une *Ruqiya shariyya* autorisée par l'orthodoxie religieuse, c'est-à-dire canonique et une *Ruqiya shaytâniyya*, c'est-à-dire satanique mélangeant religieux et sorcellerie, exclue et condamnée par l'orthodoxie. Les fondements principaux de la Ruqiya sont donc des pratiques du Prophète de l'islam, Muhammad, qu'il aurait codifié à travers plusieurs paroles consignées dans des *hadîths*, légués et répertoriés comme tels Hamès, (2007, p. 390).

Pour ce chaman, durant cette phase, il y a souvent une forme d'examen qui consiste à évaluer les habiletés et le degré de résistance du chaman, face à des moments difficiles. Ce dernier dit qu'il était prêt à subir des épreuves et vivre des expériences extrêmement difficiles, afin d'arriver à répondre convenablement à ces appels. Traditionnellement, le chamanisme traduit une expérience dure physiquement et spirituellement.

« J'ai passé une forme d'examen que je l'ai réussi. C'était une forme de menace dans mon rêve. Tout s'est passé dans ce rêve. Donc si je riposte, ils me donnent la faculté de soigner les gens, sinon ils vont me faire mal. Moi j'ai bien résisté » (M. Tarik, 75 ans).

Ce chaman explicite qu'en étant encore novice, son rôle consistait, durant cette période que l'on pourrait qualifier d'initiatique, à être éprouvé mais aussi à recevoir du savoir.

« Quand je reçois le traitement je ne le connais pas. Je ne connais ni plantes, ni huiles essentielles, plus rien » (M. Hassen, 75 ans).

« Je reçois presque tous les vendredis dans cette pièces des versets et des messages d'encouragements écrits sur les murs et le sol. Parfois, quand je suis hésitant ou perdu je recevais des signes et des messages me dirigeant. Par exemple, pendant 6 mois je n'ai rien reçu, je commençais à m'inquiéter et à avoir peur. Au bout de quelques jours je suis rentré dans ma petite pièce et j'ai vu un message me disant : « Dieu est avec toi et te guidera » » (M. Tarik, 75 ans).

Ce chaman en particulier, déclare que pendant ses rêves, il recevait les soins de santé correspondants à différentes maladies. Cela signifie pour lui que les connaissances détenues de Dieu lui sont transmises directement afin qu'il puisse en faire bénéficier aux personnes qui le consultent. Ces savoirs, qui ont participé à la construction de son expertise, ont été mémorisés et transcrits dans un simple carnet.

« Ça a commencé par un rêve, où je reçois presque chaque nuit les traitements nécessaires à chaque maladie. Moi je me couche en état de pureté, après avoir fait la prière, ensuite je commence à avoir des rêves contenant les traitements nécessaires. Après je me lève pour l'enregistrer dans ce cahier. A titre d'exemple vous trouvez des traitements pour la sinusite, pour l'hypertension, pour le diabète... » (M. Tarik, 75 ans).

Même si le passage d'un état de conscience à un autre était difficile, certains chamans déclarent que ce changement était aussi une source de purification du corps et de l'esprit, accompagné d'un soulagement ou d'un sentiment de plaisir.

« Cela m'a soulagé, et depuis j'avais besoin de lire pour purifier mon corps et mon esprit » (M. Tarik, 75 ans).

« Cela m'a fait plaisir aussi » (M. Hassen, 63 ans).

Le développement des facultés requises nécessite aussi des efforts autonomes afin de construire des savoirs experts dans ce domaine. Le perfectionnement suscite, pour certains, un apprentissage des grands principes religieux. En effet, les chamans déclarent que l'initiation au chamanisme est renforcée par un auto-apprentissage à travers des lectures de livres contenant les bienfaits des plantes et surtout à travers une lecture ésotérique du Coran. Rappelons ici, que les textes religieux, écrits dans un jargon spécial (et cela depuis les années 675) sont souvent difficiles à appréhender, ce qui nécessite du temps pour le décodage pour une explicitation et une compréhension du sens dans ces écrits.

« Quand j'ai eu ma vocation, j'ai commencé à lire des livres [coraniques] sur les bienfaits des plantes, mais surtout j'ai commencé à expliciter le sens de plusieurs versets. J'ai commencé à lire et relire les morceaux de Coran, j'ai consulté tous les écrits religieux » (M. Hassen, 63 ans).

« Je comprenais bien ce que les textes religieux disent, mais j'ai voulu plus comprendre et savoir les détails. Je me suis référé aux livres d'explication des textes religieux » (M. Tarik, 75 ans).

Le décodage de ces écrits religieux permet de les expliciter pour faciliter leur compréhension et leur usage dans les soins. Notons à ce niveau qu'une fois le savoir nécessaire est codifié, le travail du chaman sera plus personnel, pour assurer progressivement la construction de son expertise. A partir de ces bases divines, il élabore son propre savoir technique pour établir un nouveau soin chamanique, devenant au fur et à mesure plus habile et plus expérimenté.

« Je travaille comme si j'étais dans un laboratoire pharmaceutique. Par exemple pour un traitement spécifique, j'utilise telle plante, bien sûr avec dosage, mélangé avec des grains ou des huiles essentielles ou du miel. Tout est mesuré et dosé » (M. Tarik, 75 ans).

« Je mobilise mon savoir religieux, accompagné d'un soin naturel, à base de plantes ou d'huiles essentielles, pour soigner différentes maladies. On trouve aussi des versets spécifiques à différentes maladies, donc parmi les 6666 versets, il faut savoir distinguer ceux spécifiques à telle maladie, ceux spécifiques à tel problème ... » (M. Skander, 73 ans).

« Il faut bien se référer aux textes religieux et bien les comprendre et surtout faire les liens entre les versets. Moi j'ai mobilisé les versets du Coran et les morceaux de « hadîths ». A titre d'exemple, je me base sur quelques versets du Coran et je prends appui sur des « hadîths », pour soigner surtout les esprits. Parfois, je peux mobiliser tout ça avec les plantes nécessaires pour le soin du corps et de l'esprit.» (M. Hassen, 63 ans).

On comprend à partir des verbatims ci-dessus, que les chamans développent leur savoir à partir des écrits religieux se trouvant dans le « Coran » ou dans les paroles du prophète codifiées dans des livres. Ces paroles consignées sont connues sous le nom de « hadîths » comme précisé précédemment. Elles sont enregistrées dans six sortes de sources, mais les plus connues sont au nombre de deux :

- l'érudit Mouhammad al-Boukhari qui regroupe l'ensemble des « hadîths » dans un livre, connu sous le nom de Sahih Al-Boukhari, considéré parmi les livres les plus sacrés et fiables. Ce livre contient l'ensemble des actes du prophète « Mohamed » relatifs à sa vie, et qui constituent, en quelque sorte, des lignes de conduite et des recommandations à suivre (Bukharim, 1993).
- Le *Sahih Muslim*, ce livre est considéré dans le milieu sunnite comme la deuxième collection de hadîths après le plus authentique Sahih al-Boukhari.

Soulignons encore que ce travail qui révèle la manière dont l'expertise de ces chamans est construite, implique un fort investissement personnel. Les chamans interviewés nous ont confirmé que la codification des écrits nécessite du temps, des ressources et de l'énergie.

« J'ai passé du temps à bien comprendre les différent versets, à les catégoriser, car on peut trouver plusieurs versets pour un seul problème. L'objectif est soit de rappeler les manières de faire soit de montrer qu'il existe différentes manières de faire. Ce travail n'était pas facile, j'ai passé même des nuits à travailler sur cela. J'ai travaillé sur la combinaison entre le savoir relevant du Coran et ceux concernant les paroles prophétiques » (M. Hassen, 63 ans).

Manifestement, devenir chaman avec une expertise en médecine prophétique est réservé à des personnes possédant des caractéristiques spécifiques. Certains ont vécu des expériences extrêmement difficiles. Celles-ci sont perçues comme des mises à l'épreuve qui permettent de pouvoir répondre à la mission confiée et être une personne au service de l'autre, disposant d'une certaine sagesse et de savoir pour pratiquer cette médecine. Ce savoir, est développé et amélioré

par des apprentissages autodirigés, afin d'offrir un soin de qualité. En particulier, les chamans ayant reçu des facultés divines et des savoirs en soins qui apparaissent déjà précis, poursuivent le développement de leur savoir technique surtout par des efforts autonome personnels. Nous notons une exception concernant deux cas de chamans où l'initiation aux soins chamaniques s'est faite dans le cadre de formations présentées par des écoles à l'étranger.

II.2. Un apprentissage à l'étranger dans des écoles de formations

Pour être capables d'exercer leur art et arriver à construire leur expertise, certains chamans ont choisi d'être initiés dans des écoles de formations. La durée de ces apprentissages s'étale entre 8 mois et 5 ans. En fait, les chamans en formation choisissent la durée de la formation d'après ce qu'ils jugent nécessaire en termes de savoir à acquérir.

Notons qu'en Tunisie, il n'existe ni d'écoles de formations ni de centres d'initiation aux soins chamaniques, ni de centres d'instruction des grands principes de la religion islamique. Exception faite des instituts supérieurs de la civilisation islamique qui sont au nombre de deux et qui relèvent de l'enseignement supérieur.

Dans la plupart des cas, les chamans se rendent au Maroc pour l'initiation à ces soins chamaniques, car ce pays est considéré dans le monde arabe, comme le pays le plus réputé en la matière.

« En 1985, j'ai décidé d'apprendre, je suis allée au Maroc et j'ai intégré l'institut supérieur à Agadir, j'ai appris pendant 5 ans, dont 3 ans d'apprentissage des soins à base des plantes. J'ai suivi un apprentissage nécessaire à l'extraction des huiles et à la méthode de préparation des formules » (Mme Faiza, 57 ans).

« Je suis le doyen des spirituels, le professeur international, j'ai appris au Maroc ça fait plus de 34 ans » (M. Aziz, 69 ans).

Les chamans qui ont reçu des formations reconnaissent la place de ces écoles dans l'apprentissage des bases en soins chamaniques, mais expriment que l'amélioration de leur faculté a nécessité des efforts bien autonomes. Ils réalisent ainsi un apprentissage autodirigé pour construire des savoirs experts nécessaires à ce qu'ils estiment être la bonne pratique du chamanisme selon la norme religieuse traditionnelle.

« C'est à nous d'apprendre la manière de mélanger les formules, d'apprendre des expériences et de savoir comment établir de bonnes relations avec les patients. » (Mme Faiza, 57 ans).

En absence de lieux de formations, le Maroc est considéré comme le lieu privilégié pour se former aux soins chamaniques. La Tunisie interdit toute forme d'apprentissage chamanique et toute forme d'apprentissage des principes de la religion, sauf pour un apprentissage dans le cadre des formations relevant de l'enseignement supérieur.

Toutefois, le soin donné et amélioré au fur et mesure, nécessite la mobilisation d'outils appropriés et spécifiques.

II.3. Des outils chamaniques spécifiques

L'apprentissage chamanique se traduit par un engagement réel dans la pratique des soins chamaniques, ce qui requiert une utilisation d'outils spécifiques.

« Je prends appui dans la préparation du « Hirez » sur les versets¹⁶ du Coran, pour cela j'utilise la plume en bois et de l'encre spirituelle que je prépare tout seul » (M. Tarik, 75 ans).

« C'est [Hirez] un moyen pour guérir, c'est l'un des outils les plus efficaces, il contient des paroles sacrées et constitue une forme de protection pour le malade » (M. Skander, 73 ans).

Les encres sont préparées à base de plantes et de produits naturels, et le « Hirez » constitue le moyen de guérison. Il s'agit d'une feuille de papier contenant des versets du Coran spécifiques au problème à traiter que le client doit garder sur lui pendant une longue période comme une protection contre le mal. Rappelons que dans le Coran il existe des morceaux de textes renseignant sur quelques maladies. Cependant, certains chamans ont reçu explicitement en message ou vision pour différentes maladies, les versets nécessaires.

L'utilisation des outils dépend des cas à traiter.

« Si le traitement nécessite un soin spirituel, je mets mes mains sur la tête de la personne et je commence à lire des morceaux de Coran, et à la fin des Doaa [supplications de Dieu pour la guérison]. » (M. Hassen, 63 ans).

Certains chamans qui ont appris dans des écoles de formations à l'étranger n'utilisent pas les moyens « traditionnellement » utilisés par les autres chamans à savoir le « Hirez », mais se considèrent comme des chamans religieux à travers la mobilisation des outils religieux tels que le Ruqiya et l'utilisation des soins naturels à base des plantes.

¹⁶Les versets appelés « Äya » représentent un petit paragraphe ou une phrase formant une sous partie à l'intérieur d'un chapitre appelé « Surat ».

« Tout dépend de la nature de problème à traiter, quand cela relève de la spiritualité souvent j'utilise le Ruqiya. Mais quand il s'agit d'autres soucis de santé tel que la stérilité, l'hypertension, l'impuissance sexuelle ou autres, j'utilise les plantes » (M. Aziz, 69 ans)

On note ici que la différence de légitimité entre les chamans s'établie à partir de la manière de construire l'expertise. Les chamans disposant d'un savoir issu d'ordre divin gagnent plus de crédibilité et de reconnaissances dans la société tunisienne que ceux apprenant dans le cadre des écoles et de formations. Les deux premières catégories de chamans nous déclarent qu'ils sont souvent obligés de rappeler à leurs clients que leur savoir est issue d'un ordre divin, ceci notamment dans l'objectif de gagner une crédibilité et de justifier leur savoir.

On rappelle ici que c'est à partir d'efforts autonomes d'apprentissage, que le chaman s'engage dans la pratique de soins. Ces efforts portent aussi sur l'utilisation d'outils spécifiques qui constituent le fondement pour l'offre de soins de qualité.

Cependant, en fonction des outils ou techniques de soins utilisés, on peut distinguer les deux premières catégories de chamans se déclarant spécialiste en spiritualité et religion. En plus d'un savoir prophétique approfondi, nous distinguons souvent, en Tunisie, les chamans religieux par les outils utilisés tels que décrits au-dessus, mais aussi par leur espace de travail. Un chaman religieux est caractérisé par la simplicité de la salle de « soins » et la simplicité des outils visibles dans cet espace : on trouve souvent des livres religieux dans la salle et un très simple petit bureau (ou une table). Par contre les autres chamans (plus à l'occidentale), qui se considèrent aussi comme religieux se particularisent par la « modernité » en termes d'aménagement des endroits de soins et de la nature des soins utilisés. Souvent l'outil de référence et de distinction du chaman religieux vis-à-vis des autres catégories est le « Hirez ». Même les chamans de type occidentalisé qui déclarent soigner à partir d'éléments religieux, n'utilisent pas cet outil. Même si lors de nos entretiens, ces chamans occidentalisés ont évoqué l'importance de la religion dans les soins des maladies, nous avons le sentiment qu'ils cherchaient à se légitimer vis à vis de la première catégorie de chamans. Nous constatons que ces chamans se réfèrent à la religion pour garantir une crédibilité et surtout une légitimité professionnelle. Cependant, en rentrant dans leur bureau et en se renseignant auprès des clients (dans la salle d'attente), il nous apparaît que certains soignent à l'aide de plusieurs techniques : religieuses, spirituelles et parfois autres. Sur ce dernier point, certains patients disent que pour le besoin de soin des esprits et des éléments spirituels, lié par exemple à la possession démoniaque, le soin apporté par cette deuxième catégorie de chaman, ne relève pas seulement de la religion. Toutefois on ne peut pas prouver

cela car dans les entretiens, les chamans insistent sur la place des moyens naturels et religieux dans l'offre de soins.

Finalement, pour attester de leur savoir chamanique, les chamans en général affirment qu'ils disposent de qualités surprenantes et d'éléments de visions extraordinaires, ce qui contribue à construire dans les différents cas une légitimité charismatique.

III. Une légitimité charismatique fondée sur des aptitudes exceptionnelles

L'analyse des entretiens montre que la possession de qualités extraordinaires est considérée comme un don émanant d'une volonté divine et constitue le fondement de l'acquisition d'une légitimité à caractère sacré. Les chamans déclarent que leur légitimité est évidente et ne peut en aucun cas être jugée. Ils avancent que celle-ci repose sur la soumission au caractère sacré et à la valeur exemplaire qu'ils véhiculent. Ainsi, c'est essentiellement de la bénédiction effectuée par Dieu qu'ils tirent une légitimité charismatique.

« Les patients ne peuvent pas nous évaluer ou nous juger, on est des êtres reconnus dans les textes religieux. Dieu dit qu'il donne la « sagesse » à celui qui veut et celui qui en détient, il a toutes les bénédictions. Donc on attend aucun jugement vu qu'on est légitime par un ordre sacré » (M. Hassen, 63 ans).

« Dieu nous a choisis, notre savoir nous appartient oui. En fin de compte c'est lui qui m'a donné cette faculté, d'avoir un savoir sacré » (Mme Faiza, 67 ans).

« Ces qualités que l'on dispose ne peuvent en aucun cas être jugées. C'est vrai qu'on a été formés mais l'origine de nos savoirs est d'ordre divin. Dieu nous a préféré et nous a donné ce savoir...Le spécialiste spirituel est déjà évoqué dans le Coran. Il se diffère des autres notamment le « voyant », le « Azzam » et de la sorcellerie, car il est béni de Dieu. Donc on n'attend aucune reconnaissance des gens » (M. Aziz, 69 ans).

Fortement convaincus que leur savoir est issu d'une attribution divine, les chamans ne cherchent pas à se justifier auprès des usagers. Ils disent que le recours à ces soins dépend, en fait, de la conviction des demandeurs de soins en ce qui concerne l'efficacité de ces soins et surtout de la foi de ceux-ci en des principes religieux.

« Ça fait presque 25 ans que j'exerce, au début je reçois dans mes rêves les soins de chaque maladie. Et je me lève, j'avais la faculté de mémoriser tout, j'écris tout dans ce cahier qui paraît très simple mais tout mon savoir est dedans, il date de plus de 25 ans. Moi je dis j'ai un

savoir, oui. Mais Dieu m'a choisi pour aider les gens. Je n'ai pas à me justifier. Après tout dépend des gens. Certains ne sont pas convaincus. D'autres, au contraire, sont bien convaincus, parce que j'ai la preuve des choses et de mon travail. Les gens qui sont convaincus sont souvent ceux qui ont une grande foi en Dieu et en ses facultés. » (M. Tarik, 75 ans).

Les caractéristiques exceptionnelles du chaman qu'ils déclarent issues de forces divines, et qu'il met en scène pour s'écarter de l'ordre du quotidien, à l'intention des personnes le consultant, , contribuent à garantir une crédibilité et une confiance. Ceci permet au chaman, doté de forces et de caractères surnaturels inaccessibles à presque tous, d'acquérir une légitimité charismatique.

Cependant, cela ne suffit pas, il faut faire la preuve de ce don extraordinaire dans la pratique de soins. Les chamans veillent donc à offrir des soins chamaniques personnalisés et de qualité selon leur propre norme, afin de satisfaire les patients et acquérir une légitimité que nous appelons en conséquence pragmatique.

IV. Une expérience professionnelle source d'acquisition d'une légitimité pragmatique

Les chamans se considèrent comme « armés » par l'expérience. Celle-ci se développe à partir des années de pratique et permet une amélioration continue des savoirs conceptuels (ou théoriques) et procéduraux qui apparaissent ici sous forme de savoir religieux déclinés en techniques avec l'usage d'outils. L'expérience contribue à la construction de leur expertise en soins chamaniques dans le sens où une part principale de l'expertise en SSNC est issue du processus d'auto-apprentissage par l'expérience où interagissent le niveau conceptuel (décodage de paroles, messages ou formation en école) et le niveau procédural de leur mise en œuvre.

« Ça fait plus que 30 ans que j'exerce, j'ai commencé au début des années 1980, j'apprends toujours et ces années d'exercice m'ont beaucoup apporté sur tous les niveaux ; professionnel, personnel et relationnel. Déjà je suis le seul, le plus connu, qui soigne la possession démoniaque » (M. Skander, 73 ans).

« Dans toute formation professionnelle, ils ne nous donnent que les bases. Moi j'ai bien approfondi mon savoir par des techniques sur terrain. Maintenant j'ai plus de 28 ans dans ces pratiques » (Mme Faiza, 57 ans).

L'expertise des chamans se développant par la pratique, certains arrivent à innover et à créer des traitements à base des plantes. Ils soulignent que la combinaison de leur savoir théorique et procédural leur a permis de mettre en place des traitements efficaces pour quelques maladies chroniques, où la médecine conventionnelle a montré son incapacité à les traiter. Ces chamans expriment l'importance de leur savoir avec une grande fierté renseignant sur un fort sentiment d'auto-efficacité.

« J'ai su comment utiliser les plantes, et les formules correspondante pour mettre en place un traitement pour l'hépatite. Cela demande des connaissances et de la pratique aussi. Mais Dieu merci, il m'a aidé à créer le traitement efficace. J'ai appris, au début, par la théorie qui m'a donnée juste le nécessaire et après c'est le terrain qui m'a permis d'acquérir du savoir-faire et d'autres savoir qui porte surtout sur le niveau relationnel. Ceci est certes grâce à l'expérience puisque j'ai plus de 26 ans dans ce domaine » (M. Aziz, 69 ans).

Ces expériences participent à la construction de l'expertise du chaman et contribuent à la mise en place d'un soin de qualité, générant une satisfaction des clients et débouchant sur une légitimité pragmatique. Dans ce cadre les chamans présentent des traitements personnalisés non universels, en fonction des maladies à traiter ou des problèmes à résoudre. Ceci témoigne d'une prise en compte des intérêts des patients par l'offre de soins convenables, en fonction des maladies et de ce que le client estime devoir obtenir comme résultat.

« De mon point de vue, chaque personne est différente, ce qui fonctionne avec une, ne fonctionnera pas forcément avec une autre » (M. Hassen, 63 ans).

« Je me base souvent sur des écrits religieux, ou des plantes, soit je les achète soit je demande à la personne de les apporter, et le plus important c'est l'application. Il faut savoir quand et comment appliquer la préparation. Je rajoute aussi que tout dépend du type des problèmes et des actions à mobiliser, il y en a certains qui nécessitent plus d'efforts personnels et une forte mobilisation de mon savoir-faire pour bien savoir quel outil utiliser, d'autres cas sont simples et n'exigent pas tant d'efforts» (M. Tarik, 75 ans).

«Je fais des préparations pour chaque personne souffrante de maladies. Bien sûr les préparations ne sont pas standards. Pour chaque problème il faut des textes, des paroles et des préparations spécifiques » (Mme, Faiza, 67 ans).

« Pour moi il existe deux catégories de maladies : des maux causés par les Djinns, qui nécessitent des traitements spécifiques pour lesquels je prépare les différents versets du Coran, car ce mal ne disparaît que grâce à ça. De plus je ne peux pas guérir à distance, il faut que le malade vienne me voir. Car souvent cela demande d'autres types de soins. De plus il y a les maladies normales, genre des maux de dos, des maux de têtes, des fatigues et des maladies chroniques, et là en fonction du degré de gravité, je fais des préparations spécifiques » (M. Skander, 73 ans).

On note, ici, que la culture joue un rôle prépondérant dans le recours aux soins chamaniques. Cependant, les chamans déclarent que la réussite des soins est conditionnée par le patient, par son engagement dans les actes de soins et surtout par l'intention qui anime sa volonté de se soigner par ces techniques.

« Je ne vous cache pas, nous on fait notre travail, mais la réussite du soin dépend largement du patient et de son intention qu'il amène vers ce soin. Aussi cela dépend de la confiance en Dieu et dans le credo islamique. » (M. Tarik, 75 ans)

La légitimité est aussi associée à l'environnement social du demandeur de soins, dans lequel le chaman peut bénéficier de confiance et de crédibilité en fonction de sa capacité à répondre aux exigences et à la demande des personnes qui l'ont consulté.

V. Une expertise reconnue de façon tacite par des membres du corps médical dominant

En parlant de leur sentiment d'efficacité en soins chamanique, certains chamans mettent en évidence les limites du savoir médical allopathique y compris dans des maladies graves. Même s'ils sont vus comme des concurrents illégitimes par les médecins, les chamans se sentent d'autant plus légitimes à partir de leur savoir-faire que de nombreux médecins les consultent. Ils évoquent ainsi, leurs réussites dans le soin de plusieurs maladies. Dans le même temps, ils mettent en cause l'incapacité de la médecine conventionnelle à soigner certaines maladies graves. .

« J'ai préparé un traitement pour l'hépatite pour lequel, jusqu'à maintenant, la médecine n'a pas trouvé de traitement médical efficace. Moi mon traitement, je vous le garanti il est à 100% naturel et à 100% efficace » (M. Aziz, 69 ans).

« Il y avait un qui est venu me voir, il vient de sortir d'un hôpital de pneumo-phtisiologie. Il avait les poumons carrément perforé. Je l'ai mis sur un matelas, je lui ai fait la Ruqiya et je lui ai donné quelque traitement à base de plantes. Maintenant ça fait 11 ans que je l'ai soigné. Quand il est revenu à l'hôpital pour faire le contrôle, les médecins étaient surpris. Ses poumons sont devenus sains. » (M. Tarik, 75 ans).

Pour montrer la pertinence de son savoir et pour prouver sa légitimité, notamment par rapport au savoir médical, ce chaman nous déclare qu'il soigne aussi des médecins ; ce qui suggère une légitimité pragmatique forte.

« Depuis que j'ai commencé dans ce domaine, maintenant cela fait 25 ans, j'ai soigné presque 800 médecins. Dernièrement un médecin, aujourd'hui elle a deux enfants. Elle est venue pour se soigner contre la stérilité. » (M. Tarik, 75 ans).

Le chaman ici nous affirme qu'il a soigné même des médecins touchés par des maladies pour lesquelles ils sont eux-même des spécialistes.

« Pour le cancer du sein, j'ai eu un médecin oncologue et elle-même était touché par cette maladie. Elle est venue accompagnée de son mari, médecin aussi, qui au début me regardait bizarrement. Pour elle, je lui ai fait la Ruqiya et je lui ai fait une préparation à base de plantes qu'elle mettait localement sur le sein. Et bah, après quelques jours cette tumeur est sortie du mamelon du sein sous forme de pus. Ça c'est un cas parmi les centaines de cas que j'ai traité. » (M. Tarik, 75 ans)

En parlant de leur pratique, les chamans mettent en avant les limites du savoir du corps professionnel médical et le fait que même ce corps se retourne vers eux pour obtenir des soins dans des situations graves. On comprend également, à partir de l'analyse des entretiens, que selon les chamans, les clients sont prêts à recevoir des soins non remboursés afin de bénéficier d'une offre de soins de qualité différente de l'allopathie qui a montré des limites pour plusieurs maladies ou cas de malades.

Ce que nous retenons

Devenir chaman, en Tunisie, dépend de la croyance en l'efficacité de cette activité mais aussi et surtout de la volonté divine de désigner la bonne personne pour que celle-ci s'engage dans ce type de soins. Pour ces chamans, ce choix divin se porte sur la bonne personne pour accomplir correctement une mission qui exige d'être au service des autres. Le sentiment d'évidence dans le fait d'être choisi, les a poussés à s'engager dans un apprentissage chamanique. Il s'agit d'un apprentissage qui consiste à passer du rôle relativement passif d'un apprenti récepteur à un acteur capable de diriger son apprentissage et d'aller chercher les éléments nécessaires pour pratiquer de manière authentique les soins chamaniques.

La légitimité des chamans est fondée en premier lieu sur des mérites qui apparaissent sous forme de « *don* » et qui débouche sur la disposition de qualités extraordinaires contribuant ainsi à l'acquisition d'une légitimité charismatique. De plus, leur légitimité est acquise sur la base d'un apprentissage sur le tas, sous forme d'expériences articulant concepts et procédures ou techniques, contribuant à la satisfaction des demandeurs de soins et à l'acquisition d'une légitimité pragmatique. Aussi, derrière la dénonciation de l'inefficacité de la médecine allopathique se cache un apprentissage sur le tas très important agissant sur les résultats des soins offerts par les chamans.

Ainsi, cette légitimité sacrée ou charismatique, évidente, non justifiable, appelle cependant la recherche d'une légitimité pragmatique acquise à travers les apprentissages cherchant la satisfaction des usagers par une offre de soins personnalisés. Cependant, ces chamans ne se réfèrent pas explicitement à l'acquisition de cette légitimité pragmatique car ils se considèrent comme des individus exceptionnels, talentueux et doués d'un charisme.

CHAPITRE 6 : Discussion

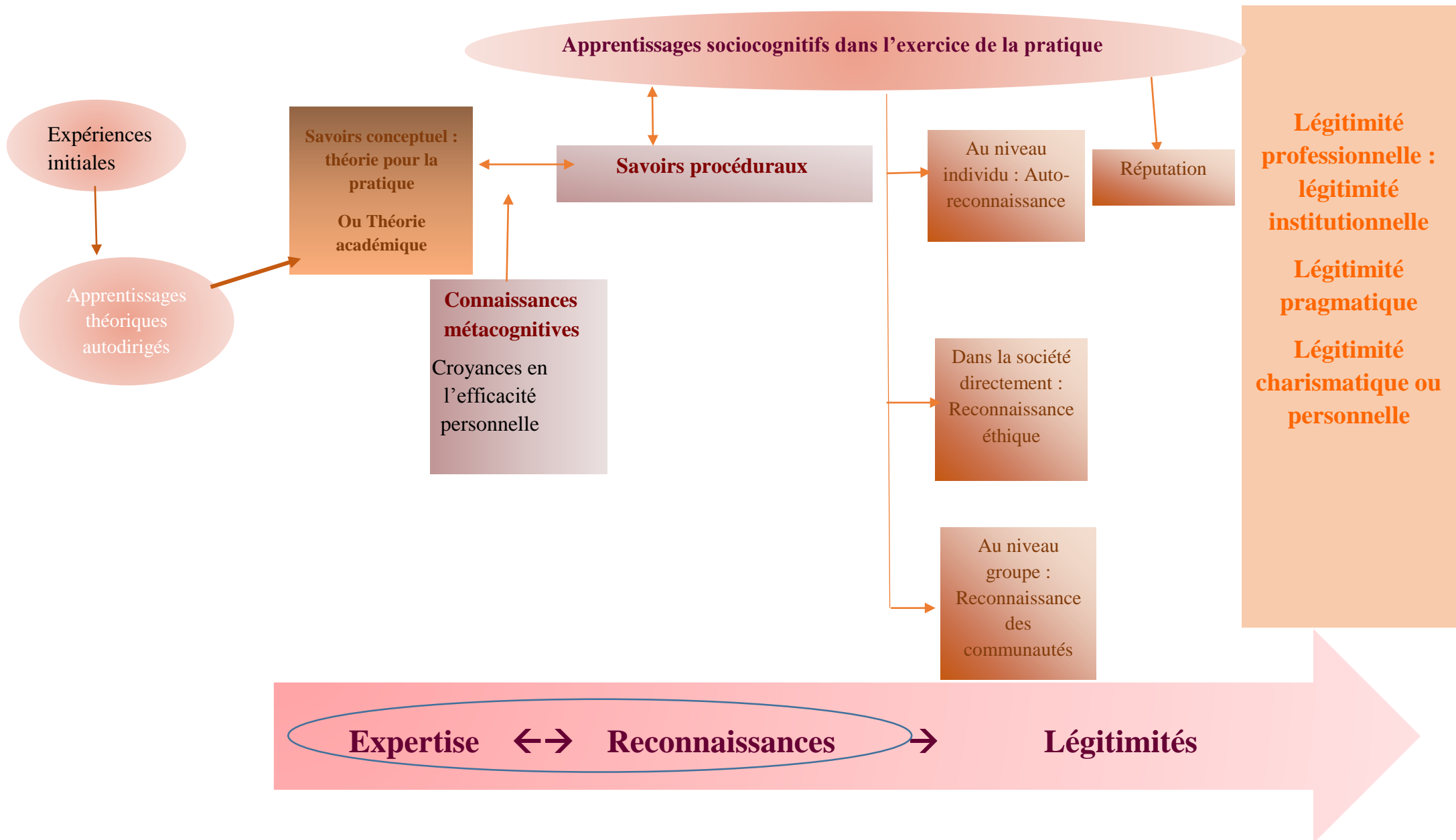
Cette recherche propose une contribution à la compréhension de la dynamique de construction d'expertise chez les praticiens en SSNC, en France et en Tunisie et ses implications sur la légitimité professionnelle en particulier sur des segments d'activité non reconnus par la sécurité sociale. Plus particulièrement, nous nous sommes intéressés aux implications de cette construction d'expertise sur les formes de légitimité professionnelle, à partir des différents parcours d'activité et d'apprentissage des praticiens indépendants. Cette focale s'explique à partir du moment où l'on conçoit la légitimité professionnelle de l'individu, généralement liée à son groupe d'appartenance professionnelle, comme quelque chose qui ne va pas de soi selon les profils et parcours de praticiens indépendants étudiés.

Selon que la reconnaissance sociale et l'acquisition des connaissances sont inscrites dans des cadres très institutionnalisés, ou faiblement institutionnalisés, ou pas du tout institutionnalisés les résultats mettent en évidence différents cheminements débouchant sur différents types de légitimités professionnelles. De plus, les résultats suggèrent que les différences d'acquisition de légitimités s'ancrent dans des différences de parcours de construction de l'expertise qui ont leurs spécificités sociétales selon les segments étudiés. Dans ce chapitre, nous tenterons de synthétiser ces résultats en les mettant en perspective avec les éléments de la littérature mobilisés précédemment. Rappelons que le courant théorique sur la légitimité professionnelle, s'inspirant de la sociologie des professions, n'a pas cherché spécialement à articuler l'acquisition d'une légitimité professionnelle au parcours d'apprentissage et de construction d'expertise pour des personnes plutôt isolées et en dehors du salariat ou de corporations. C'est pourquoi ce premier courant théorique mobilisé est complété par le courant théorique s'intéressant, en sciences de gestion, à l'expert et à l'expertise ainsi qu'au mode d'apprentissage et de construction de l'expertise en entrepreneuriat. La mobilisation de la notion d'entrepreneuriat utilisée dans une perspective d'apprentissage, nous apparaissant légitime pour saisir la construction de l'activité de ces professions indépendantes qui ont à la fois à se lier à des pairs et à créer leur clientèle, ou patientèle, dans des cadres faiblement régulés d'un point de vue législatif-institutionnel.

Cette synthèse et discussion des résultats sont confrontées à notre modèle d'analyse et aux courants théoriques mobilisés.

Tout d'abord, nous synthétisons les expériences initiales à l'origine de l'engagement dans les pratiques des SSNC, considérés aux fondements de la construction de l'expertise. Nous synthétisons ensuite la dynamique de construction d'expertise dans le domaine des SSNC pour chaque groupe de praticiens exerçant dans ce domaine. Nous discutons pour chaque groupe ou segment d'activité (médecin, thérapeutes et chamans) cette dynamique et sa contribution à l'acquisition de légitimité chez ces praticiens.

Nous rappelons ci-après le modèle que nous avons proposé en fin de partie théorique.



P1 : L'expérience initiale du praticien novice est source d'engagement dans l'apprentissage des SSNC

P2 : L'apprentissage théorique ou déclaratif et procédural sont fondateurs du processus de construction de l'expertise.

P3 : Il existe en fonction des différents segments professionnels, différentes manières de construire l'expertise- selon les dimensions cognitives et sociales- qui peuvent déboucher sur l'acquisition de différents types de légitimité professionnelle.

P4 : Des modes d'apprentissages comparables, pour les mêmes types de praticiens, dans des contextes sociétaux différents, conduisent à des légitimités identiques

I. L'expérience initiale du praticien initiateur du processus de construction de l'expertise.

Dans cette section nous mettons en discussion les résultats du terrain au regard de la proposition P1 (l'expérience initiale du praticien novice source d'engagement dans l'apprentissage des SSNC).

I.1. Des situations professionnelles et de vie porteuses d'expériences incitatrices à l'apprentissage pour les médecins et les thérapeutes

En réponse à notre question de recherche, nous avons cherché à comprendre la dynamique de construction d'expertise des praticiens exerçant les SSNC, et sa relation avec l'acquisition d'une légitimité professionnelle. Nous rappelons que nous nous intéressons à trois groupes de praticiens, construisant de différentes manières leur métier et acquérant différemment leur savoir en SSNC. Nous rappelons aussi que si nous avons étudié la dynamique de construction d'expertise dans chaque groupe de praticiens, nous avons également choisi de comparer les apprentissages et la légitimité des praticiens appartenant à des pays différents, donc à des régimes politiques, à des cultures, à des normes et à des valeurs qui ont leurs spécificités.

Tout d'abord, la volonté de compréhension de cette dynamique de construction d'expertise, nous a conduit à nous interroger, en amont, sur l'origine du choix d'engagement dans l'apprentissage des SSNC. Plus précisément, nous avons commencé notre analyse par la réflexion sur les expériences initiales en qualité de novices plutôt que d'experts, afin d'éclairer le rôle d'élément déclenchant dans le mode de construction de l'expertise en SSNC.

Nous rappelons ici notre première proposition.

P1 : l'expérience initiale du praticien novice source d'engagement dans l'apprentissage des SSNC.

Les résultats des entretiens nous ont montré que des expériences vécues ont influencé la décision d'engagement en apprentissage de ces soins de diverses natures, et sont associées ensuite, à des changements personnels et professionnels importants. Notamment, ces expériences vécues auraient conduit à la modification de comportements et à des changements de valeurs ou vision du monde, poussant par la suite, à s'engager dans une expérience professionnelle en SSNC.

Ainsi, en faisant écho à la théorie sociale et cognitive de l'apprentissage (Dewey, 1938 ; Lewin, 1946 ; Kolb, 1984, 1976), nous soulignons que l'apprentissage par des expériences décrit un processus regroupant différentes étapes, passant de l'expérience concrète jusqu'à la validation

de cette expérience par l'engagement réel dans le domaine des SSNC. Un tel engagement est ainsi influencé par des expériences considérées comme un facteur déclenchant l'apprentissage et le développement professionnel et personnel. Ceci rejoint une approche théorique à la frontière entre économie et gestion qui reconnaît l'importance de l'expérience comme un élément de construction des compétences et de connaissance (Stankiewicz, 1998).

Si nous avons précisé, lors de l'établissement de notre modèle d'analyse, la place de l'apprentissage par les expériences dans l'engagement dans des pratiques non conventionnelles, nous n'avons pas pu préciser la nature de ces expériences. Les résultats qui émergent du terrain montrent que ce sont autant des expériences personnelles individuelles, que des expériences personnelles d'autres personnes, et enfin des expériences professionnelles, qui ont été à l'origine d'apprentissage des SSNC.

Mais peu importe le type d'expérience, c'est « la force » de l'expérience qui témoignerait de l'engagement dans l'apprentissage. L'analyse des entretiens essentiellement des thérapeutes et médecins, nous a montré que pour la majorité de ces praticiens, ce sont les expériences vécues comme critiques et qui font référence à un ressenti lié à la conscience de l'efficacité des soins de santé non conventionnels, qui auraient joué un rôle déclencheur. On rejoint à ce niveau les travaux de Jodelet (2006) qui font remarquer que le sens accordé à l'expérience vécue correspond à « *la façon dont les personnes ressentent, dans leur for intérieur, une situation et la façon dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif, les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu'elles y développent* » (Jodelet, 2006, p.11). Face à ces ressentis, les praticiens produisent du sens à partir de l'expérience vécue et développent une réponse qu'ils considèrent comme positive, correspondant à l'orientation et au choix de l'apprentissage en soins non conventionnels.

Ces expériences vécues, à l'origine de l'engagement, sont considérées par plusieurs praticiens thérapeutes, comme des événements marquants, et sont génératrices de convictions ou croyances, qui en aval, entraînent des changements professionnels justifiant un parcours professionnel diversifié. Nous rappelons, ici, que ces thérapeutes ont abandonné leur activité professionnelle pour créer une activité d'indépendant sur des savoirs peu légitimes du point de vue des standards.

Nous rejoignons, ici, les travaux de Bidart (2006, p.40) pour souligner que l'événement arrive pour marquer la fin d'une période d'engagement professionnel et dater la prise de décision de s'engager dans une nouvelle expérience professionnelle. A cet égard, l'apprentissage des SSNC constitue pour certains le résultat de ruptures occasionnées par des événements vécus comme critiques, entraînant des « bifurcations » et des changements brusques dans les parcours des

praticiens (Bessin, Bidart et Grossetti, 2010 ; Grossetti, 1986). Cet événement, constituant un « turning point » (Hughes, 1958), est considéré, chez certains praticiens, comme correcteur de parcours professionnel ou de vie et apparaît comme un déclic dans l'orientation vers les SSNC. Mais pour les chamans- contrairement à la théorie qui montre que la bifurcation est liée à des événements professionnels ou personnels parfois dus au hasard- rien n'est dû au hasard ni relatif à des pressions professionnelles ou à des situations critiques. La bifurcation est liée à des événements vécus extraprofessionnels et relève selon eux d'éléments spirituels, naturels et de la volonté divine. Plus concrètement, la bifurcation est associée à des événements marquants se manifestant sous formes d'appels de la nature, d'appels divins et de messages nécessitant la connexion à un nouveau monde, stimulant ainsi l'orientation vers une nouvelle vie professionnelle. En conséquence, l'engagement des chamans dans l'apprentissage des SSNC ne dépend pas d'une expérience forte liée aux soins non conventionnel ou autre événement professionnel comme c'est le cas pour les médecins et les thérapeutes (bien que l'analyse des entretiens nous ait montré que plusieurs chamans ont justifié d'expériences professionnelles dans des domaines différents). La bifurcation vers les soins chamaniques, est donc plutôt associée à des facteurs extraprofessionnels qui se trouvent à l'origine du changement professionnel. Dans ce cadre, nous affirmons que, pour les chamans, notre première proposition n'est pas confirmée. Nous pouvons dire que pour ces derniers, l'apprentissage de l'expérience ne constitue pas un fondement au processus de construction d'expertise et de son type de légitimité.

Dans un autre ordre d'idées, l'identification des expériences initiales nous a renseigné sur la nature des trajectoires professionnelles des praticiens. En particulier, les résultats du terrain ont montré que l'engagement dans le domaine des SSNC est précédé par un parcours professionnel riche d'expériences le ponctuant et contribuant à la construction de l'identité professionnelle. Ceci est approuvé par plusieurs praticiens étudiés, sauf pour les médecins, dont le choix professionnel est opéré lors de leur première insertion professionnelle, à savoir la médecine, et ne subit aucun autre changement. Nous rejoignons la théorie (Demazière et Gadéa, 2009 ; Abbot, 1988 ; Vezinat, 2009, Bucher, Strauss, 1961 ; Hughes, 1996 ; Wilenski, 1964) pour montrer que dans la recherche de la construction de leur profession, les praticiens extraient leur identité professionnelle du construit biographique renseignant sur la trajectoire professionnelle, ainsi que des principales phases de reconversions professionnelles. Ici, le praticien, essentiellement le thérapeute, est un acteur de sa biographie et opère des changements au sein de sa trajectoire en passant d'un univers professionnel à un autre.

Le courant de la sociologie des professions nous a renseigné sur la dynamique de construction des professions. Un tel courant s'est intéressé à la construction sociale des groupes professionnels et envisage la manière dont les groupes professionnels se définissent eux-mêmes collectivement.

En particulier, nous avons choisi de nous positionner sur une approche interactionniste, car elle nous semble pertinente pour comprendre, dans un phénomène en émergence, le sens et l'ancrage social des activités des praticiens non médecins en SSNC. Les auteurs s'intéressant à ce courant (Dubar et al, 2011) ont considéré l'identité professionnelle comme un processus biographique qui se construit tout au long de la vie professionnelle. Dans ce cadre, l'accent est mis sur le rôle que joue l'individu dans l'analyse de son travail et la préservation de son autonomie, surtout lorsqu'il s'agit d'activités peu étudiées et très peu connues. Ainsi, l'engagement des praticiens dans le domaine des SSNC est dépendant de leur capacité à construire des buts et des défis pour motiver, guider et réguler leurs activités qui ne bénéficient pas d'une reconnaissance sociale unanime.

Pour lors, nous avons supposé puis constaté que ce comportement est à rapprocher de celui de l'entrepreneur qui s'engage dans l'action en mobilisant ses capacités cognitives. Nous rejoignons ici les apports de Krueger (2007) qui développe un modèle constructiviste de l'apprentissage. Ses travaux portent sur l'amont du processus entrepreneurial, où il s'est intéressé principalement aux intentions entrepreneuriales « *qui sont précédées par des attitudes entrepreneuriales ; qui sont précédées par des structures cognitives ; qui sont précédées par des convictions profondes* » (Krueger, 2007, p. 124). Son questionnement repose sur la manière de faire évoluer le novice vers un expert en entrepreneuriat afin d'assurer une transformation cognitive. Dans ce cadre, Krueger s'intéresse à une expertise originale « *reflétée par des changements significatifs dans la structure cognitive profonde, ponctués par des expériences de développement critiques* » (Krueger, 2007, p.125).

Ainsi, la manière dont les praticiens en SSNC acquièrent leur légitimité se fait dans un environnement d'apprentissage de nature entrepreneurial. Les résultats du terrain montrent que les praticiens développent un esprit d'entreprendre se manifestant par un ensemble d'attitudes, relié à la persévérance, à la prise d'initiative, à la prise de risque et à la volonté de progresser (Bachelet et al., 2003).

Les résultats du terrain nous ont montré que l'engagement dans l'apprentissage des SSNC dépend des expériences initiales, en premier lieu de l'apprentissage expérientiel. Mais, d'autres

facteurs, émergeant du terrain, sont à l'origine de cette orientation professionnelle à savoir l'adhésion doxique purement et simplement.

I.2. L'adhésion doxique à l'origine d'engagement pour certains dans l'apprentissage des SSNC

L'engagement professionnel est aussi lié à des facteurs personnels, sans présence d'expérience critique vécue directement ou indirectement. Ces facteurs peuvent être à l'origine d'une reconversion professionnelle désignée aussi comme volontaire. Ici, les travaux de Négroni (2015), nous précisent qu'au-delà du changement professionnel, la reconversion est « une conversion de soi » conduisant à un changement d'idées. Ces recherches correspondent à nos résultats de terrain, qui nous montrent que c'est la seule croyance en l'efficacité des pratiques non conventionnelles qui représente une source de reconversion professionnelle, conduisant « aux changements d'idées » se manifestant par la projection dans l'apprentissage des SSNC. Cet élément, que notre modèle théorique n'explicite pas, émerge du terrain. Ils représentent une croyance manifestée chez plusieurs praticiens, même chez des novices qui n'ont pas d'expériences professionnelles antérieures (essentiellement les médecins, mais aussi certains thérapeutes).

Ainsi, nos résultats montrent que les praticiens, autant médecin que thérapeutes (deux chamans tunisiens), s'engagent dans cette nouvelle vie car ils « aiment » ces soins et croient en leur efficacité. Une telle adhésion est définie en termes de confiance et de justification de l'efficacité de ces pratiques en SSNC « *dont l'acceptation est impliquée par l'appartenance même* » (Bourdieu, 1997, p. 145). Donc l'adhésion à cette opinion fait référence à un haut degré subjectif de conviction, et se traduit par une certitude que les pratiques non conventionnelles sont de vrais soins, efficaces, agissant sur la personne dans sa globalité, corps et esprit, ne laissant, ainsi, aucune place à l'inclination vers le doute. Par contre nos matériaux dans ces cas ne nous permettent pas de nous prononcer sur l'origine sociale de cette adhésion et de préciser le rôle que joue la socialisation familiale ou élargie au réseau.

Quel que soit les types de praticiens en SSNC, l'adhésion doxique apparaît comme fondatrice de processus d'expertise. Ce qui signifie que l'apprentissage est ancré dans une croyance forte en l'efficacité de ces soins. Cependant, notre première proposition peut être reformulée en tenant en considération la place de l'adhésion doxique sans aucune expérience critique, du moins mémorisée comme telle, largement présente chez les praticiens interviewés.

P.1 : l'adhésion doxique et l'expérience initiale du praticien novice sources d'engagement dans l'apprentissage des SSNC.

Soulignons que, l'apprentissage par l'expérience participe largement à initier un mode de construction de l'expertise chez les thérapeutes et les médecins (français et tunisien), mais très faiblement chez les chamans français et tunisiens. Du côté des chamans, ces derniers associent le fondement de la construction de leur expertise aux forces divines et aux éléments de la nature. Mais ces chamans et les autres praticiens (médecins et thérapeutes) s'initient au domaine des SSNC par une forte croyance en leur efficacité. Ils justifient tous la place de l'apprentissage dans les SSNC, même si c'est de façon plus faible pour les chamans. Chaque catégorie initie différemment la construction d'une expertise. Ce fondement de l'action, met en place à notre sens différents types de légitimité à partir de dynamiques différenciées de renforcement entre légitimité et apprentissages ; ce que nous proposons de creuser dans les sections suivantes, en commençant par qualifier les différents modes d'apprentissages pour la construction de l'expertise dans le cadre de notre proposition 2.

II. Un apprentissage théorique et procédural différencié en fonction des segments

Nous discutons ici le mode de construction de l'expertise chez les praticiens en SSNC. En particulier nous portons notre réflexion sur le mode d'apprentissage des praticiens.

L'analyse des entretiens nous ont montré l'importance de l'auto-apprentissage pour la majorité des praticiens, dans la construction de leur expertise en SSNC. Mais elle nous a montré aussi, dans cette dynamique, l'importance de savoirs conceptuels et procéduraux acquis de différentes manières selon les groupes de praticiens étudiés.

II. 1. Un apprentissage autodirigé au fondement de la construction de l'expertise

L'analyse des verbatims montre que les expériences vécues ou la croyance en l'efficacité de ces pratiques non conventionnelles ont conduit les praticiens à s'engager dans l'apprentissage de ces pratiques. Très souvent les praticiens ont concentré, a priori, leur effort sur un apprentissage autodirigé à partir de supports « formels » à travers la lecture de livres, de notes...mais aussi à travers un auto-apprentissage par la pratique engageant leur corps. Ainsi, ces praticiens apprennent tout au long de leur vie professionnelle en mixant ces deux dimensions.

Leur processus d'apprentissage ne semble pas pour autant composé d'activités d'apprentissage ordonnées et linéaires en suivant des étapes prédéterminées. Les praticiens ajustent leur

apprentissage en fonction des besoins ou désires personnels et professionnels, ainsi qu'en fonction « *des circonstances qui se présentent à l'intérieur de leur domaine d'apprentissage* » (Danis et Tremblay, 1985, p. 430). Nous rejoignons ici les travaux de Spear et Mocker (1984) et Danis et Tremblay (1985) pour montrer que, selon les résultats du terrain, l'apprentissage autodirigé n'est ni linéaire, ni planifié en amont par l'apprenant. Il est structuré en fonction des ressources disponibles dans leur environnement professionnel et personnel et en fonction des exigences professionnelles participant aussi pour une part, à la construction de ces ressources (offre de formation, tutorat, partage d'expérience,).

A cet égard, l'apprentissage autodirigé est considéré comme un fondement de la construction d'expertise en SSNC.

Pour les chamans français et tunisiens, ce type d'apprentissage autodirigé est au fondement de construction de leur expertise. Il se manifeste à travers une connexion aux éléments religieux et de la nature. Quoi qu'il en soit, l'analyse des entretiens montre que la construction de l'expertise chez les chamans (français et tunisiens) suppose la mobilisation d'efforts personnels d'apprentissage. Un tel apprentissage, considéré comme autodirigé, est pertinent pour répondre à des messages et des appels d'esprits et d'ordre divin, sources d'engagement dans les SSNC. Ainsi, l'apprentissage autodirigé est très important dans leur « insertion professionnelle » sur le marché des SSNC, ce qui semble aller de pair avec un faible apprentissage théorique de type académique.

En effet, l'apprentissage autodirigé, chez les chamans français, se manifeste sous des formes de voyage interne dont l'objectif est de rencontrer les esprits et de trouver leurs sources de pouvoir. Ainsi, ces chamans apprennent à partir de voyages chamaniques qui se manifestent par des appels d'esprits, par la connexion à soi-même et la connexion aux guides spirituels ou aux alliés. En effet, la relation privilégiée entre le chaman et son allié se manifeste par une relation d'aide, durant laquelle la présence d'un animal ou de l'esprit d'un animal assiste le chaman lors de voyages de l'âme et de séances de guérison. Toutefois, pour les chamans tunisiens, l'apprentissage autodirigé se manifeste à travers la consultation et la lecture de textes et de paroles religieux dont l'objectif est d'apprendre les techniques de soins chamaniques pour répondre parfaitement à des demandes de soins. Il s'agit d'une forme d'apprentissage bien spécifique conduisant à une forme propre de construction d'expertise. Une telle expertise se construit, d'ailleurs, à partir d'une meilleure compréhension des éléments religieux ou spirituels, et de la capacité à pouvoir s'y connecter.

En écho à la théorie (Guglielmino, 2008), nous montrons que pour la plupart des praticiens- autant plus pour les praticiens français que tunisiens- que la présence d'un certain nombre d'opportunités d'apprentissage favorise un apprentissage autodirigé, tel que la responsabilité, la proactivité, l'initiative et la volonté d'apprentissage. De plus, ce type d'apprentissage est largement dépendant de la croyance en l'efficacité personnelle.

II. 2. La place du sentiment d'efficacité dans la régulation de l'apprentissage

Le sentiment d'efficacité personnelle constitue un mécanisme autorégulateur central de l'activité professionnelle. En particulier, il s'agit d'un concept largement lié à la notion de développement professionnel et de carrière (Taylor et Betz, 1983). Pour Bandura ce concept « *prédit l'étendue des carrières envisagées, les intérêts professionnels et les préférences, l'engagement dans des enseignements qui fournissent connaissances et compétences pour diverses carrières, la persévérance devant les difficultés, la réussite académique dans les domaines qui ont été choisis, et même le choix des milieux culturels dans lesquels l'individu poursuivra sa carrière* » (Bandura, 1997).

Le sentiment d'efficacité a aussi été utilisé dans le domaine de l'entrepreneuriat et prédit la performance entrepreneuriale. Il contribue au choix des activités en manifestant un intérêt à l'engagement dans l'activité professionnelle (Rajhi, 2006, p.116). Cet engagement, selon les résultats des entretiens que nous avons réalisés, se révèle, essentiellement, à partir d'un engagement dans un apprentissage autodirigé. Nous avançons que ce sentiment d'auto-efficacité agit sur le praticien et sur sa capacité à réaliser des performances particulières tout au long de sa vie professionnelle.

En cohérence avec ce qu'a souligné la théorie, ce sentiment d'efficacité personnelle des praticiens exerçant les SSNC est largement dépendant de différentes sources. La première c'est l'expérience active de maîtrise. Plus les praticiens vivent un succès, plus ils croient e leurs capacités personnelles à répondre parfaitement aux demandeurs de soins. Les résultats de nos analyses, tout comme la théorie, montrent que ce sentiment d'efficacité personnelle est aussi tributaire de la persuasion verbale, c'est-à-dire du retour des clients, de leur degré de satisfaction, de leurs suggestions... Une autre source du sentiment d'efficacité personnelle est l'expérience vicariante. Cette source, selon la théorie, agit sur le sentiment d'efficacité par l'observation d'un modèle ou par le phénomène de la comparaison sociale. Cette observation d'autrui, en comparant leur savoir aux sien, conditionne la croyance de l'individu en ses capacités de réussir et influence sur la décision de s'engager dans ce domaine. La dernière source, qui influence et détermine le sentiment d'efficacité personnelle, est relative aux états physiologiques et émotionnels. Par exemple, vivre des états d'excitation par le patient où le

praticien est plus enclin à croire en ses propres réussites, représente un indice que l'acte se déroulera bien. C'est dans cette optique que les praticiens travaillent sur leur état émotionnel qu'ils considèrent comme un facteur impactant sur leur efficacité au travail (Bandura, 2002, p163).

II. 3. Un apprentissage théorique et procédural au fondement de la construction de l'expertise

a. Chez les médecins

Les travaux sur la gestion de l'expert (Gastaldi et Gilbert, 2006, 2008 ; Gastaldi, 2006 ; Basso et Thévenet, 2006, Bootz et Schenk, 2009,2014) ont prouvé la place de l'apprentissage conceptuel ou théorique dans la participation à la construction de l'expertise. Ceci suppose l'acquisition d'un savoir conceptuel- dont une partie est théorique, au sens académique c'est-à-dire qui se veut formalisée- à portée universelle et explicite (Tynjälä, 2009). En accord avec ces travaux, les résultats de nos analyses montrent que le processus de construction d'expertise en SSNC, chez les médecins français et tunisiens, se fonde, au premier abord, sur une dynamique d'apprentissage qui est fortement liée aux connaissances théoriques. En premier lieu, ces résultats montrent que la formation initiale en médecine conventionnelle demeure une source majeure participant à la construction du savoir en SSNC. En particulier, le diplôme en médecine engendre une croyance en l'efficacité personnelle qui influence le processus cognitif, la motivation et conduit à l'engagement dans l'action pour un apprentissage en SSNC. Cette formation en médecine participe, à la fois, à la construction du savoir en SSNC et conditionne les représentations que le médecin met en place pour donner sens à ses performances en SSNC.

De plus, les résultats du terrain ont montré la place de la formation interuniversitaire en SSNC dans la construction de l'expertise dans ce domaine. Ces formations sont considérées comme un passage obligatoire pour la construction d'un nouveau savoir complémentaire au savoir allopathique. Rappelons qu'en France la formation postuniversitaire donne lieu à l'obtention d'un diplôme universitaire (DU), et qu'en Tunisie, le diplôme obtenu en SSNC est un diplôme national. Il s'agit d'un diplôme d'Etat obtenu à la suite d'une formation en Master. Dans les deux cas, la reconnaissance de ces diplômes, en France et en Tunisie, participe à l'acquisition d'une légitimité que l'on considère comme institutionnelle.

En cherchant à définir la légitimité institutionnelle, l'approche néo-institutionnelle (Meyer et Rowan, 1977 ; DiMaggio et Powell, 1983 ; Zucker, 1977) ont montré l'importance de la conformité aux règles et aux valeurs sociales dans l'acquisition de la légitimité. Il s'agit en particulier de se conformer aux mythes institutionnalisés en vigueur (Rojot, 1997).

En faisant écho à cette théorie, nos résultats montrent que l'influence institutionnelle est extrêmement présente chez les médecins français et tunisiens, dans la stratégie de justification de leur savoir en SSNC. Ces médecins pratiquant dans ce domaine tirent leur légitimité de la reconnaissance de la formation suivie et des institutions qui les représente (les facultés de médecine). Dans ce cadre, c'est le caractère explicite qui participe à la reconnaissance de leur savoir. Nos résultats nous ont permis, comme l'a déjà souligné la théorie, d'établir la relation entre la reconnaissance sociale du praticien, la reconnaissance sociale de l'institution et la reconnaissance du praticien auprès de son institution. A partir des résultats des entretiens avec les médecins, nous déduisons que la mise en valeur de leur diplôme de docteur et de leur diplôme interuniversitaire obtenu en SSNC renseigne sur la reconnaissance du rôle de l'université, dans la légitimation de leur savoir en SSNC. L'université bénéficie, ainsi, d'une reconnaissance sociale, qui permet de générer, chez les médecins, un sentiment de considération auprès des pairs ainsi que des usagers. Ce contexte favorable se traduit par un impact fort dans le contexte professionnel, puisqu'il participe au recrutement rapide de la patientèle.

Dans la mesure où les formations en médecine et en SSNC sont reconnues institutionnellement, le médecin bénéficie d'une reconnaissance non seulement sociétale, mais aussi auprès de la communauté, donc auprès des pairs. Toutefois, nous remarquons en Tunisie un sentiment de manque de considération et de non reconnaissance par les confrères. Même si ce savoir est validé institutionnellement au niveau national, selon les verbatims recueillis auprès de nos praticiens, les médecins tunisiens non praticiens des SSNC douteraient encore fortement de cette médecine et de son efficacité, comme cela pu être aussi exprimé dans le cas Français. Cependant en raison du caractère très centralisé de régulation de l'offre de formation, les procédures de reconnaissance de ces soins seraient plus ralenties en Tunisie qu'en France.

De plus, nous constatons que le savoir formel en SSNC est également acquis dans le cadre associatif. Les médecins Français construisent leur légitimité à partir d'un apprentissage individuel dans des formations continues sur des domaines non traités dans leur formation initiale (shiatsu, digipuncture, ostéopathie) mais qu'ils cherchent à s'approprier pour leur bénéfice. Ainsi, même si des différences s'ancrent dans la nature de la formation, les pratiques suivies sont de plus en plus régulées par l'ordre des médecins, y compris du point de vue de la formation. De même, si les connaissances en Tunisie, en SSNC, sont limitées à quelques pratiques, l'apprentissage dans le cadre associatif constitue le moyen pour accéder à ce domaine, où souvent l'offre de formation est assurée par des médecins étrangers, en majorité français. Le recours aux formateurs français est lié, en premier lieu, au fait que la Tunisie a

adopté un système de santé inspiré de celui français à travers leur histoire liée. De plus, nous expliquons ceci par un rapprochement géographique et culturel. La langue française est la deuxième langue, en Tunisie, et constitue la langue de base pour l'enseignement de la majorité des disciplines (gestion, économie, droit, mathématiques, physique, architecture...) en particulier dans le domaine médical. Il découle également de l'intégration quasi récente des SSNC dans ce pays, que la Tunisie ne dispose pas de formateurs aussi compétents et expérimentés que ceux que l'on peut trouver en France. Ainsi, nous pouvons aussi associer cette différence cognitivo-institutionnelle à plusieurs facteurs, notamment liés au manque de volonté et d'efforts pour le développement de ces soins, tels que :

- Manque de moyens financiers : plusieurs hôpitaux souffrent de l'absence de matériel. Par exemple, il existait à la RABTA, un des plus grands hôpitaux de Tunis, au sein du service « unité de douleur », un service d'acupuncture. Ce service a été fermé récemment par manque de moyens, essentiellement manque d'aiguilles, malgré le nombre important de demandes. Ceci constitue une barrière à l'apprentissage et une fermeture à l'expérience et à l'expertise, d'autant plus qu'il s'agit d'un hôpital à vocation universitaire.
- Démotivation au travail : ce manque de moyens et d'outils nécessaires affecte le rendement au travail. Surtout que l'offre de soins nécessite la mise en place d'une infrastructure institutionnelle capable de satisfaire les besoins et les demandes de soins. Rappelons que l'offre de soins de qualité est, essentiellement, tributaire de l'existence d'une bonne qualité d'équipements et d'un personnel qualifié. Ce qui n'est pas le cas en Tunisie qui souffre encore de carences institutionnelles caractérisées par une déficience d'établissements publics de santé et de moyens indispensables à l'offre de soins de qualité.

De plus, pour plusieurs travaux théoriques, l'expertise se construit dans la confrontation des savoirs théoriques et pratiques et s'enrichit tout au long de la vie professionnelle par l'expérience. Les résultats des entretiens nous ont montré que le médecin novice dans le domaine des SSNC, bâtit progressivement son expertise non seulement à travers l'apprentissage théorique, mais aussi à travers l'apprentissage procédural, qui prend forme à partir de l'expérience et l'auto-apprentissage. On assiste alors à un développement des connaissances par la théorisation de la pratique, au-delà de celles issues de la formation formelle.

Ceci permet de préciser notre deuxième proposition P2 (l'apprentissage théorique et procédural sont fondateurs du processus de construction de l'expertise), puisque nous

constatons que ces praticiens construisent une théorie de leur pratique dans l'adaptation des soins aux cas et aux situations des personnes en SSNC.

En conséquence, les médecins, même s'ils ne le reconnaissent pas facilement, acquièrent une expertise en SSNC issue d'un apprentissage « sur le tas » très important intervenant dans le temps. Le statut et la légitimité institutionnelle des médecins contribuent en retour à une forme d'auto-reconnaissance de leur efficacité en SSNC facilitant l'acquisition de la réputation, que nous associons à la légitimité pragmatique liée au degré de satisfaction des attentes et des exigences des usagers.

Ici, nous rejoignons la théorie (Pollach, 2014 ; Binkerhoff, 2005 ; Deephouse et Carter, 2005) qui établit une relation bidirectionnelle entre la légitimité pragmatique et la construction de la réputation. Ainsi, pour les médecins, tout comme pour les autres types de praticiens, il est pertinent de tenir en compte les intérêts des patients afin d'être plus crédible et avoir une bonne réputation qui est liée aux modes d'actions en soins, la manière de les exécuter et l'expérience accumulée. De l'autre côté, leur réputation contribue à construire une légitimité pragmatique (Suchman, 1995).

Les résultats du terrain montrent, aussi, que cette légitimité est fondée aussi sur un apprentissage de type métacognitif, construit à partir de la volonté de personnalisation des soins à partir de l'analyse des situations de travail.

De plus, l'acquisition de légitimité pragmatique est reliée à la fois aux valeurs et à un ensemble « d'idéaux moraux » qui correspondent à la notion de légitimité morale, ainsi qu'aux conditions et exigences sociétales que le médecin essaye de satisfaire dans la pratique afin d'acquérir une légitimité cognitive. Ici, l'expertise se construit dans le temps débouchant sur une reconnaissance éthique, une auto-reconnaissance ainsi qu'une reconnaissance par les pairs.

Ainsi, la dynamique d'apprentissage et de construction d'expertise des médecins débouche sur des types particuliers de légitimités. Les analyses du terrain suggèrent la pertinence de notre troisième proposition (P3) selon laquelle Il existe en fonction des différents segments professionnels, différentes manières de construire l'expertise, selon les dimensions cognitives et sociales, qui peuvent déboucher sur l'acquisition de différents types de légitimité professionnelle. Mais nous précisons en plus en quoi la légitimité professionnelle en SSNC est une combinaison de plusieurs types de légitimités, même dans le cas des médecins, profession jouissant d'une légitimité institutionnelle par excellence.

De plus, les résultats d'entretiens nous ont montré qu'il y a une similarité dans l'apprentissage chez les médecins français et tunisiens, la manière dont leur expertise est construite est presque identique, ce qui conduit à identifier un référentiel de légitimité comparable. Dans ce cadre nous pouvons dire que pour les médecins, qu'ils soient tunisiens ou français, nous aurons des modes d'apprentissages comparables, pour les mêmes types de praticiens, dans des contextes sociétaux différents, conduisent à des légitimités identiques (P4).

Nous avons vu que les médecins français et tunisiens pratiquants en SSNC, insistent sur la place du patient et de sa participation dans le système de soins. Cependant, si le médecin tunisien prend en compte ce principe, il le fait de manière plus appuyée chez les patients d'un certain niveau social. Ainsi, la question du « ciblage » des patients peut être éclairée à partir de la notion de « distance cognitive », qui peut être visible non seulement entre patient et médecin, mais également entre les différents patients tunisiens. Ceci renseigne sur l'existence d'une différence culturelle large à l'intérieur de ce pays. Chose qu'on constate moins en France où les patients s'auto-forment sur leur maladie et les soins correspondants. Dans ce sens, avoir des patients suffisamment formés sur leurs maladies et les différents types de soins existants permet de diminuer la distance cognitive entre le praticien, essentiellement, entre le médecin et le patient. Ainsi, la question de « ciblage » des patients n'existe quasiment pas en France. Il est à noter que les personnes d'un certain niveau intellectuel justifient des connaissances qui leur permettent de mieux s'approprier de leur maladie. Dans ce cadre, le patient ayant acquis les connaissances nécessaires en relation avec sa maladie pourrait en quelque sorte juger de l'efficacité des traitements, voire en proposer d'autres. Alors que s'agissant de patients moins informés de l'efficacité des SSNC, il est parfois difficile de les convaincre de l'efficacité de ces SSNC, car ils recherchent systématiquement un soin orienté en médecine conventionnelle.

De plus, nous pouvons expliquer cette différence culturelle entre les patients tunisiens et français par l'existence des conditions favorables à l'apprentissage et à la communication en France, à travers l'organisation des forums, des journées de formations et des colloques. Tant d'évènements qui facilitent la communication et l'échange.

Par exemple durant mes années de thèse, j'ai assisté à trois sortes de forums et des salons dans la région du Bouche du Rhône au profit du développement des SSNC. Par contre, nous notons qu'aucun effort n'est mobilisé en Tunisie pour la promotion de ce domaine. Nous soulignons, dans ce cadre, l'importance des moyens financiers dans l'organisation de ce genre d'évènements. Nous rajoutons qu'en Tunisie (essentiellement après la révolution en 2011), l'organisation des évènements dans plusieurs domaines connaît des difficultés de financements et même d'organisation.

Enfin, cibler les patients plus éduqués pour développer sa patientèle ou clientèle en SSNC peut jouer sur l'image et la crédibilité du médecin. Car aucun critère déontologique ni juridique ne permet une discrimination entre les patients.

En conclusion, nous pouvons dire que notre modèle d'analyse est pertinent à la vue des résultats de terrain pour la majorité des médecins tunisiens et français, mais qu'il doit être précisé et amélioré selon différents axes. Il existe des différences entre les deux pays plutôt ancrées dans des différences globales de situation économique et politique touchant aussi le développement du secteur de la santé. Cela se manifesterait au niveau micro par un ciblage des patients pour pratiquer les SSNC du côté tunisien. Malgré des différences culturelles, financières et juridiques, il existe une similarité en termes de construction d'expertise et d'acquisition de légitimité. En effet, il existe une dynamique de renforcement entre légitimité institutionnelle du diplôme de médecin et la construction de l'expertise en SSNC conduisant à une légitimité pragmatique.

Nous déterminons ci-après le processus de construction d'expertise chez les thérapeutes français et tunisiens.

b. Le mode de construction d'expertise chez les thérapeutes français et tunisiens

Les travaux théoriques en sciences cognitives et ceux en gestion de l'expert ont spécifié que la dynamique de construction d'expertise suppose la mise en jeu d'un savoir personnel permettant la maîtrise des activités. La représentation de ce savoir est constituée par l'ensemble des capacités nécessaires pour fournir une solution aux demandeurs d'expertises. Les travaux se sont centrés au début sur le développement temporel de l'expert. La manière dont le novice devient expert nécessite du temps en apprentissage. Le novice, contrairement à l'expert développe une « forme d'analogie structurale au moyen de l'application d'anciennes solutions à de nouveaux problèmes » (De Fornel, 1990), alors que l'expert accède directement aux méthodes de résolution du problème par l'utilisation de schémas abstraits par une catégorisation des activités. Ainsi l'expertise suppose la mobilisation des connaissances déclaratives, et procédurale puisque l'activité d'expertise apparaît avant tout un « savoir comment » (Dreyfus, 1986 ; Tynjälä, 2009 ; De Fornel, 1990 ; Polanyi, 1958).

En accord avec ces théories, l'engagement des thérapeutes dans la pratique des SSNC a nécessité un apprentissage formel nécessaire à l'interprétation et à la génération des règles spécifiques. La plupart des thérapeutes français et tunisiens nous ont exprimés qu'ils ont suivi des formations d'initiation aux savoir thérapeutique dans des écoles, constituant le premier

mode d'apprentissage, nécessaire à la construction d'expertise. Bien que certains thérapeutes tunisiens reconnaissent moins la place de l'apprentissage formel dans la construction de leur expertise, où ils insistent sur la place du savoir-faire et de « l'attitude » dans la construction de cette dynamique. Pour la majorité des thérapeutes français et tunisiens, l'analyse des résultats nous ont montré l'importance des écoles dans l'offre de formation de qualité et leur capacité à inculquer des enseignements de qualité, afin de fabriquer des individus autonomes et responsables.

L'accent est mis, par les interviewés, sur la place des écoles dans la reconnaissance de leur savoir. Ceci s'est traduit par l'obtention d'un titre certifiant et validant leurs savoirs en SSNC. Pour une reconnaissance plus large de leurs pratiques, les thérapeutes français et certains tunisiens, soulignent la place que jouent de plus en plus les fédérations et /ou syndicats dans ce processus d'acquisition d'une légitimité professionnelle au moins vis-à-vis des patients. En effet, l'adhésion à des syndicats et/ou des fédérations est importante et révèle une recherche de légitimité institutionnelle. Ainsi, le fait d'avoir un titre reconnu dans un cadre associatif ou fédératif, est une forme d'auto-reconnaissance au niveau du groupe ainsi qu'une première forme de reconnaissance sociale. Dans ce sens, les thérapeutes, essentiellement français, préfèrent continuer à se former auprès des fédérations et/ou des syndicats afin d'obtenir des titres plus reconnus, ouvrant la voie à une insertion professionnelle plus facile. Ceci se manifeste, pour les thérapeutes français, par l'inscription de ces formations au RNCP, ce qui leur confère donc un premier niveau de légitimité institutionnelle formelle.

Les résultats du terrain ont montré une construction formelle de l'expertise. Ces connaissances, comme l'a suggéré la théorie (Anderson, 1983, 1985, 1993 ; Dreyfus, 1986 ; Tynjälä, 2009 ; De Fornel, 1990 ; Polanyi, 1958) sont un prérequis pour accéder à des connaissances procédurales développées par la pratique. Ainsi, selon ces travaux de recherche, l'expertise apparaît comme un construit, regroupant des connaissances déclaratives converties en des connaissances procédurales ou tacites acquises par l'expérience. A cet égard, la construction de l'expertise suppose l'acquisition à la fois d'un savoir conceptuel, ou théorique au sens académique et un savoir procédural au sens de la théorisation de la pratique.

Dans ce sens, la qualité de l'offre de soins en SSNC suggère que les soins soient fortement dépendants de l'apprentissage de nouvelles techniques spécifiques développées par la pratique. Ainsi en faisant écho à la théorie (Deslauriers et Hurtubise, 1997 ; Schön, 1994 ; St-Arnaud, 1992 ; Harrison, 1987), l'analyse des entretiens montre que les thérapeutes tirent de leurs apprentissages de nouveaux savoirs et de nouvelles conceptions pour guider leurs actions.

Notamment, en se référant aux travaux de Schön sur la réflexion au cours d'action, nous soulignons, à partir de l'analyse des entretiens, que la pratique est cruciale pour la construction d'un répertoire d'expériences pour les thérapeutes des deux pays.

A la lumière de cela notre deuxième proposition apparaît pertinente (P2 l'apprentissage théorique et procédural sont fondateurs du processus de construction de l'expertise) également pour les thérapeutes, mais ceux-ci insistent plus ouvertement que les médecins en SSNC, sur le fait qu'ils apprennent beaucoup sur le tas, et cet apprentissage est associée à une activité métacognitive forte en faveur de la qualité des soins.

Ces résultats permettent de revitaliser le concept de processus individuel de production de savoirs, qu'il est possible d'envisager ici sous l'angle d'un apprentissage relatif à l'action. Dans ce cadre, loin d'être lié à l'application d'une règle théorique universelle, le savoir-faire fait référence aux habiletés techniques, nourries dans le temps grâce aux années d'exercice. Ainsi, ce qui résiste à l'épreuve de l'expérience est intégré dans le répertoire dont disposent les thérapeutes depuis des années et enrichit leurs bases de connaissance disponibles. Ces bases de connaissances sont alors accessibles pour apprécier d'autres situations, renforçant ainsi leurs expertises, ce qui notamment débouche sur la construction de légitimités pragmatiques.

A la lumière de cela nous pouvons préciser notre troisième proposition dans le cas des thérapeutes, P3 : Il existe en fonction des différents segments professionnels, différentes manières de construire l'expertise, selon les dimensions cognitives et sociales, qui peuvent déboucher sur l'acquisition de différents types combinés de légitimité professionnelle.

➤ *Des éléments culturels, juridiques et socioprofessionnels à l'origine de différences*

Rappelons que nous nous intéressons à l'étude de thérapeutes montrant des profils socio-professionnels différents en termes de modèle moral, culturel et d'intérêt propre, mais aussi différents d'un point de vue sociétal national (France, Tunisie). Cependant, alors qu'ils apprennent différemment, le référentiel de légitimité n'est pas différent d'un thérapeute français à un autre tunisien. Cette différence de construction d'expertise est dépendante de la présence de plusieurs conditions. Nous rappelons que la culture joue un rôle très important dans la construction des savoirs thérapeutiques. Si en France, les gens sont plus ouverts à ces formes de soins, et sont très attentifs à leurs différentes caractéristiques, en Tunisie plusieurs pratiques

n'existent pas (shiatsu, ostéopathie...) et si d'autres sont exercées, elles ne sont appropriées que par les médecins.

En France, malgré l'existence de contraintes juridiques et professionnelles, le thérapeute non médecin peut s'approprier ce savoir et le pratiquer. Cela, d'autant plus que plusieurs pratiques des SSNC ont fait l'objet des formations et certaines sont reconnues (ostéopathie, chiropraxie). En Tunisie, l'immense majorité des soins de santé non conventionnels ne dispose pas d'encadrement juridique et privés des autorisations d'enseignement pour les praticiens non médecins. Dans ce pays, la présence de l'Etat pour la reconnaissance de savoir et formations est prédominante. Le monopole médical soutenu par l'Etat laisse peu de chance aux gens pour tirer profit des opportunités de soins nouveaux et les développer. Rigide, le système juridique s'oppose aux volontés et à la créativité de l'individu. En fait, donner plus de souplesse aux textes juridiques s'avère contradictoire avec différentes stratégies de l'Etat en termes de promotion et de développement des soins de santé conventionnels. Car les priorités de l'Etat sont d'un côté l'offre de soins convenables tout autant qu'équitables et de l'autre côté, l'encouragement à la privatisation dans l'offre de soins conventionnels.

Notons que la Tunisie avait pour objectif, depuis des années, d'arriver à atteindre une couverture sanitaire universelle. Il s'agit d'un programme commun entre le ministère de la santé et l'Organisation Mondiale de la Santé. L'objectif est de garantir à toute la population un accès équitable aux soins de santé en matière préventifs, curatifs et réadaptatifs.

Les moyens financiers limités nécessaires au développement des hôpitaux, amènent l'Etat tunisien à encourager la privatisation par l'incitation à la création des cliniques privées, cela d'autant plus que ces dernières années la Tunisie a reçu un nombre important des patients étrangers (Algériens, Libyens, maliens...), qui sont privés de soins dans les établissements publics, mais qui peuvent se rendre dans des établissements privés. La Tunisie est devenue très attractive pour le tourisme médical. Dans ce cadre, chercher à améliorer de plus en plus cette image, est l'un des enjeux du système de soins. En conséquence, s'intéresser aux SSNC peut être vu comme une divergence, s'opposant au développement des projets nationaux prioritaires en termes de développement du système de soins conventionnel. Dans ce cadre, la Tunisie considère que les SSNC comme des soins traditionnels (médecine familiale ou chamanique) qui viennent en opposition au développement de la médecine conventionnelle, et au développement de sa stratégie d'éducation et de modernité. Le terreau de développement de l'expertise des thérapeutes non médecin n'est donc pas de la même nature en Tunisie et en France, où le développement des pratiques non conventionnelles peut jouer à côté voire avec le développement des soins conventionnels.

Malgré les spécificités culturelles, juridiques et socioprofessionnelles, de chaque pays, nous remarquons que les thérapeutes tunisiens et français construisent de la même manière leur expertise qui débouche essentiellement sur l'acquisition d'une légitimité institutionnelle et pragmatique. Dans ce cadre nous précisons que notre dernière proposition est pertinente (P4) P4 : des modes d'apprentissages comparables, pour les mêmes types de praticiens, dans des contextes sociétaux différents, conduisent à des légitimités identiques.

Toutefois, nous rajoutons que bien que le mode d'apprentissage est comparables, puisque les thérapeutes Français et tunisiens apprennent dans des écoles et dans le cadre associatifs et fédératifs, nous soulignons que la qualité de l'apprentissage diffère entre les thérapeutes. On note que les résultats du terrain ont montré la place de la qualité de la formation dans la construction de l'expertise des thérapeutes. Nous soulignons que les thérapeutes français profitent des apprentissages plus renforcés par de la pratique, à travers des stages, en comparaison des thérapeutes tunisiens, qui veulent s'approprier du savoir des thérapeutes étrangers, essentiellement français. Cependant, cette volonté d'amélioration des conditions de formation et d'apprentissage permet de s'approprier des procédures de reconnaissances. Elle reflète aussi un effet transnational potentiel qui pourrait être renforcés par l'ouverture des portes en Tunisie à d'autres techniques de soins et pourquoi pas à l'intégration d'autres pratiques de soins, d'autant plus qu'une part des thérapeutes français exercent plusieurs pratiques de SSNC.

c. Un mode différent de construction d'expertise chez les chamans

Nous rappelons que les résultats du terrain nous ont montré que les chamans pensent disposer de facultés « extraordinaires » innées, mais nécessitant un développement afin de les rendre plus réceptifs aux énergies subtiles de la nature. Cet état de pensée et d'action a amené certains à combiner différents modes d'apprentissage : des apprentissages autodirigés, des rencontres avec des maîtres chamans, des rencontres dans le cadre de cérémonies, et/ou un apprentissage formel dans des écoles privées (dans le cadre de la formation à la phytothérapie).

En effet, les chamans français apprennent à partir de voyages chamaniques qui se manifestent par des appels d'esprits, « *de la rencontre des expériences qui diffèrent largement de nos prénotions* » (Gondard, 2013, p.191), de connexion à soi-même et de connexion aux guides spirituels ou alliés. Ainsi, leur expertise est construite à partir de la sensibilité à des dimensions subtiles et de la disposition des facultés spéciales qui constituent le fondement de qualités extraordinaires, considérées innées. Ainsi, loin d'un apprentissage théorique, la construction d'expertise chez les chamans est largement dépendante des qualités acquises, développées par un apprentissage autodirigé. Celui-ci est d'autant plus mobilisé que la nature des soins à

apporter détermine les actions à mobiliser en termes d'appels d'esprits, de connexion à soi-même et de connexion aux guides spirituels ou alliés. Donc c'est en fonction de ces exigences professionnelles et parfois personnelles que le chaman exécute ses voyages chamaniques. Il établit des connexions pour apprendre davantage, avoir de l'énergie et faire des demandes d'aides se rapportant aux besoins des patients. Dans ce cadre, ils effectuent des trances chamaniques en utilisant différents outils, tel que le tambour, les chants... Nous rejoignons les travaux de Bourguignon (1989) pour montrer que ces trances caractérisent le chaman et ses savoirs.

Nous soulignons ici que le chaman construit une forme spécifique d'expertise. Celle-ci est construite à partir d'un apprentissage spirituel et surtout de connexion aux alliés. Cette relation privilégiée entre le chaman et son allié se manifeste par une relation d'aide, lors de laquelle la présence d'un animal ou de l'esprit d'un animal guide le chaman lors de voyages de l'âme et de séances de guérison.

Les résultats issus de nos entretiens montrent qu'en Tunisie les chamans apprennent différemment qu'en France. Pour certains leur savoir est d'ordre divin, transmis directement par Dieu. L'engagement dans les SSNC dévoile une capacité d'auto-direction dans l'apprentissage de nouveaux savoirs et savoir-faire. Si certains commencent à s'auto-former d'eux-mêmes, d'autres développent leur savoir, non seulement par un auto-apprentissage, mais également par des formations dans des écoles privées à l'étranger (au Maroc).

Nous remarquons que, contrairement au contexte français, où les alliés font du chaman une personne experte, en Tunisie, ce sont les forces divines qui participent largement à la construction de l'expertise du chaman et font de lui une personne experte. En particulier, le « don » qui émane de l'amour bienveillant de Dieu est une grâce et une faveur divine, débouchant sur l'acquisition d'une légitimité charismatique. Ainsi, le chaman considère que sa légitimité est fondée sur la reconnaissance de la part des demandeurs de soins, de ses facultés exceptionnelles, issues de la possession de dons, et de la transposition de ces dons dans ses pratiques chamaniques. Ici nous sommes en ligne avec les travaux de Gondard (2013) qui considère la légitimité des soins chamanique comme une croyance et un phénomène perçu comme vrai.

A la lumière de cela, nous disons que, pour les chamans, notre première et deuxième proposition ne sont pas pertinentes. Nous soulignons ici *que ce sont l'apprentissage autodirigé, les forces divines et les éléments de la nature qui sont fondateurs du processus de construction de l'expertise et de son type de légitimité.*

Nous rappelons qu'il existe en Tunisie un nombre élevé de chamans. Ceci est relatif à des demandes importantes des citoyens souvent effectuées en cachette ou le plus discrètement possible. Ce paradoxe entre des demandes importantes et des consultations discrètes, s'explique par le fait que souvent, le recours aux chamans ne se limite pas à la recherche d'un soin, mais concerne également d'autres types de demandes telles que le soin lié à une possession démoniaque, les invocations pour faciliter les rencontres, les mariages ou les réussites...

En Tunisie, il existe un nombre si conséquent de chamans, qu'il est parfois difficile de les distinguer des charlatans. C'est pour cela que la majorité du peuple tunisien accorde sa confiance aux chamans religieux, qui connaissent un regain d'intérêt pour leur utilisation d'éléments religieux, en opposition aux autres souvent qualifiés de charlatans et taxés d'escroquerie. Cependant, il est difficile de savoir si l'on a affaire à un chaman religieux ou pas dès la première visite. Souvent, c'est la réputation et le bouche-à-oreille qui renseignent sur la qualité du chaman.

Un charlatan, dans le contexte tunisien, est souvent une personne qui se dit être un chaman religieux, mais qui au final ne l'est pas. Il identifie le mal par la compétence de son « Djinn », qui représente une forme d'allié et qui n'a pas d'égal parmi les humains. Ici les chamans sont habités et possédés par un djinn, qui parfois peut agir violemment contre les chamans qui n'obéissent pas à leur volonté.

➤ *Des modes différents de construction d'expertise débouchent sur l'acquisition d'un même type de légitimité*

La comparaison du mode de construction de leur expertise renseigne sur une différence en termes de processus d'apprentissage et de développement de leur savoir. Pour les chamans tunisiens, ce sont les expériences qui jouent sur l'amélioration de leur savoir, dans le temps. Ainsi, la construction de l'expertise en soins chamaniques est largement dépendante à la fois de l'activité pratique, qui apparaît être un savoir expérientiel nécessaire à un accompagnement personnalisé, et de l'activité relationnelle. Même si ces chamans développent leurs connaissances à partir de lectures, le savoir religieux date de nombreuses années. Le fondement religieux qui à travers les textes est sacré, n'est pas susceptible d'être modifié ou touché. Dans ce sens, les déclarations des chamans se prononcent en faveur d'un apprentissage des différents principes religieux, en décryptant les paroles et versets, ainsi que d'un apprentissage permanent de l'effet des différentes plantes sur le déséquilibre et le soin du corps et de l'esprit.

Nous remarquons que par rapport aux chamans français, les chamans tunisiens s'imposent avec un savoir stable acquis sans beaucoup d'efforts, et en peu de temps. Contrairement aux chamans français, qui par des itinérances, par la communication avec l'esprit, la nature et les animaux et par l'ouverture à d'autres traditions et d'autres civilisations, assurent un développement de leurs bases de connaissances, et de là de leur expertise. Pour ces chamans français, les voyages constituent un moyen de se retrouver, de retourner vers soi et représente un facteur primordial pour renforcer leurs savoirs à travers la découverte de nouvelles techniques, leur permettant d'acquérir de nouvelles compétences et d'améliorer celles déjà acquises.

Nous rajoutons que les chamans français trouvent dans le voyage dans différents pays tels que la Serbie et la Mongolie (sources de tradition chamanique)...un terrain favorable pour visiter les cultures spirituelles, découvrir les rituels afin de renforcer la connexion entre les êtres humains, les ancêtres et les esprits de la nature. Ils utilisent des outils spécifiques (le chant, le tambour, la guimbarde...) comme des modes de connexion privilégiée avec le monde des esprits. Ces éléments représentent le fondement de la construction de leur expertise.

Contrairement aux chamans français, pour les tunisiens la connexion aux éléments naturels et spirituels est considérée comme déjà acquise, et ne nécessite pas, de ce fait, des efforts personnels d'apprentissage et de connexion. C'est la force divine qui permet à certains la possession de ces facultés.

Malgré la différence en termes de construction de savoir, la possession de facultés surhumaines, extraordinaires, de dons et la transposition de ces dons dans les pratiques chamaniques permet une reconnaissance de la part des demandeurs de soins de ces facultés exceptionnelles, qui débouchent sur la construction d'une légitimité charismatique.

Nous confirmons, ici, les apports de la littérature, essentiellement ceux de Weber (2014), dans la définition de la légitimité charismatique comme une forme d'obéissance aux qualités extra-quotidiennes surnaturelles de la personne. En particulier, les résultats confirment la place de ces qualités dans l'acquisition de la légitimité du savoir chamanique. Les chamans sont considérés, ainsi, comme des personnalités charismatiques dotées de qualités hors du commun fondées sur un caractère sacré.

Bien que ces apports théoriques soulignent la place de qualités personnelles extra-quotidiennes dans l'acquisition de la légitimité chez les chamans, ils éliminent le concept rationnel de «compétence ». Car selon ces apports, « *Seules la mission et la qualification charismatiques personnelles du maître confèrent plus ou moins de légitimité à l'homme* » (Weber, 2014, p.

297). Cependant, l'analyse des entretiens prouve qu'en plus de ces considérations et de ces qualités personnelles, le rapport au savoir justifie la réussite des activités des chamans. Ces derniers prouvent leurs facultés extraordinaires par un savoir-faire (ou compétence en d'autres termes) contribuant à satisfaire les demandeurs de soins. Ceci prouve qu'ils construisent dans le temps une expertise en soins chamaniques révélée par une offre de soins de qualité, avec des traitements personnalisés non universels, en fonction des maladies à traiter ou des problèmes à résoudre. Ceci témoigne une prise en compte des intérêts des patients par l'offre de soins convenables, en fonction des maladies et de ce que le client estime devoir obtenir comme résultat, ce qui débouche sur l'acquisition d'une légitimité pragmatique.

Dans ce sens les chamans veillent à la satisfaction des « clients » par l'offre de soins adéquats contribuant ainsi à une satisfaction qui se manifestant, par la suite, par une reconnaissance sociétale qui révèle un savoir-faire issu non seulement de facultés extraordinaires mais également d'expériences professionnelles.

Nous rappelons, ici notre de troisième proposition qui apparaît pertinente aussi pour les chamans, mais nous pouvons également spécifier les mécanismes d'acquisition de ces différents types de légitimité dans leur cas.

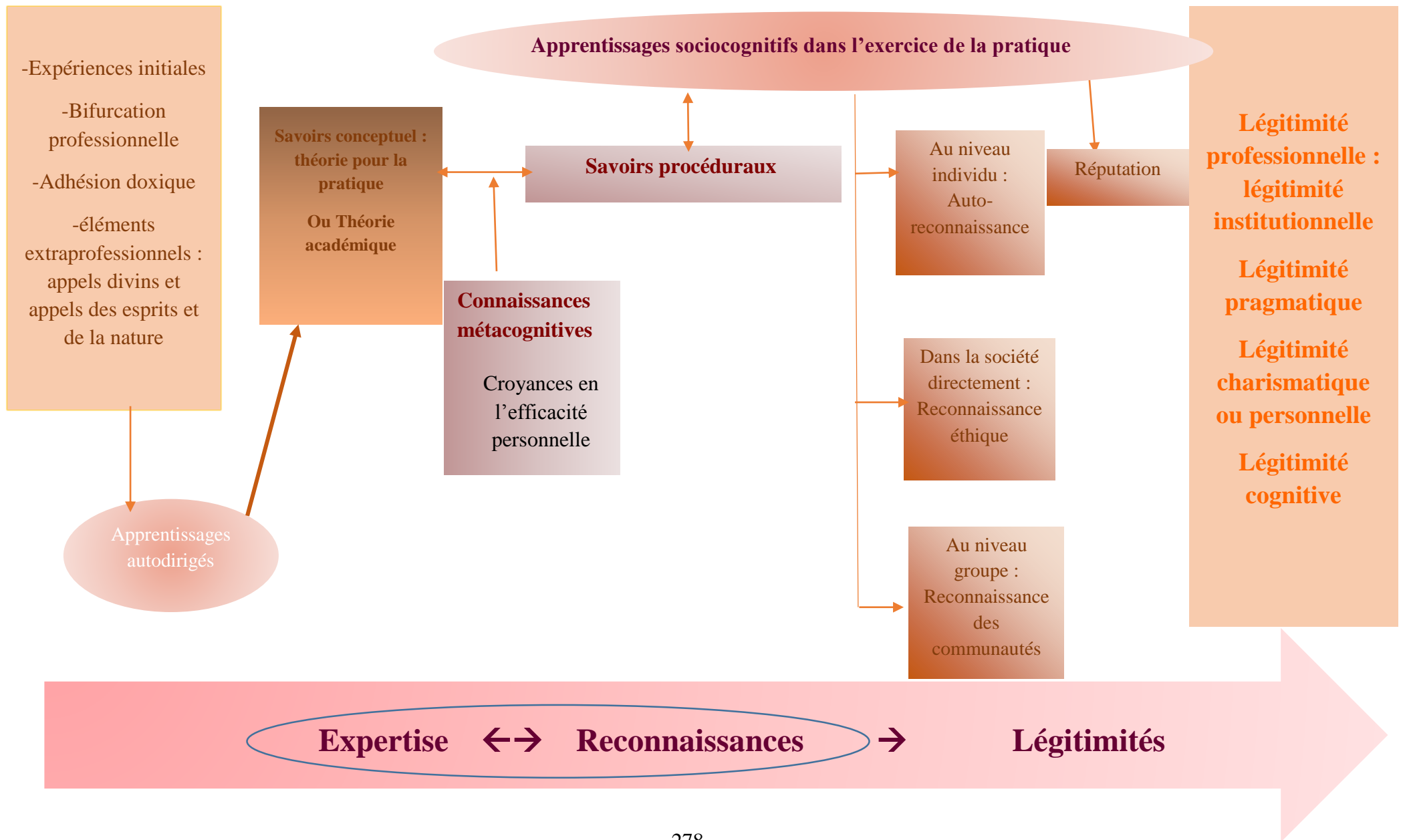
P3 : Il existe en fonction des différents segments professionnels, différentes manières de construire l'expertise, selon les dimensions cognitives et sociales, qui peuvent déboucher sur l'acquisition de différents types de légitimité professionnelle.

Ainsi, la légitimité pragmatique ne se construirait pas seulement sur un savoir technique mais également sur la relation à soi-même. On souligne ainsi le rôle de la métacognition dans la légitimité pragmatique.

Les résultats du terrain montrent par ailleurs qu'en sus de qualités extraordinaires, les chamans font preuve de qualités personnelles et relationnelles marquant leurs réussites professionnelles. Les chamans prennent appui sur le savoir-faire relationnel dans la construction de leur légitimité. La manière de se comporter, et la capacité d'adopter les comportements adéquats dans des situations données contribuent à construire un savoir-faire relationnel, qui s'avère pertinent dans la construction d'une bonne image de soi. Parmi les qualités les plus marquantes indispensables à la bonne pratique, on remarque la capacité à communiquer avec efficacité et sensibilité avec les demandeurs de soins. Ainsi, le fait de rentrer en communication avec les « clients », de les écouter, de leur consacrer le temps nécessaire, d'être ouvert à toute interrogation et à toute explication, constituent des bases nécessaires à l'acquisition d'une légitimité, à partir de la vision qu'ils portent sur eux-mêmes et sur l'importance du relationnel.

Nous ajoutons que l'expertise s'enrichit tout au long de la vie professionnelle par l'expérience qui se construit essentiellement à partir de l'ancienneté dans la pratique des soins chamaniques. Pour ces chamans, principalement tunisiens, les années d'exercice représentent un facteur d'auto-reconnaissance et de reconnaissance éthique. Car en Tunisie, essentiellement, les soins chamaniques issus de la religion sont souvent reliés à des personnes d'un certain âge. Etre une personne âgée dans ce domaine reflète un savoir et une certaine sagesse permettant de gagner une crédibilité auprès des usagers. Donc, les facteurs âge, ancienneté et savoir sont très reliés. Ceci renvoie à l'importance de l'expérience et aux années de qualification. Toutefois, les chamans français considèrent que le degré de savoir et de compétence dépendant de la personne et de ses inspirations et ne peut être lié au facteur âge, ni à l'ancienneté professionnelle.

En rebouclons notre discussion par la présentation de notre « nouveau » modèle issu des résultats du terrain.



Conclusion générale

Au travers de cette thèse, nous avons cherché à comprendre le rôle que joue la construction de la figure de l'expert dans le soutien à la légitimité professionnelle, pour les praticiens indépendants en SSNC. En particulier, la réponse à notre question nous a amené à construire une approche dynamique d'acquisition de la légitimité professionnelle à partir de la construction de l'expertise. En effet, notre question part de l'idée que la légitimité professionnelle de l'individu, en général liée à son groupe d'appartenance professionnelle, ne va pas de soi, selon les profils et parcours de praticiens indépendants étudiés. De plus, le courant théorique sur la légitimité professionnelle, s'inspirant de la sociologie des professions, n'a pas cherché spécialement à articuler l'acquisition d'une légitimité professionnelle au parcours d'apprentissage et de construction d'expertise pour des personnes plutôt isolées et en dehors du salariat ou de corporations. C'est pourquoi ce premier courant théorique est complété par le courant théorique s'intéressant, en sciences de gestion, à l'expert et l'expertise, ainsi qu'au mode d'apprentissage et de construction de l'expertise en entrepreneuriat.

En effet, à la suite de notre revue de littérature, nous avons eu recours à la méthodologie qualitative de l'étude de cas multiples des praticiens, regroupés sous différents types de segments d'activités en SSNC, et comparés sous l'angle épistémologique de l'interprétativisme afin de confronter au terrain nos propositions de recherche. Cette recherche s'appuie particulièrement sur une démarche qualitative, impliquant un grand nombre d'entretiens sur trois types de praticiens indépendants en SSNC (médecins, thérapeutes sans diplômes de médecine et chamans) étudiés dans deux pays : France et Tunisie. Nous avons alors pu mettre en évidence la dynamique de construction de leur expertise, par la mise en lumière du mode d'apprentissage qui caractérise les praticiens indépendants, ainsi que la nature de la reconnaissance sociale qui permet de juger de leur efficacité.

Dans cette conclusion nous rappelons nos résultats du terrain de recherche. Nous discutons ensuite ces résultats pour envisager par la suite les limites de notre travail. Ces éléments nous conduisent enfin à déterminer les apports de cette thèse. En effet, les résultats du terrain ont mis en évidence des différences de combinaisons de légitimités professionnelles pour chaque type de praticiens, mais avec des dominantes selon que la reconnaissance sociale et l'acquisition des connaissances sont inscrites dans des cadres professionnels très institutionnalisés, moyennement institutionnalisés ou pas du tout institutionnalisés. La légitimité institutionnelle

caractérise les médecins français et tunisiens pratiquant les soins non conventionnels, mais celle-ci est assortie dans le temps d'une légitimité pragmatique en SSNC, à partir d'accès à une patientèle et d'apprentissages expérientiels (pas toujours reconnus) facilités par cette légitimité institutionnelle initiale. Dans le cas des thérapeutes, leur pratique en SSNC s'inscrit dans un cadre faiblement institutionnalisé et régulé collectivement en termes de profession. Leur légitimité est à dominante pragmatique, même si pour certains types de soins voire disciplines, on note, dans le cas français une légitimité institutionnelle croissante (cas de l'ostéopathie, mais réappropriée en même temps par les médecins). On note également qu'en France, la pratique de soins de type shiatsu, digipuncture, phytothérapie... est à minima tolérée en dehors de toute reconnaissance par la sécurité sociale ce qui ne semble pas être le cas en Tunisie où ces soins ne sont pas autorisés et ou encouragés. En effet, les opportunités de pratiques en SSNC pour ce type de praticiens restent faibles, pour plusieurs raisons. Une première est celle du statut fort de la médecine allopathique dans un Etat qui se veut soutenir une médecine moderne. Une seconde raison est liée à la fois au niveau de développement économique et aux choix politiques en matière de développement économique du secteur de la santé lui-même, en raison de la situation géopolitique de l'offre tunisienne de santé (diagnostique, allopathique et chirurgicale), jugée attractive vis-à-vis de pays environnants. Dans le cas des chamans, qu'ils exercent en France ou en Tunisie, leur légitimité n'est pas du tout institutionnalisés au niveau de l'Etat, des universités et de la profession. Notons que cela n'est pas toujours le cas au niveau d'autres pays, puisque certaines universités en Amérique Latine offrent des formations sur l'usage de plantes pour la santé à partir du savoir et de l'intervention de chamans. Sur nos terrains, les chamans acquièrent une légitimité surtout charismatique, assortie d'une légitimité pragmatique, bien que celles-ci s'acquièrent à partir d'apprentissages et de construction de l'expertise différenciées entre chamans français et chamans tunisiens. Ce résultat vient un peu modérer notre propos quant à l'idée qu'un type d'apprentissage et de construction de l'expertise, déterminerait un type de légitimité. Nos résultats montrent cependant que ces différences de combinaisons de légitimité s'ancrent dans des différences de parcours de construction de l'expertise qui ont leurs spécificités sociétales. Ainsi même si les médecins français ont mis du temps à reconnaître au niveau de la corporation l'intérêt thérapeutique de soins tels que l'homéopathie ou l'acupuncture, voire l'ostéopathie, ces pratiques sont de plus en plus régulées par l'ordre des médecins, y compris du point de vue de la formation. Par exemple, dans le cas de l'homéopathie et de l'acupuncture, les formations sont offertes dans un cadre interuniversitaire, tandis que l'acupuncture a été interdite par la loi pour les non médecins, étant lié à un acte jugé médical consistant à appliquer des aiguilles sur le corps. Dans le même temps, les thérapeutes

non médecins français construisent leur légitimité à partir d'apprentissages individuels dans la pratique, et de formations professionnelles offertes par les pairs, sur des domaines non appropriés par les médecins (shiatsu, digipuncture, ostéopathie), mais dont bénéficient aussi les médecins français intéressés. Ici le renforcement au niveau de l'apprentissage individuel de ces pratiques se double d'un renforcement au niveau des pairs, dans le cadre associatif local mais aussi national, où se joue une lutte pour leur institutionnalisation en dehors de la médecine. Par contre si les médecins tunisiens se sont bien emparés de savoirs en soins de santé non conventionnels (homéopathie, acupuncture, thermalisme), ceux-ci ne bénéficient pas d'une reconnaissance au niveau de la régulation centralisée de l'offre de formation au niveau national. Hors de cette régulation nationale et en l'absence d'une offre décentralisée de type DU qui existe en France, les médecins tunisiens apprennent quand même dans des Facultés et des associations professionnelles régulées aux niveaux locaux ; associations qu'ils ont créées sans donner accès aux praticiens non médecins. Pour les formations sur des pratiques reconnues telles que l'acupuncture ou l'homéopathie, ils font souvent appel à des étrangers, en majorité français. Mais par ailleurs, les praticiens non médecins tunisiens sont peu nombreux, peu légitimes, ce qui apparaît cohérent avec une offre de formation quasi absente.

Enfin, même dans la construction de l'expertise chez les chamans, qui n'ont cependant pas de légitimité professionnelle, on observe des différences sociétales. Ainsi les chamans français qui n'appartiennent à aucun groupe formel annoncent renforcer leur apprentissage et leur capacité thérapeutique à l'étranger, au contact d'autres chamans, dans des sociétés traditionnelles, et deviennent visibles en organisant des manifestations nationales et internationales. Si, comme ceux-ci, les chamans tunisiens n'appartiennent pas à un groupe formel, en revanche ces chamans ne cherchent pas à augmenter leur capacité thérapeutique dans la mobilité ; ils considèrent que celle-ci est plutôt un don inné et révélé, non modifiable.

Notre recherche s'avère riche d'enseignements sur la transformation, l'émergence mais aussi la rémanence de segments professionnels : elle met en avant des indépendants qui créent leur emploi, et s'insèrent dans des modes différenciés de régulation professionnelle. Cependant pour les deux pays, nous observons des formes de cohérences sociétales différenciées dans l'interdépendance entre les différents segments professionnels (médecins, thérapeutes, chamans) jouant sur les dynamiques de construction de l'expertise et les formes d'acquisition de la légitimité. Néanmoins notre recherche présente aussi des limites.

Les limites de la recherche

Notre problématique est relative à l'identification de la place du processus de construction d'expertise dans l'acquisition de légitimité professionnelle. Mais des questions sous-jacentes ont été identifiées. Malgré une volonté d'explorer plus en profondeur le processus de construction d'expertise, nous n'avons pas pu obtenir un équilibre dans le nombre d'entretiens, à la fois entre les deux pays, et entre les praticiens de chaque pays. Cela est relatif principalement à des problèmes d'accessibilité du terrain. Notamment, nous n'avons pas pu collecter un nombre équivalent de chamans en France et en Tunisie. Car en France, d'une part, il existe un nombre réduit de chamans, au moins dans la région Paca, et d'autre part, les chamans français n'ont pas été très collaboratifs pour faire des interviews, ce qui peut se comprendre au regard de leur faible légitimité institutionnelle et du risque d'interdiction de l'activité pour exercice illégal de la médecine.

Même en Tunisie, malgré l'existence d'un nombre important de chamans, plusieurs ont refusé de nous accueillir et de donner des témoignages. Vu qu'ils exercent dans un espace non réglementé, nous pensons qu'ils ont eu peur de nous faire confiance, d'autant plus que certains ont été poursuivis juridiquement car leurs actes sont tombés sous le coup d'infractions pénales. Malgré nos messages rassurants, plusieurs ont refusé et certains ont même présenté des comportements agressifs et violents. Nous soulignons qu'en Tunisie plusieurs cas d'escroqueries ont été enregistrés ces dernières années, ce qui nous a poussé, par mesure de sécurité, à nous faire accompagner par un membre de notre famille.

Une autre limite qui relève du terrain, est relative au nombre très faible des thérapeutes tunisiens, ce qui explique le nombre réduit des entretiens pour ce segment en SSNC.

Ces situations ont constitué sans doute un frein pour notre enquête.

Aussi, même dans le cas de collaboration volontaire, certains médecins français et tunisiens n'ont pas toujours été à l'aise sur les questions liées à la légitimité, et ont parfois même réagi vivement. Ceci a pu influencer, occasionnellement, le bon déroulement de l'entretien.

Une autre limite concerne la population interviewée. La collecte des données s'étant effectuée auprès d'une population plutôt masculine. Nous pouvons, selon nous, expliquer cette prédominance par le fait que la profession de médecin libéral est plus fortement masculine même si elle a tendance à se féminiser, ce qui reste peu sensible dans la mesure ou la pyramide

des âges est vieillissante (CNOM, 2017)¹⁷ et que les médecins que nous avons interviewés sont des seniors.

Une autre difficulté concerne la visibilité sur les pages web des praticiens tunisiens. Ceci concerne même les médecins. On ne trouve sur les pages web que des médecins connus et d'une certaine réputation et peu de médecins exerçant les SSNC. De plus, presque aucun chaman tunisien n'est visible sur internet. Toutefois, certains créent des pages sur les réseaux sociaux, tel que Facebook, mais pour accéder à leur page et les contacter il faut connaître, a priori, leur noms.

Ce problème de visibilité nous a coûté du temps, et nous avons ainsi été amenés à solliciter l'aide et la collaboration de membres de notre entourage direct (famille, voisins, amis...) en Tunisie en particulier.

Une dernière difficulté est de nature méthodologique, dans le sens où, on n'a pas fait une vraie comparaison approfondie des praticiens des deux pays.

Même si ce travail d'investigation présente certaines limites, il a permis d'assurer, selon nous, des apports théoriques et managériaux.

Les apports de la recherche

Il nous paraît important de souligner les principaux apports de cette recherche, qui nous a permis de comprendre la dynamique de construction de l'expertise chez différents praticiens, dont le parcours se construit diversement en fonction de leur appartenance et attributs professionnels. Nous avons mis en évidence cette dynamique pour déterminer les types de légitimité acquise.

Nous déterminons de manière plus détaillée les apports de cette étude.

Les apports théoriques

Plusieurs études ont été effectuées pour la définition de l'expertise ou plutôt de l'expert et la compréhension des difficultés que représentent ces experts en matière de GRH. La plupart des travaux en sciences de gestion, se sont centrés sur cette problématique dans un contexte organisationnel sans toutefois insister sur les formes d'apprentissages et leurs conséquences en termes de légitimité. D'autre part, peu de recherches en sciences de gestion se sont intéressées à ce processus pour les professions indépendantes qui ont été plutôt l'apanage de la sociologie ou de l'ethnologie. Cependant ces études sociologiques, même si elles ont été pertinentes pour

¹⁷ CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins), 2017, Atlas de la démographie médicale en France, sous la direction de Dr Jean-Marcel Mourgues.

comprendre la construction de la profession médicale, peu se sont intéressées à expliciter les liens entre la construction de l'expertise en SSNC et l'acquisition de légitimité professionnelle. De plus, si très peu d'études (Marquis et Giraldo, 2010) ont approfondi la construction de la profession des thérapeutes, celles-ci ne se sont pas intéressées à comprendre la dynamique d'apprentissage et de construction de l'expertise. Elles se sont orientées plutôt vers une analyse comparative de la manière dont ils se définissent comme groupe professionnel par rapports aux médecins, et à la façon dont ils se rapprochent de leurs concurrents, à savoir les médecins. De plus, s'intéressant à la comparaison entre la médecine allopathique et les « cures chamaniques », les travaux de Gondard (2013) se sont centrés sur la présentation des caractéristiques de chaque type de soins et des apports de chaque technique, éventuellement de la recherche d'une unique forme de fonctionnement. Cependant cette étude n'a pas cherché à comprendre comment les deux techniques se construisent, ce qui nous intéresse ici, dans la mesure où nous supposons un lien entre formes d'apprentissages techniques et légitimités.

Ainsi, étudier la dynamique d'apprentissage dans un domaine sensible touchant les SSNC, domaine très peu reconnu, n'a pas fait l'objet d'études rigoureuses de recherche.

Afin de combler ces lacunes, nous avons mobilisé le courant théorique sur la légitimité professionnelle, complété par celui s'intéressant, en sciences de gestion, à l'expert et l'expertise ainsi qu'au mode d'apprentissage et de construction de l'expertise en entrepreneuriat.

La construction de l'expertise suppose un apprentissage des connaissances déclaratives et procédurales, celles-ci étant combinées à travers l'apprentissage par l'expérience, qui vient agrandir et modifier les connaissances par la théorisation de la pratique (Tynjälä, 2009 ; Berry, 1985 ; Clancey, 1983 ; Scribner, 1985 ; Lafrance, 1989 ; De Fornel, 1990).

Ainsi, nous avons souligné que plusieurs travaux de recherche ont mis en exergue l'importance de l'acquisition de ces connaissances explicites et tacites dans le processus de construction de l'expertise. Dans ce cadre, « *la spécificité d'un expert ne tient pas tant dans le mode de représentation des connaissances qu'on lui prête que dans sa capacité de traduire son savoir en action. L'expertise n'est pas seulement organisée fonctionnellement mais aussi tactiquement* » (De Fornel, 1990, p.65).

Les résultats de notre recherche ont montré la place que jouent les connaissances, déclaratives et procédurales, dans la construction de l'expertise chez les praticiens interviewés. Ainsi, les médecins apprennent le savoir en SSNC dans un cadre universitaire, mais aussi dans des écoles privées et dans un cadre associatif, ouvert en France aux thérapeutes voire construit par eux. De leur côté, les thérapeutes acquièrent ce savoir formel en SSNC dans écoles ou des associations.

Mais cet apprentissage ne peut cependant pas suffire à faire du praticien une personne experte, car ses connaissances sont développées dans la pratique à travers l'expérience. Nous soulignons ici l'importance des années d'expériences dans la construction de ce processus, ce qui permet au praticien d'agir intuitivement qu'il soit médecin ou thérapeute.

Cependant, les résultats d'analyse montrent une forme particulière de construction d'expertise chez les chamans. On souligne moins d'apprentissage formel, au profit d'une expertise fortement liée à un apprentissage autodirigé. Ainsi, c'est la spécificité de leur activité qui conduit à une forme particulière de construction d'expertise. Pour les chamans français, ce sont les guides spirituels qui font du chaman une personne experte. Pour les chamans tunisiens, c'est la volonté divine qui participe à la construction de leur expertise. Ainsi, nous remarquons que leur expertise est dépendante de ce que les éléments spirituels et divins leur offrent, d'où une forme de légitimité dominante de type charismatique

De plus, pour une offre de soins très personnalisés, les chamans, principalement français, ne peuvent pas tout apprendre de l'expérience, et, en fonction des besoins professionnels, ils sont souvent obligés de faire des « voyages chamaniques » afin de se connecter aux esprits et aux éléments de la nature. Néanmoins, les chamans tunisiens (religieux), ne cherchent pas à augmenter les connaissances au fondement de leur capacité thérapeutique, à savoir les dispositions religieuses et spirituelles transmises par une force divine ; ils considèrent que cette capacité est plutôt un don inné et révélé, non modifiable. Cependant, l'offre de soins personnalisés nécessite de leur part une recherche de traitements naturels à donner.

Aussi, nous pouvons dire que la dynamique de construction de l'expertise pour des praticiens indépendants pratiquant les SSNC, diffère de celle édifiée dans le domaine organisationnel. Dans notre contexte de profession libérale et indépendante, cette dynamique se construit à partir d'apprentissages expérientiels proches de ceux décrits en entrepreneuriat. Cependant, la dynamique de construction d'expertise des chamans est bien spécifique. Contrairement à la théorie, cette dynamique ne se fonde pas sur un apprentissage formel ou tacite, mais sur des éléments surhumains (volonté divine, alliés) qui participent à la construction de ce processus et débouchent sur l'acquisition de leur légitimité.

En effet, nos apports en sciences de gestion s'avèrent aussi pertinents dans la mesure où ils viennent éclairer le débat sur la construction du leadership et de sa légitimité charismatique dans un environnement organisationnel. Ainsi, nos apports peuvent être transposés d'un monde

libéral indépendant au monde des entreprises (Start up, PME ou grande entreprises), pour apporter un nouvel éclairage, à l'origine de cette légitimité.

Dans ce cadre organisationnel, ces entrepreneurs innovateurs se fondent sur des capacités qu'ils croient « extraordinaires » et non accessibles à tous, pour mettre en place des nouvelles créations. En se référant à nos résultats de recherche, nous pouvons améliorer les travaux antérieurs en sciences de gestion -qui n'ont pas encore étudié en détail la place de cette légitimité au niveau organisation ni s'attarder à déterminer ses sources- pour montrer que ces entrepreneurs cherchent à prouver l'acquisition d'une légitimité charismatique du fait qu'ils pensent avoir des capacités assimilables à des « dons ». Ce qui génère une auto-efficacité personnelle. Ces éléments « extraordinaires » sont ainsi la source de cette faveur d'exploration des idées nouvelles ou de création. Dans ce sens leur légitimité n'est pas liée à une forme d'apprentissage particulière, à un savoir formel ou à un diplôme validé institutionnellement, mais elle se fonde sur leur croyance à la disposition des « dons », qui leur permettant de justifier leur création. Ainsi leur légitimité est issue de leur capacité à convaincre sans se baser sur des formations académiques.

Cette étude nous a permis de mieux comprendre le phénomène de transformation et d'émergence des savoirs en SSNC pour différents segments professionnels qui les investissent à partir de statuts libéraux ou indépendants. Ce phénomène est étudié par une explicitation du mode de construction de l'expertise et de son rôle dans l'acquisition de la légitimité professionnelle. Elle nous a permis aussi de déterminer les axes possibles à prendre en compte pour améliorer le mode d'apprentissage nécessaire à la construction d'expertise dans un contexte de développement des emplois par des indépendants.

Les apports managériaux

A partir des résultats de recherche, nous formulons quelques recommandations.

En effet, notre problématique, qui conduit à l'étude de l'implication des différents parcours de construction de l'expertise de praticiens indépendants, sur les formes de légitimité professionnelle, prend en compte la capacité des praticiens à apprendre et à construire leur expertise dans un domaine peu reconnu, en présence de plusieurs types de contraintes. Notre contribution a été, notamment, de comprendre comment ces praticiens apprennent et comment cet apprentissage interagit avec la légitimité professionnelle.

A partir des analyses effectuées, nous avons pu répondre aux questions de recherche. Mais nous avons remarqué que les praticiens qui apprennent dans un cadre institutionnellement reconnu bâtissent facilement leur savoir et acquièrent un fort sentiment d'efficacité, car leur légitimité est tirée de cette forme d'apprentissage. En particulier, nous remarquons que pour les thérapeutes, c'est essentiellement l'apprentissage auprès des associations ou des fédérations reconnues qui les motivent à apprendre, car ceci participe largement à la construction de leur légitimité. Ainsi, nous constatons que le renforcement de l'action collective au sein des associations et la coordination des activités est un puissant stimulant à l'apprentissage, pour les indépendants, conduisant au développement de leur savoir et des pratiques ainsi qu'au renforçant du sentiment de reconnaissance sociale par les pairs. Nous avons remarqué, lors de notre analyse sur les thérapeutes en particulier, la place des efforts réalisés dans le cadre associatif pour une offre de soins de qualité, et en même temps une reconnaissance institutionnelle de l'association et de là des titres obtenus.

Les apports méthodologiques

Notre question de recherche consiste à éclairer le rôle joué par la construction de la figure de l'expert dans le soutien à la légitimité professionnelle pour les praticiens en SSNC. Nous avons mis en évidence le mode d'apprentissage et les savoirs qui caractérisent les praticiens indépendants en SSNC, ainsi que la nature de la reconnaissance sociale qui permet de juger de leur efficacité. En particulier, les recherches théoriques et notre immersion sur le terrain nous ont permis d'apporter des réponses à notre question de recherche. En particulier, la thèse a montré surtout des différences de légitimités qui s'ancrent dans des différences de parcours de construction de l'expertise qui ont leurs spécificités sociétales.

En effet, on remarque en Tunisie un monopole médical qui se manifeste par l'interdiction de l'apprentissage et de l'exercice des SSNC. L'absence des écoles publiques et privées justifient cette domination du savoir médical. Nous avons dans ce cadre interrogé des thérapeutes exerçant essentiellement dans le domaine du bien-être. Ainsi, les praticiens tunisiens non médecin sont peu nombreux, peu légitimes. Cela apparaît cohérent avec une offre de formation quasi absente et où les rapports sont plutôt fermés de la part des médecins envers les thérapeutes car ils ne souhaitent pas les voir se développer comme un autre groupe concurrent à côté des chamans déjà présents.

Nous remarquons que les spécificités culturelles et sociales jouent aussi un rôle dans le renforcement de cette position de monopole et de retard juridique en termes d'interdiction

d'exercices en SSNC par les thérapeutes non médecins. Nous soulignons dans ce cadre que les patients tunisiens sont de plus en plus orientés vers les soins conventionnels prouvés scientifiquement. Cela se produit alors qu'auparavant, le savoir thérapeutique traditionnel était largement utilisé, essentiellement pour les personnes appartenant à des classes sociales à faible revenu et dans des régions éloignées des centres hospitaliers. Toutefois, ces mêmes catégories de personnes sont celles qui, aujourd'hui, utilisent le plus des soins conventionnels.

Les médecins Tunisiens apprennent dans des Facultés et des associations professionnelles régulées aux niveaux locaux. Mais pour les formations sur des pratiques reconnues en SSNC, ils font notamment appel à des étrangers en majorité français.

On note ici, qu'en Tunisie les diplômés étrangers sont souvent plus valorisés que ceux nationaux. Dans ce cadre, s'approprier du savoir des médecins français- que ce soit à partir de formation suivies en France, ou en Tunisie par la présence de formateurs français- est une manière de garantir une reconnaissance sociale. Ainsi, mettre une évidence cette relation transnationale permet aux médecins tunisiens de garantir la construction de leur légitimité. Ces derniers prennent appui, dans la construction de leur légitimité, sur la légitimité institutionnelle et pragmatique des médecins français en SSNC. Légitimité dont bénéficient les thérapeutes français et dont peuvent bénéficier in fine les thérapeutes tunisiens (non médecins selon notre définition initiale), d'autant plus, que la Tunisie suit très souvent le modèle français dans plusieurs domaines.

Par contre, les médecins français construisent aussi leur légitimité à partir d'apprentissages individuels dans la pratique et de formations continue offertes par les pairs non médecins sur des domaines non appropriés par les médecins mais dont ils bénéficient.

Enfin, pour les chamans, qui n'ont pas de légitimité professionnelle à proprement parler, on observe des différences sociétales. Il existe en France un nombre limité de chamans. Car selon la construction sociale de la société française, peu de gens croient en leur savoir, dont l'efficacité reste difficile à prouver ou à apprécier. Par contre, dans la construction sociale tunisienne, les chamans sont très présents même si plusieurs ne croient pas à leur savoir. Mais en liant leur savoir à un savoir religieux, ou traditionnel, plusieurs chamans profitent de la non reconnaissance du savoir des thérapeutes tunisiens pour justifier de l'efficacité des leurs et par là de leur légitimité. Ils ont pu se développer comme un groupe concurrent à côté des thérapeutes qui reste un groupe stable mais faible professionnellement, dans une situation où les enjeux économiques et professionnels pèsent pour lutter contre leur développement.

Bibliographie

Abbott A. (1988), «The System of the Professions, An Essay of the Division of Expert Labour», Chicago University Press.

Abdmouleh (2009), « Les guérisseurs et la quête d'une légitimité sociologie d'une profession illégitime », in les pratiques parallèles de soins : aspects sociologiques et éthiques, treizième conférence annuelle, Sousse, Tunisie.

Aldrich H. et Fiol C.M. (1994), «Falls rush in The institutional context of industry creation», Academy of Management Journal, vol.19, n°4.

Allard-Poesi F et *al.*, (2007),) « Méthodes de recherche en management », in Thietart R.A. Dunod.

Ancori B. (2009), « Expertise et citoyenneté : les grecs anciens et nous », Revue d'anthropologie des connaissances, P. 485-529.

Anderson J.R et *al.* (1981), « Acquisition of problem-solving skill », in Anderson J.R., «Cognitive skills and their acquisition», Hillsdale, Erlbaum

Anderson J.R et Neves D M. (1981), « Knowledge compilation: mechanisms for the automatization of cognitive skills », in Anderson J.R., « Cognitive skills and their acquisition», Hil· Isdale, Erlbaum.

Anderson J.R. (1983), « The Architecture of Cognition», Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Angers M. (1996), « Initiation pratique à la méthodologie des Sciences Humaines », Québec, CEC, 2000

Angué, K. (2006), « Les partenaires de coopération en recherche et développement dans les Sciences du Vivant », Thèse de doctorat, Université de Nice

Arborio A.M et Fournier P. (2005), « L'Enquête et ses méthodes ». L'observation directe, Paris, Colin.

Arborio A.M (2012), « Aux marges d'une profession : l'intérim infirmier », Sociologie santé.

Arendt. H (1972), « Sur la violence », in « du mensonge à la violence », trad. Durand G., Paris, Calmann-Lévy.

Aschehoug F., 1992, « L'année psychologique », 92, n°3, PUF.

Aubret, J. et *al.* (1993), « Savoir et pouvoir : les compétences en question », Paris : PUF.

Avenier M.J et Thomas, C. (2012), « La justification des connaissances produites par les recherches qualitatives en sciences du management : Les liens entre épistémologie et méthodologie », document de travail.

Babeua O et Chanlat. J. F, (2008), « La transgression, une dimension oubliée de l'organisation », Revue française de gestion, vol. 34, n°18, P. 201-219.

Bachelet G et *al.* (2003), « An updated checklist of marine and brackish water Amphipoda (Crustacea: Peracarida) of the southern Bay of Biscay (NE Atlantic) », Cahiers de Biologie Marine, P. 121-151.

Backouche I. (2008), « Devenir expert », Genèse, 1, n°70

Bailyn, L. (1991), «The hybrid career: an exploratory study of career routes in R & D», Journal of engineering and Technology Management, Elsevier.

Bandura, A. (1986). «Social foundations of thought and action », Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Bandura, A. (2002). « Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle », Paris, Edition De Boeck.

Bardin L. (2001), « L'Analyse de contenu », Paris, PUF.

Basso O. et Thévenet M. (2006), « La gestion des experts chez Thales ». Revue Française de Gestion, vol. 168-169, n° 9, P. 221-224.

Baszanger I. (1981), « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », Revue française de Sociologie, vol. XXII, P. 223-245

Baszanger I. (1991), « Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale », Sciences Sociales et Santé, vol. IX, n°2.

Baszanger I. (1992), « La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme », Paris, L'Harmattan.

Baumard P. et Ibert, J. (2007), « Quelles approches avec quelles données », in Thietart R.A et coll., (2007), « Méthodes de recherche en management », 3ème édition, Dunod, Paris.

Bayouhd *et al.* (2016), « Réputation et légitimité organisationnelles : similarités et différences conceptuelles », XXIVe Conférence Internationale de Management Stratégique de l'AIMS.

Becker H.S. (1962), « The nature of a profession », in Education for the Professions, Chicago, National Society for the Study of Education.

Béroujon A. (2008), « Peuple et pauvres des villes dans la France moderne, de la renaissance à la révolution », Armand Colin.

Berry D. C. (1985), «The Problem of Implicit Knowledge», The international Journal of Knowledge Engineering.

Bessin M, Bidart C et Grossetti M. (2010), « Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'évènement », La Découverte.

Beylier R.P. *et al.* (2011), « Les distributeurs à la conquête de la légitimité territoriale : le cas Carrefour ». Management & Avenir, Vol. 4, n°44, P. 235-255

Bhaskar R. (1978), « A realist theory of science », 2nd Edition, Hassocks: Harvester Press

Bidart C. (2006), « Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques », cahiers internationaux de sociologie, n° 120, P. 29-57

Blaug M G. (1982), « Des idées reçues aux idées de Popper », in Blaug M., La méthodologie économique, Paris, Economica, P. 4-25

Boisot M. et Li Y. (2005), «Codification, Abstraction, and Firm Differences: A Cognitive Information-based Perspective», Journal of Bioeconomics.

Bootz J.-P., Lièvre P., Schenk E. (2012), « Sollicitation d'experts en mode exploration : le cas d'une expédition polaire », Cahier de recherche n° 2012-006, CRCGM, Clermont-Ferrand.

Bootz, J.P. (2013), « L'évolution du manager : un pilote de communauté de pratique entre l'expert et l'entrepreneur », Management et Avenir /5 (N° 63).

Bootz. J.P, Schenk. E. (2014), « L'expert en entreprise : proposition d'un modèle définitionnel et enjeux de gestion », Management et Avenir, Vol.1, n°67.

- Borkowski, J. G., Reid, M. K., Kurtz, B. E. (1984), « Metacognition and retardation: Paradigmatic, theoretical, and applied perspectives », in Brooks P. H., Sperber R. et McCauley C., « Learning and cognition », in the mentally retarded, Hillsdale, NJ : Erlbaum,
- Bouquet B. (2014), « La complexité de la légitimité », Vie sociale, Vol. 4, n°8, P. 13-23
- Bourguignon E. (1989), « Trance and Shamanism: What's in a Name? Special Issue: Shamanism and Altered States of Consciousness, Journal of Psychoactive Drugs, P. 9-15.
- Brown. A. L. (1978), « Knowing when, where and how to remember: a problem of metacognition ». In Glaser R., « Advances in instructional psychology », P. 77-165, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brown A.L. (1987), « Métacognition, Executive Control, Self-regulation and other more mysterious mechanisms », in Weinert F.E. et Kluwer R.H., « Métacognition, motivation and understanding », Hillsdale, LEA, P. 65-116.
- Bourdieu. P. (1979), « La distinction : critique sociale du jugement », Paris : les Editions de Minuit.
- Bourdieu P. (1988), « L'ontologie politique de Martin Heidegger », Paris, Édition de Minuit.
- Bourdieu. P et Wacquant. P.D. (1992), « Pour une anthropologie réflexive », in: Revue française de sociologie, P. 34-2.
- Bourdieu P. (1997), « De la maison du roi à la raison d'État. Un modèle de la genèse du champ bureaucratique », Actes de la recherche en sciences sociales, n° 118, juin, p. 55-68.
- Bourdieu. P (1998), « La domination masculine », Paris, Seuil, coll. Liber.
- Bourdieu. P. (2012), « Sur l'État. Cours au Collège de France (1989-1992) », Paris : Le Seuil/Raisons d'agir.
- Bourdoncle, R. (1993), « La professionnalisation des enseignants : les limites d'un mythe », Revue Française de Pédagogie, n°105.
- Bourret et Huard. (1990), « Création, appropriation, recomposition : processus innovants dans la production du diagnostic prénatal », Sciences sociale et santé, Vol.8, n°4, 57-89.
- Boussard V, Demazière D, Milburn P. (2011), « L'injonction au professionnalisme », Rennes, PUR, 2010.

Bradach J. L., Eccles R. G. (1989), «Price, authority and trust: from ideal types to plural forms», *Annual Review of Sociology*, Vol. 15, p. 97-118.

Brinkerhoff, D. W. (2005), « Organisational Legitimacy, Capacity and Capacity Development», Paper presented at Public Management Research Association 8th Research Conference, University of Southern California School of Policy, Planning, and Development, Los Angeles, California.

Bûcher.R, Strauss. A. (1961), « Profession in process », *American journal of sociology*, Vol.66, n°4, Traduction parue dans Isabelle Baszanger, 1992, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

Bûcher R., Strauss A. (1992), « La dynamique des professions », In : Strauss A., « La trame de la négociation », Paris, L'Harmattan, P. 67-86.

Buisson, M. L. (2008), « Légitimité et Sciences de Gestion : Etat des Lieux et Perspectives », *Humanisme et Entreprise*, Vol. 4, n°289, P. 29-57

Buisson M.L. (2009), « La légitimité intra-organisationnelle des pratiques de gestion : le cas de l'introduction de la rémunération au mérite dans les organisations de service public », XXème Congrès AGRH, 9-11 septembre, Toulouse

Calafat G. (2011), « Expertise et compétences Procédures, contextes et situations de légitimation », *Hypothèses*, Vol. 1, n° 14, P. 95-107

Canguilhem. G. (1978), « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », *nouvelle revue de psychanalyse*, n° 17.

Capron M., Quairel F. (2006), « Evaluer les stratégies de développement durable des entreprises : l'utopie mobilisatrice de la performance globale », *Revue des Organisations responsables*, Vol. 1, n°1.

Carré P. (2004), « Bandura : une psychologie pour le XXIIE siècle ? » *Savoirs*, Vol.5, P. 9-50.

Carr-Saunders A.M. et Wilson P.A. (1933), «The Professions», Oxford, Clarendon Press.

Castel, R. (1987), « Savoirs d'expertise et production de normes », in Chazel F. et Commaille J, « Normes juridiques et régulation sociale », Paris, Droit et Société.

Castel P., Dalgarrondo S., (2005), « Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales », Sciences Sociales et Santé, Vol.23, n°4, P. 5-40.

Champy F. (2009), « La Sociologie des professions », Paris, puf.

Chalmers A.F. (1987), « Qu'est-ce que la science ? » Récents développements en philosophie des sciences : Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend, Ed. La Découverte, Paris.

Chateauraynaud. F. (1986), « Les médecins et les techniques de soins non allopathiques. Modes d'installation et formes de capital thérapeutique », in: Sciences sociales et santé. Vol.4.

Chiles T.H., McMackin J. F. (1996), «Integrating Variable Risk Preferences, Trust and Transaction Cost Economics», Academy of Management Review, Vol. 21, n°1, P. 73-99

Chouaibi M. (2016), « Droit du patient : Etude comparée entre la France et la Tunisie », Thèse de doctorat en droit public, Université d'Aix-Marseille, Centre de droit de la santé.

Cicourel A. (1986), « Social Measurement as the Creation of Expert- systems», in Fiske D.W. & Shweder R., Metatheory in Social Science. The University of Chicago Press, P. 246-270

Clancey W.J. (1983), « The Epistemology of a Rule-based Expert System - a Framework for Explanation », Artificial Intelligence, P. 215-251

Coenen-Huther.J (2005), « Heurs et malheurs du concept de rôle social », Revue Européenne des Sciences Sociales, Tome XLIII, n° 132.

Cook, S.D.N. et Brown, J.S. (1999) «Bridging epistemologies: Between organizational knowledge and organizational knowing», Organization Science, VOL. 10, n°4.

Collier D. (1993), « The comparative method», in Finifter A. W., «Political Science: The State of the Discipline II», American Political Science Association, Washington D. C.

Coulet. J.C (2014), « La conceptualisation dans l'activité individuelle et collective. Implications pour le management des connaissances et des savoirs », Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnel. Vol. XX, n°49.

Courpasson D., Livian Y.-F. (1991), « Le développement récent de la notion de compétence : glissement sémantique ou idéologique ? », Gestion des ressources humaines, n° 1, P. 3-10.

Cremer E et Meschi P.X. (1996), « Relating the corporate competences building to the objectives emerging from the processus of strategy: the case of Merlin Gerin Groupe Schneider», in HEENE A. et SANCHEZ R. , *Competence-based Strategic Management*, Chichester, John Wiley

Danis, C. et Tremblay, N.A. (1985), « Principes d'apprentissage des adultes et audodidaxie », *Revue des sciences de l'éducation*, Vol. 11, n°3.

David, A. (2004), « Devons-nous choisir entre actionnabilité et scientificité ? », colloque AOM-ISEOR sur les méthodes de recherche en sciences de gestion, Lyon, 18-20 mars.

Debackere, K., Buyens, D., et Vandebossche, T. (1997). «Strategic career development for R et D professionals: lessons from field research», *Technovation*, Vol.17, n°2.

Debref R. et Brulé-Gapihan E. (2012), « The social construction on environmental performance: the case of the analysis of the life cycle in the sector of resilient flooring », *Economie et Institution*, n°18-19

Deephouse, D.L. (1996), «Does Isomorphism Legitimate? », *Academy of Management Journal*, Vol. 39, n°4.

Deephouse, D. L. et Carter S.M. (2005), «An Examination of Differences Between Organizational Legitimacy and Organizational Reputation», *Journal of Management Studies*, Vol. 42, n°2.

Defélix C et *al.*, (2006), « Nouveaux regards sur la gestion des compétences », Paris, Vuibert.

De Fornel, (1990), « Qu'est-ce qu'un expert ? Connaissances procédurale et déclarative dans l'interaction médicale », *Réseaux. Communication - Technologie – Société*, Vol. 8, n°43, P. 59-80

Delcenserie, S. (2008), « Les médecines non-conventionnelles en France : de l'ombre au clair-obscur », *Revue de droit sanitaire et social*, P. 73-85.

Demaret, J. (2014), « Le Processus de Construction de Légitimité des Contrôleurs de Gestion », Thèse Soutenue à l'Université Francois- Rabelais Tours.

Demazière D., Gadéa C. (2009), « Sociologie des groupes professionnels, Acquis récents et nouveaux défis », Paris, La Découverte.

Denzin N. et Lincoln Y.S (1994), « Introduction. entering the field of qualitative research», in Denzin N. K. et Lincoln Y. S., «Handbook of qualitative research», Thousand Oaks : Sage, P. 1-17.

Derouiche (2009), « Médecin et pratiques parallèles de soins », Aspects déontologiques, Treizième Conférence Annuelle Sousse, Tunisie le 4 décembre 2009.

Dessi F. (2013). « Le statut juridique des médecines non conventionnelles ». Master 2 recherche « Droit public et privé de la santé », Les Etudes Hospitalières, sous la direction de Berland-Benhaïm Caroline, Collection Mémoires numériques de la BNDS, Aix-Marseille Université.

Dewey J. (1938), «Experience and education», New York: Macmillan Company.

Deslauriers J.P et Hurtubise Y. (1997), « La connaissance pratique : un enjeu », Nouvelles pratiques sociales, vol. 10, n° 2, P. 145-158.

Di Maggio, P. J. et Powell W. (1983), « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality», in Organizational Fields, American Sociological Review, Vol. 48, n°2.

Dreyfus H, Dreyfus S. (1986), «Mind over Machine. The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer», Oxford: Basil Blackwell

Dubar C. et Tripier, P., (1998), « Sociologie des professions », Armand Colin.

Dubar C et *al.* (2011), « sociologie des professions », Armand Colin.

Dubois et *al.* (2006), « Connaissances et reconnaissances de l'expert », le cahier de l'INSA, Strasbourg.

Durand T. (2000), « L'alchimie de la compétence », Revue Française de Gestion, n° 127, P. 84-102.

Efklides A. (2006), « Metacognition and affect: What can metacognitive experiences tell us about the learning process? », Educational Research Review, P. 3-14.

Efklides A. (2008). « Metacognition: Defining its facets and levels of functioning in relation to self-regulation and co-regulation », *European Psychologist*, P. 277-287

Eisenhaedt K. (1989), « Building Theories from Case Study Research », *Academy of Management Review*, Vol. 14, n°11, P. 532-550.

El Akremi, A., Sassi, N. & Bouzidi, S. (2009), « Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail », *Relations industrielles*, Vol. 64, n°4, P. 662–684

Elsbach et Sutton (1992), « Acquiring Organizational Legitimacy through Illegitimate Actions: A Marriage of Institutional and Impression Management Theories», *The Academy of Management Journal* Vol. 35, n°4.

Elzière. P. (1986), « Des médecines dites naturelles », *Sciences sociales et santé*, Vol. 4, n°2.

Ericsson, K. A. (1996). «The acquisition of expert performance: An introduction to some of the issues». In K. A. Ericsson (Ed.), «The road to excellence: The acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports, and games», P. 1–50). Mahwah, NJ: Erlbaum

Evetts, et *al.* (2006), «Professionalization, scientific expertise, and elitism: A sociological perspective», *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*.

Flavell, J.H., (1976). «Metacognitive aspects of problem-solving», in Resnick L.B., (Ed.), «The nature of intelligence». Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Flavell, J. H., et al. «Perspectives on the development of memory and cognition», Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1977.

Flavell, J. H. (1979). «Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry». *American Psychologist*, Vol.34, n°10, P. 906 - 911.

Freiche, J. (1992), « L'usage du concept de compétence », *Personnel*, n° 331, P. 28-29.

Freidson.E. (1970), « Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge », Dodd, Mead, New York.

Friedmann. D, (1981), « Les guérisseurs », Paris, A.M. Métailié.

- Ferrarese. E. (2010), « Le conflit politique selon Habermas », *Multitudes* /2 (n° 41).
- Fort, F., et Fixari, D. (2005), « Gérer des chercheurs en entreprise : carrières, affectation aux projets et pilotage des compétences », *Gérer et comprendre*, 15-23.
- Gagnière, L. (2010), « Comment inciter les régulations métacognitives pour favoriser la résolution de problèmes mal structurés ? », Doctoral dissertation, University of Geneva.
- Garud. R, Karnoe. P. (2001), « Path Dependence and Creation », Lawrence Erlbaum Associates, P. 1-40.
- Gastaldi, L., (2007), « Stratégies d'innovation intensive et management de la recherche en entreprise : vers un nouveau modèle de recherche concourante », Thèse de doctorat en Sciences de gestion.
- Gastaldi, L., et Gilbert, P. (2007). « Vers un modèle d'analyse des instruments de gestion des ressources humaines. Le cas de double échelle scientifique et managériale », Congrès de l'Association Francophone de Gestion des Ressources Humaines (AGRH).
- Gastaldi, L., et Gilbert, P. (2008). « Des experts à gérer : un même objectif, des pratiques différenciées », *Entreprise et Personnel*.
- Gavard-Perret et al (2008), « Méthodologie de la recherche », Pearson Education.
- George C. (1985), « Comment conceptualiser l'apprentissage », *Revue française de pédagogie*, n°70, P. 61-70
- Gharbi et al, (2009) « Les pratiques Alternatives en carcinologie : résultat d'une enquête, Service de Médecine Carcinologique CHU Hached Sousse – Tunisie », in « les pratiques parallèles de soins : Aspects sociologiques et éthiques », treizième conférence annuelle, Sousse, Tunisie.
- Giordano Y. (2003), « Les spécificités des recherches qualitatives », in Giordano Y., « Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative », Paris : EMS.
- Glaserfeld E. von. (1988/1981), « Introduction à un constructivisme radical », in P. Watzlawick (dir.) « L'invention de la réalité », Paris, Seuil, pp. 19-43. Traduit de Einführung

in den radikalen Konstruktivismus. In: P. Watzlawick «Die erfundene Wirklichkeit. Munich», Piper, P. 16–38.

Glaserfeld E. von. (2005), « Thirty years radical constructivism», Constructivist Foundations Vol.1, n°1, P. 9-12

Glasser B. et Strauss A. (1967), « The discovery of grounded theory: strategies of qualitative research», London: Weidenfeld an Nicholson.

Gondard E. (2013), « Visages de la médecine », Sociétés, Vol. 3, n° 121, P. 127-135

Graz. B et al, (2011), « A reverse pharmacology approach for developing an anti-malarial phytomedicine », Malaria Journal.

Grimaldi. A, (2010), « Les différents habits de l'« expert profane », Les Tribunes de la santé, n° 27, 91-100.

Grimand A. (2009). « Des compétences individuelles aux compétences stratégiques : un essai de modélisation des stratégies concurrentielles fondées sur les ressources humaines », in Retour D., Pick T. et Defélix C. « Gestion des compétences – Nouvelles relations, nouvelles dimensions », Paris, Vuibert. P. 35-56.

Grossetti M. (19986), « Métaphore économique et économie des pratiques », Recherches Sociologiques, Bruxelles, Vol. XXVII, n° 2.

Guay et Gagnon (1988), « Légitimité professionnelle et reconnaissance sociale : l'exemple des ingénieurs forestiers du Québec », Sociologie et sociétés, vol.20, n° 2.

Guba E.G et Lincoln Y.S (1988), « Fourth Generation Evaluation », London, Sage.

Guglielmino L. (2008), « why self-directed learning», International journal of self-directed learning, Vol.5, n°1, P. 1-13.

Guittard, C., Welter, A. (2014). « Définition et sélection de l'expert IT : Approches cognitives et sociales », Management & Avenir, Vol.1, n°67, 101-121

Habermas J. (1973), « La Technique et la Science comme "idéologie" », Paris, Gallimard.

Habermas J. (1978), « Raison et légitimité, problème de légitimation dans le capitalisme avancé », Payot.

Habermas J. (1987), « Théorie de l'agir communicationnel », Fayard (1ère édition, 1981).

Harrison W.D. (1987), « Reflective Practice in Social Care », *Social Service Review*, septembre, P. 393-403

Haslam S.A. (2004), « Psychology in organizations », Thousand Oaks, Sage, 2ème édition.

Hassenteufel, P. (2005), « De la comparaison internationale à la comparaison trans-nationale », *Revue française de science politique*, Vol. 55, n° 1, P. 113-132.

Hatzfeld H. (1998), « Construire de nouvelles légitimités en travail social », Dunod.

Hauriou M. (1925), « La théorie de l'institution et de la fondation. Essai de vitalisme social », *Sources du droit : le pouvoir, l'ordre et la liberté, Cahiers de la Nouvelle Journée*, n° 23.

Hayes J R. (1989), « The complete problem solver », Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Hirsch et Andrews (1986), « Past Or Future Crimes: Deservedness and Dangerousness », in the *Sentencing of Criminals*, Manchester, University Press.

Honneth A. (1992), « La lutte pour la reconnaissance », Paris, Éd. du Cerf, 2000.

Huber B. (1999), « Experts in Organizations: The Power of Expertise », *International Conference of the Academy of Business et Administrative Sciences*.

Hughes E.C. (1951, 1956, 1958, 1970), 1996, « Le Regard sociologique, Essais choisis », Paris, Ed. de l'EHESS.

Hughes E.C. (1958), « Licence and Mandate », in Hughes E.C., *Men and their Work*, traduction française dans Hughes E.C. (1996), *Le regard sociologique*, Paris, Édition de l'EHESS.

Hyman R., (1998), « Recherche sur les syndicats et comparaison internationale », *Revue de l'Ires*, n°28, P. 43-61

Igalens J et Roussel P. (1998), « Méthodes de recherche en gestion des ressources humaines »
Ed. Economica

Jarvis, P. (1987), « Adult learning in the social context », Beckenham: Croom Helm.

Jeannerod-Dumouchel. N. (2014), « La reconnaissance du métier : acte premier d'un
management participatif », GRH, n° 11, P. 7-29.

Jobard. F et *al*, (2012), « Mesurer les discriminations selon l'apparence : une analyse des
contrôles d'identité à Paris », Institut National d'études démographiques (INED).

Jodelet, D. (2006), « Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des
représentations sociales », in Haas V. « Les savoirs du quotidien. Transmissions,
appropriations, représentations », Rennes, PUR, P. 235-255.

Jolis N. (1998), « Compétences et compétitivité », Éditions d'Organisation.

Jorro, A. et Wittorski, R. (2013), « De la professionnalisation à la reconnaissance
professionnelle », Les sciences de l'éducation-Pour l'ère nouvelle, n°46, P. 11-22.

Journé, B. (2008). « Collecter les données par l'observation », in Gavard-Perret M. et *al*,
« Méthodologie de la recherche : Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion »,
Pearson Education, P. 139-172.

King, B.G. et Whetten D.A. (2008), « Rethinking the Relationship Between Reputation and
Legitimacy : A Social Actor Conceptualization », Corporate Reputation Review, Vol. 11, n°3,
P. 192-207

Kintsch W. (1974), « The representation of meaning in memory », Hillsdale. N.J., Lawrence
Erlbaum

Knowles, M. (1975), « Self-Directed Learning », Chicago: Follet.

Kolb, D. A. (1984). « Experiential learning: Experience as the source of learning and
development », New Jersey: Prentice-Hall.

Kolb D A. (1985). « Learning Style Inventory: Self-scoring Inventory and Interpretation
Booklet. », Boston: McBer and Co.

Kostova T., Zaheer S. (1999), «Organizational legitimacy under conditions of complexity: the case of the multinational enterprise», *The academy of management review*, vol.24, n°1.

Krueger N. (2007), « What Lies Beneath? The Experiential Essence of Entrepreneurial Thinking», *Entrepreneurship Theory and practices*, P. 123-138

Lallement M., 2003. « Raison ou trahison ? Eléments de réflexion sur les usages de la comparaison en sociologie ». In Lallement M. et Spurk J., (2003). « Stratégies de la comparaison internationale », CNRS Editions, Sociologie, Paris, P. 107-120

Lallement M et Spurk J, (2003), « Stratégie de la comparaison internationale », CNRS éditions, sociologie, Paris.

Lazarus et Delahaye (2007), « Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? », *Les Tribunes de la santé* (n° 15).

Lazega. E et Mounier. L, (2009), « La rhétorique des professions libérales au service de la privatisation de l'État : le cas des juges consulaires du tribunal de commerce français », in *Sociologie des groupes professionnels*, La découverte.

Leca et Dessi, 2016, « Droit des alternothérapies, guide juridique pour le praticien et le patient », LEH Edition, Bordeaux.

Le Bianic T., Vion A. (2008), « Action publique et légitimités professionnelles », Paris, LGDJ.

Le Boterf G. (1995), « De la compétence, essai sur un attracteur étrange », Paris, Editions d'organisations

Le Boterf G., (2006), « Construire les compétences individuelles et collectives », Éditions d'Organisation, Paris

Le Boterf G. (2010), « Construire les compétences individuelles et collectives », Éditions d'organisation, Eyrolles, 5ème édition.

Lehoux. P. et *al*, (1995), « L'usage des savoirs informels en médecine familiale. Une modélisation conjointe », in : *Sciences sociales et santé*, Vol. 13, n°4.

Leimdorfer F. et Tessonneau A.L. (1986), « Légitimité sociologique et analyse de discours : Le parcours de la légitimité dans les textes de l'Unesco sur l'éducation de base », *Langage et société*, n°37.

Lièvre P. et Rix-Lièvre G. (2012), « La dimension tacite des connaissances expérientielles : une mise en perspective théorique et méthodologique », *Management International*

Lelebina O., Sardas J.C. (2011), « L'expertise et les experts dans les organisations. Une approche multidisciplinaire pour la définition des notions clés », *Actes du XXIIe Congrès de l'AGRH, Marrakech, Maroc.*

Le Moigne J-L. (1995), « Le constructivisme ». Tome 2 : des épistémologies, Paris, ESF Editeur.

Loufrani, S. F. (2006), « Management des compétences et organisation par projets : une mise en valeur de leur articulation. Analyse qualitative de quatre cas multi-sectoriels » Thèse de doctorat en sciences de gestion, Laboratoire GREDEG-CNRS UMR 6227

Luckmann et Berger (1966), « La construction sociale de la réalité », in *l'école à l'épreuve de la sociologie.*

Lounsbury. M, Glynn.M.A (2001), « Cultural entrepreneurship: Stories, legitimacy, and the acquisition of resources », *Strategic Management Journal*, 22, 545–564

Marquis. N et Giraldo. S (2010), « Médecins et thérapeutes alternatifs. Sur l'usage sociologique », *les Cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n° 79.

Martinet A.C., Pesqueux Y. (2013), « Épistémologie des sciences de gestion », Vuibert.

Mayer R.E. (2002), « A taxonomy for computer-based assessment of problem-solving », *Computers in Human Behavior*, Vol. 18, n°6, P. 623-632.

Mayer R.E. (2009), «Multimedia learning», New York, Cambridge University Press.

McIntyre. N et Popper. K. (1983), «The critical attitude in medicine: the need for a new ethics», *British Medical Journal*, P. 1919-1923.

Merton, R. K. (1957), «Priorities in scientific discovery: a chapter in the sociology of science», *American sociological review*, Vol. 22, n°6, P. 635-659.

- Merton R.K. (1961), Singletons and multiples in scientific discovery. *Proceedings of the American Philosophical Society*, Vol. 105, n°5, P. 470–486 [Reprinted in: 1973, pp. 343–370].
- Meschi, P.X., (1997), « Le concept de compétence en stratégie : perspectives et limites », *Communication 6^e Conférence de l'AIMS, Montréal, Actes volume 2*, 248-28.
- Meyer, J.W. et B. Rowan (1977), «Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony», *American Journal of Sociology*, Vol.83, n°2, P. 340-363.
- Newell S., et *al.* (2009), «Managing knowledge work and innovation», Basingstoke; New York.
- Miles M., B. et Huberman A., M. (2003), « Analyse des données qualitatives », traduction de Martine Hlady Rispal, révision scientifique de Jean-Jacques Bonniol, 2^eème édition, De boeck.
- Négroni, C. (2005), « La reconversion professionnelle volontaire : une expérience de conversion de soi », *Carriérologie*, Vol.10, n°1, P. 331-348.
- Muchielli A. (1991), « L'approche compréhensive ». Texte photocopié in *Recueil des articles et cours du professeur A. Mucchielli*, Bibliothèque de l'Université Paul Valéry (Montpellier III).
- Nooteboom B. (1999), « Inter-firm alliances: Analysis and design », London: Routledge
- Nooteboom B. (2000), «Learning and innovation in organizations and economies», Oxford: Oxford University Press
- Nooteboom B. (2002), «Trust: forms, foundations, functions, failures and figures», Cheltenham: Edward Elgar.
- Nonaka. I. (1991), «The Knowledge Creating Company », *Harvard Business Review*, vol. 69, n° 6.
- Nonaka, I. (1994), «A dynamic theory of organizational knowledge creation», *Organizational Science*, Vol. 5, n°1, P. 14-37.
- Nonaka, I. et Takeuchi, H. (1995) «The Knowledge Creating Company: How Japanese Companies Foster Creativity And Innovation For Competitive Advantage», New York, Oxford University Press.
- Nonaka, I. et Takeuchi, H. (2007), «The knowledge-creating company», *Harvard business review*.

Nonaka, I et al.. (2008), « Managing flow: A process theory of the knowledge-based firm », vol. 19, Palgrave Macmillan, New York.

Nonaka I., von Krogh G. (2009), « Tacit Knowledge and Knowledge Conversion: controversy and advancement in organizational knowledge creation theory », *Organization Science*, May-June.

Norman D.A. et Rumelhart D.E. (1975), and the LNR research group, *Explorations in cognition*, San Francisco, Freeman.

Paradeise, C. (2003), « Comprendre les professions : l'apport de la sociologie », *Sciences Humaines*, n°139, P. 26-29.

Paraponaris, C. (2003), « L'instrumentation de la gestion des compétences : une instrumentation à finalités multiples ? » in A. Klarsfeld et Oiry E. (Eds.), *Gérer les compétences : des instruments aux processus*. Editions Vuibert, Paris, P. 191-213.

Parsons T. (1939), « The Professions and Social Structure », *Social Forces*, vol. 17, n° 4.

Parsons T. (1955), « Éléments pour une sociologie de l'action », Paris, Plon.

Peirce C.S. (1933-1967), *Collected Papers*, Cambridge, Harvard University Press.

Perret V. et Seville M. (2007), « Fondements épistémologiques de la recherche », in Thietart R.A., *Recherche en management*, Dunod, P. 13-33.

Pettigrew, A. M. (1995), « The Double Hurdles for Management Research », Distinguished Scholar Address to the Organization and Management Theory Division of the US Academy of Management, Vancouver, Canada.

Pfeffer J. et Slancik G.R. (1978), «The External Control of Organizations», New York, Harper et Row.

Piaget, J. (1969), « Psychologie et Pédagogie ». Paris, Denoël-Gonthier

Piaget, J. (1975), « L'équilibration des structures cognitives », Paris, P.U.F., 1975.

Piaget, J. (1976). « Le possible, l'impossible et le nécessaire », *Archives de Psychologie*, Vol. XLIV, n° 172.

Pierre C et Jouvenot C. (2010), « La reconnaissance au travail », Lyon, Anact.

Polanyi. M. (1958), «Personal Knowledge», Londres, Routledge et Kegan.

Pollach, I. (2014), «Strategic Corporate Social Responsibility: The Struggle for Legitimacy and Reputation», *International Journal of Business Governance and Ethics* (forthcoming).

Popper K.R. (1969), « La logique des sciences sociales », in Adorno T.W et *al*, «Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie, Darmstadt und Neuwied, Hermann Luchterhand Verlag» ; trad, française : De Vienne à Francfort. La querelle allemande des sciences sociales, Bruxelles, 1979.

Popper, K. R. (1979), « Die beiden Grundprobleme der Erkenntnistheorie», Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).

Prax.J.Y. (2003), « Le manuel du Knowledge Management », DUNOD.

Retour. D. (2005), « Le DRH de demain face au dossier compétence », *Management et Avenir*, Vol. 2, n°4.

Rajhi N. (2006), « Conceptualisation de l'esprit entrepreneurial et identification des facteurs de son développement dans l'enseignement supérieur tunisien », thèse de doctorat en sciences de gestion, université de Grenoble

Renault (2004), « Reconnaissance, institution, injustice », *Revue de MAUSS*, Vol.1, n°23, P. 80-195

Robard. I. (2002), « Médecines non-conventionnelles et droit », Litec.

Roberti di Sarsina et Iseppato. (2009), « Le Medicine Non Convenzionali in Italia: la situazione attuale », *La Medicina Biologica*, n°1, 29-34

Roche A. (2015), « Définition de deux systèmes dialectiques de reconnaissance présents au sein des organisations », *RIMHE*, Vol.17, n°3, P. 20-44.

Roger A. (2004), « Gestion des ressources humaines et management des compétences », *Comprendre le management, Cahiers Français*, n° 321, juillet-août, P. 52-57.

Rojot J. (1997), « Théorie des organisations », in *Encyclopédie de gestion*, Ed. Economica, 2ème Ed.

Roubelat.F. (2000), « La prospective stratégique : des hommes et des organisations en réseaux », in J. Thépot et *al.*, « Décision, prospective, auto-organisation, Mélanges en l'honneur de J. Lesourne », Dunod.

Rouby E. et Thomas C. (2004), « La codification des compétences organisationnelles », *Revue Française de Gestion*, n°149, P. 51-68

Rouleau, L. (2003), « La méthode biographique », in Giordano Y., « Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative », Editions EMS, Paris, P.133-172.

Ruef, M. et Scott W.R. (1998), « A Multidimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival Changing Institutional Environments, *Administrative Science Quarterly*, Vol.43, n°4, P. 877-904.

Saint-Arnaud, Y. (1992), « Connaître par l'action », Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Salas, E., et Kozlowski S. W. (2010), « Learning, training, and development in organizations: Much progress and a peek over the horizon », New York, NY: Taylor and Francis.

Sandberg O. (2005), « Searching in a Small World », Thesis for the degree of licentiate of philosophy

Sarfaitti-Larson. M. (1988), « A propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile de tout dire ? », *Sociologie et sociétés*, vol. 20, n° 2, p. 23-40

Sartori G. (1994), « Bien comparer, mal comparer », *Revue internationale de politique comparée*, Vol.1, n°1, P. 19-36

Schön D.A. (1994). « Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel », Montréal : Editions Logiques.

Schraw G. et Moshman D. (1995), « Metacognitive theories », *Educational Psychological Review*, Vol7, n°4.

Schwartz-Shea P. (2006), « Judging quality. Evaluative criteria and epistemic communities ». in Yanow D. et Schwarte-Shea P. (1998), « Interpretation and method. Empirical research methods and the interpretive turn », P. 89-113. London: M.E. Sharpe Inc.

Scott W.R. et Meyer J.W. (1991), « The organization of societal sector: proposition and early evidence », in Powell et DiMaggio, « The new institutionalism in organizational analysis, Chicago », University of Chicago Press.

Scott W.R. (1995), « Institutions and Organizations », Thousand Oaks, CA, Sage.

Scouarnec A. (2008), « Plaidoyer pour un renouveau de la prospective », Revue Management et Avenir, Vol. 5, n°19.

Scribner S. (1985), « Thinking in Action: some Characteristics of Practical Thought » in Sternberg R. & Wagner R.K., « Practical Intelligence: Origins of competence in the everyday world ». New-York, Cambridge University Press.

Shanteau J. (1988), « Psychological characteristics and strategies of expert decision makers », Acta Psychologica, n°68, p. 203–215.

Shanteau J., et *al.* (2002), « Performance-based assessment of expertise: how to decide if someone is an expert or not », European Journal of Operational Research.

Sie.L & Yakhle.A, (2009), « Passion and expertise knowledge transfer », Journal of knowledge Management, Vol. 13, n°4, P. 174-186

Spear G. et Mocker D. (1984), « The organizing circumstance: environmental determinants in self-directed learning ». Adult Education Quarterly, vol. 35, n°1, P. 52-77.

Spurk J. (2003), « Epistémologie et politique de la comparaison internationale : quelques réflexions dans une perspective européenne », in Lallement M. et Spurk J. 2003. « Stratégies de la comparaison internationale », CNRS Editions, Sociologie, Paris, P. 71-82

Stake, R.E. (1998). « Case Studies ». In Denzin N.K. & Lincoln Y.S., « Strategies of Qualitative Inquiry », London, Sage Publications, P. 86-109.

Stankiewicz F. (1998), « Le travail comme activité d'adaptation », Travail, compétences et adaptabilité, Paris, L'Harmattan,

St-Arnaud Y. (1992), « Connaître par l'action », Montréal, PUM.

Sternberg, R. J. et al. (2010), «Explorations in Giftedness », Cambridge University Press.

Strauss A et al (1963), «The hospital audits negotiated order», in: Freidson E., «The hospital in modern society», New York, The Free Press.

Strauss A., (1992), « La trame de la négociation », (textes réunis par I. Baszanger) Sociologie qualitative et interactionnisme», Paris, L'Harmattan.

Suchman M.C. (1988), «Constructing an institutional ecology: notes on the structural dynamics of organizational communities», paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Atlanta, GA.

Suchman M.C. (1995), «Managing legitimacy: strategic and institutional approaches», Academy of Management Review, vol.20, n°3.

Tardif. M. et Lessard. C. (2000), « Le travail enseignant au quotidien, expérience, interactions humaines et dilemmes professionnels », Recherche et Formation, n°34.

Tarondeau J.C. (1998), « Le management des savoirs, Que-sais-je », PUF, Paris.

Taylor K. M. et Betz N.E. (1983), « Applications of self-efficacy theory to the understanding and treatment of career indecision », Journal of Vocational Behavior, Vol.22, n°1, P. 63-81.

Thévenot L. (1985), « Les investissements de forme », rapport présenté à la table-ronde INSEE-CNRS, Paris.

Thietart R.A. et coll. (2007), « Méthodes de recherche en management », Dunod.

Thomas. C. (2015), « la codification des connaissances », Projet BourbaKem, AGECSO.

Torres C. (2014), « La reconnaissance professionnelle des enseignants : difficultés et contradictions », administration et éducation, Vol.4, n°144, P. 143-149

- Tost L.P. (2011), « An integrative model of legitimacy judgments », *Academy of Management Review*, Vol. 36, n°4, P. 686-710.
- Träger S. (2015), « Place des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique dans l'organisation médicale », *Sciences sociales et santé*, Vol. 33, n°4, P. 99-104.
- Trépos J.Y. (1996), « La sociologie de l'expertise », Presses Universitaires de France, Paris.
- Tsoukas H. (1989), « The validity of idiographic research explanations », *Academy of Management Review*, Vol. 14, P. 451-561.
- Tynjälä P. (2009). « Connectivity and Transformation in Work-Related Learning – Theoretical Foundations ». In. Stenström M. L et Tynjälä P., «Towards integration of work and learning: strategies for connectivity and transformation», New York: Springer, P. 11-37.
- Van de Velde C. (2008), « Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe », PUF, Paris.
- Veziat. N, (2009), « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France », Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009) », *Sociologie*, 2010, Vol. 1, n°3.
- Visser, W. (2006), « The cognitive artifacts of designing », Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Wacheux F. (1996), « Méthodes qualitatives et recherche en gestion », Economica, Paris.
- Weber M. (1922), « *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen », J.C.B. Mohr, traduction. de la 1^{ère} «partie Economie et société », Paris, Pion, 197, Éditions Plon (1971).
- Weber M. (1959), « *Le savant et le politique* », introduction par Raymond Aron, Paris
- Weber M. (1971), « *Économie et société* », Paris : Plon.
- Weber M. (1992), « *Essai sur la théorie de la science* », trad. J. Freund, Plon, « Agora Pocket », Paris.
- Weber M. (1995), « *Économie et société* », trad. Chavy J. *et al.*, Plon, « Agora-Pocket », Paris

Weber M. (2014), « Les trois types purs de la domination légitime (Traduction d'Elisabeth Kauffmann) », *Sociologie*, Vol. 5, n°3, P. 291-302.

Weisberg, R. W. (2006). «Creativity: Understanding innovation in problem solving, science, invention, and the arts», Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Wilenski H. (1964), « The professionalization of Everyone? », *American Journal of Sociology*, n°70, P. 137-158.

Winograd, T. W. (1975), « Frame representation and the declarative-procedural controversy ». In Bobrow D. G. & Collins A. « Representation and understanding: Studies in cognitive science», New York, NY: Academic Press, P. 185-210.

Wittorski. R. (2008), « La professionnalisation », *Savoirs*, Vol.2, n° 17.

Wittorski. R. (2009). « Jeter les bases d'une conception d'ensemble des liens entre activité, compétence, professionnalisation, développement professionnel, identité », *Penser l'éducation*, n° 25, P. 143-155.

Yanow D. et Schwartz-Shea P. (2006), « Interpretation and method. Empirical research methods and the interpretive turn», London, Sharpe

Yin, R. K., (1994) «Case Study Research Design and Methods: Applied Social Research and Methods Series», Thousand Oaks, CA: Sage

Yin R.K. (2003), «Case Study Research, design and methods», Thousand Oaks, Sage, California.

Zimmerman M. A. et Zeitz G. D. (2002), « Beyond survival: Achieving new venture growth by building legitimacy», *Academy of Management Review*, Vol.27, n°3.

Zucker L.G. (1977), «The role of institutionalization in cultural persistence», *American Sociological Review*, Vol.42.

Article de Presse

Le Figaro, (2018), « L'appel de 124 professionnels de la santé contre les « médecines alternatives », article publié le 18/03/2018

Annexes

Annexe 1 : Exemple d'une invitation des médecins chinois, par ceux Tunisiens, à un séminaire organisé en Tunisie dans l'objectif est l'échange au profit de développement de l'acupuncture

Société Tunisienne d'Acupuncture et de Médecine Chinoise
الجمعية التونسية للوخز بالإبر و الطب الصيني

Tunis, le 21 Novembre 2016

Invitation

A
Mr. Le Professeur Zuo Zheng yun
Professeur en Médecine Interne
à l'hôpital universitaire affilié à
L'université de Médecine
Traditionnelle Chinoise de Jiang Xi
(Chine)

Cher Professeur:

Dans le cadre du développement de l'Acupuncture et de la Médecine Traditionnelle chinoise en Tunisie, la Société Tunisienne d'Acupuncture et de Médecine Traditionnelle Chinoise a le grand honneur d'inviter en Tunisie votre délégation chinoise de la Société de Médecine Traditionnelle Chinoise et d'Acupuncture de la Province Jiang Xi (Chine), et qui sera composée des personnalités scientifiques suivantes :

- 1- Monsieur le professeur Zuo Zheng yun : professeur en Médecine Interne.
- 2- Monsieur le professeur Chen Ri xin : professeur en Acupuncture.
- 3- Monsieur le professeur Yang Feng yun : professeur en Orthopédie.
- 4- Monsieur le professeur Xu Jin shui : professeur en Acupuncture.
- 5- Madame le professeur Gong Li ping : professeur en Dermatologie.
- 6- Madame le professeur Zhang Hui : professeur en Hématologie.

Lors de votre visite en Tunisie, nous vous prions de bien vouloir assister à notre séminaire sur la Médecine Traditionnelle Chinoise et l'Acupuncture, qui se tiendra vers la fin du mois de Janvier 2017 à l'hôtel El Mouradi Gammarth et qui aura pour thème principal :

« La coopération Internationale dans le domaine de la Médecine Traditionnelle chinoise : état des lieux et perspectives d'avenir »

Par la même occasion nous souhaitons – lors de cette journée et en tant qu'acupuncteur tunisiens – mieux connaître la technique de :

« Moxibustion aux points sensible à la chaleur »

Ainsi que l'essentiel en « **Orthopédie Traditionnelle Chinoise** »

Cette visite nous permettra – entre autres – de discuter les perspectives d'échanges scientifiques mutuelles entre nos deux sociétés scientifiques.

Nous vous proposons aussi - au cours de votre visite en Tunisie - de vous organiser des rencontres avec nos officiels tunisiens de la santé publique (responsable au sein des hôpitaux, responsables au sein du ministère de la santé)

Dans l'attente de vous accueillir parmi nous en Tunisie, veuillez recevoir, Cher professeur, nos salutations distinguées.

Docteur Ezzeddine JEBALI

Président de la Société Tunisienne d'Acupuncture et de Médecine Chinoise

2001 publiposte ENNASSER BP N° 28 TEL-FAX 71828103 Portable 98207482 Email : reparis@live.fr

Président
Dr Ezzeddine JEBALI

Secrétaire Générale
Dr JEBENIANI Riadh

Trésorier
Dr BEN CHAABANE
Ahmed

Vice Secrétaire Générale
Dr GUERMAZI
Seddik

Vice Trésorier
Dr AOUBADI Taoufik

Annexe 2 : Exemple de formation assuré par un formateur étranger



Perfectionnement à Sfax
Vendredi 21 avril 2017 à 19h00 – Hôtel Syphax

L'homéopathie pour bien vieillir
Dr Jean-Pierre LOUPIAS

Annexe 3 : exemples des articles de presse évoquant différents soins chamaniques mobilisés, par l'un de nos chamans interviewé. Ces articles mettent en valeur le savoir de ce chaman.



MUSTAPHA BEN YATTOU

Celui qui veut guérir le Sida

Mustapha Ben Yattou, le thérapeute, l'un des 14 professeurs, enseignants généralement, soignent une centaine de patients par semaine, en dehors qu'ils reçoivent en cas de crises du monde. Au mois de mai dernier un séropositif avait été traité ainsi pendant six semaines, sans aucun effet. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« Dans le monde arabo-musulman, il y a une certaine réticence à accepter la médecine occidentale. On préfère souvent la médecine traditionnelle. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« Dans le monde arabo-musulman, il y a une certaine réticence à accepter la médecine occidentale. On préfère souvent la médecine traditionnelle. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.



L'eau bénite du robinet...

APPARTENANT postérieurement à tous les secteurs, toutes les couches sociales, les voyants, guérisseurs, docteurs de bonnet noir, prestidigitateurs, chamans, sorciers sont généralement d'anciens petits fonctionnaires, agents de bureau, enseignants, infirmiers, commerçants, entre autres. En règle générale, ils accèdent à cette qualité de spiritualistes par héritage, de père en fils. D'autres, sont des circonflexions de marabout. Mais aussi, l'on en compte beaucoup qui se manifestent suite à une vision vésérale ou sévère.

Un autre important facteur susceptible d'éclaircir l'élan et les motifs de ce phénomène, loin d'être spécifique au monde arabo-musulman est sans doute l'immensité d'un patrimoine multidimensionnel qui se trouve être à la fois occulte et scientifique et qui continue de constituer, malgré des siècles d'oubli, de décadence et d'abandon, une source de connaissances et de données ne succombant pas au choc de la modernité.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

« C'est dans la culture arabo-musulmane que se trouvent les racines de cette médecine traditionnelle. Elle est le fruit d'une civilisation qui a su préserver, à travers les siècles, un savoir qui a été oublié par le monde occidental. C'est pourquoi, dans ce pays, on trouve encore beaucoup de guérisseurs traditionnels. Mais, au début de l'été, il fut atteint d'une pneumonie, puis d'une tuberculose, et fut traité par les antibiotiques.

Annexe 3 : photo des textes religieux, qui selon le chaman ont été écrits par les forces divines dans les murs et sur le sol



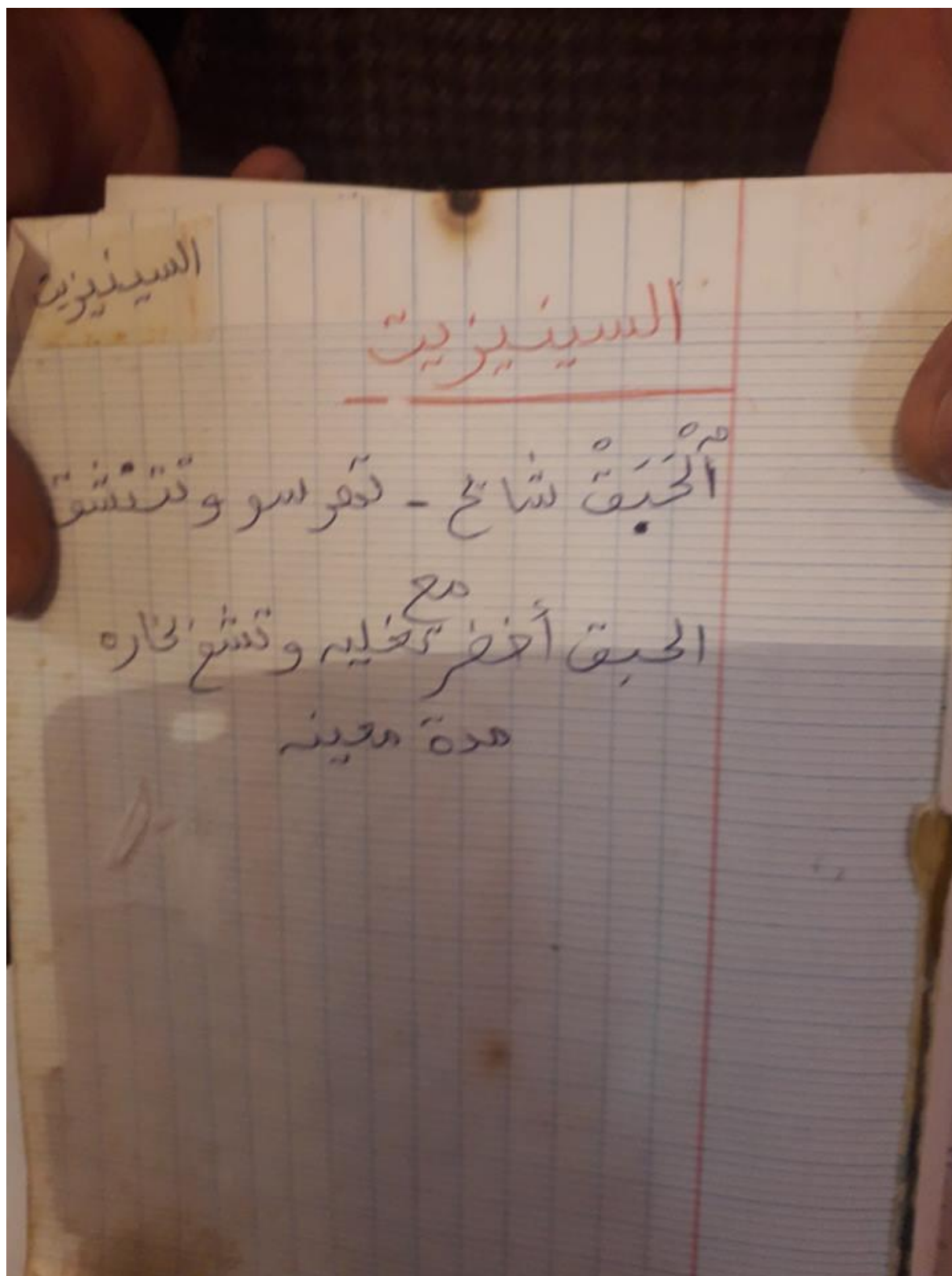


من سبها دعائهم وقد تفاجأت
 سرا بالأمر وسعدت به... فلئن
 من الأسودت علي أن اجسد بين
 والآخر اسم الله أو اسم الرسول ﷺ أو بعض التوسحيات
 صائح مكتوبة في بيتي بالسجود والبخور وباشياء أخرى فأنسى
 مراحة تفاجأت بكتابة كلام الله الذي يحصل بالنسبة لي معاني

بسم الله الرحمن الرحيم
 والحمد لله رب العالمين
 والصلاة والسلام على
 سيدنا محمد وآله
 الطيبين الطاهرين
 من بعدك أجمعين
 اللهم صل على
 سيدنا محمد
 وآله وصحبه
 وسلم
 اللهم صل على
 سيدنا محمد
 وآله وصحبه
 وسلم
 اللهم صل على
 سيدنا محمد
 وآله وصحبه
 وسلم

اللَّهُمَّ صَلِّ وَسَلِّمْ
 عَلَى سَيِّدِنَا مُحَمَّدٍ
 وَعَلَى آلِهِ وَصَحْبِهِ
 وَسَلَّمَ
 اللَّهُمَّ صَلِّ وَسَلِّمْ
 عَلَى سَيِّدِنَا مُحَمَّدٍ
 وَعَلَى آلِهِ وَصَحْبِهِ
 وَسَلَّمَ

Annexe 4 : exemple d'un type de soin enregistré par le chaman : il s'agit selon lui d'un soin pour la sinusite



Annexe 5 : exemple de Hireez



Annexe 6 : exemple du bureau d'un chaman tunisien (appartenant à la deuxième catégorie)





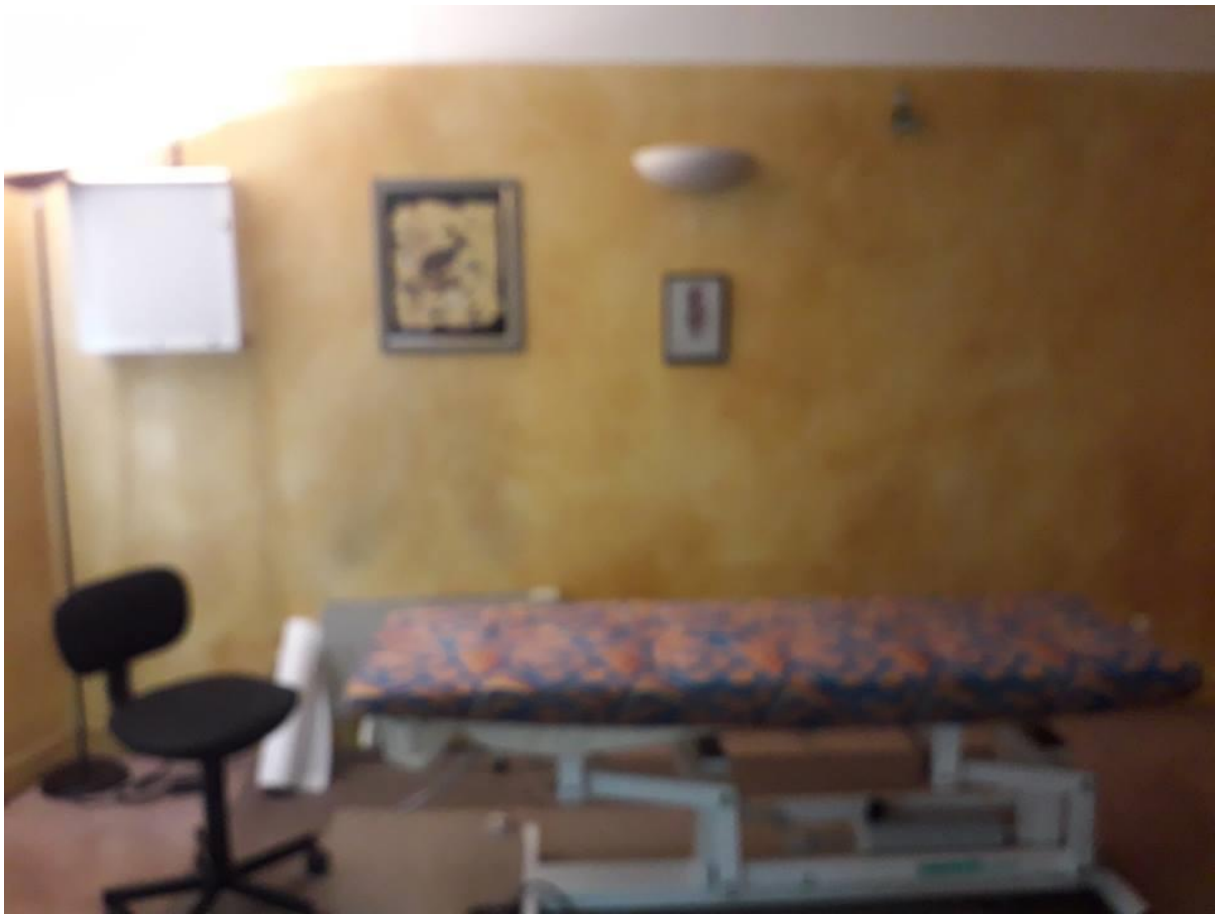
Annexe 7 : photo du cabinet d'un praticien en shiatsu



Annexe 8 : photo du cabinet d'une praticienne en shiatsu



Annexe 9 : photos du cabinet d'un médecin acupuncteur, homéopathe





Guide d'entretien

Je tiens à vous remercier du temps que vous allez me consacrer. Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de la préparation de ma thèse de doctorat en science de gestion.

Après une étude théorique, il devient important de confronter la théorie à la réalité. Donc, le caractère exploratoire de la thèse revient à une méthodologie qualitative qui est basée sur des documents et des entretiens directifs et semi directifs, toute en gardant un caractère confidentiel pour certains aspects.

Ainsi l'objectif principal de ce questionnaire est d'avoir des informations qui certainement vont m'aider au niveau de l'avancement de mes recherches et qui peuvent contribuer à la construction des nouvelles connaissances.

I. Pour vous connaître

- Quel est votre état civil ?
- Avez-vous des enfants ?
- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

II. Conditions d'émergence de la pratique

• La trajectoire

- Pouvez-vous me décrire votre parcours universitaire et professionnels ?
- Comment êtes-vous dirigés vers le monde chamanique ? Avez-vous vécu une expérience particulière ?
- Une fois dirigé vers le monde chamanique, Comment êtes-vous initiés ? êtes-vous initié par des maîtres chamans ou autres ?
- Depuis combien de temps exercez-vous cette profession ?

• La pratique de la profession

- La notion de d'accès au soi est-elle centrale dans le travail chamanique ?
- Pouvez-vous me donner plus de précisions concernant « l'allié » ? Quels rôles joue-t-il ?
- Comment décrivez-vous les voyages chamaniques ?
- Quelles sont les caractéristiques personnelles du chaman ?
- La vision chamaniste amène-t-elle à une conception générale du sacré ?

• La Reconnaissance des soins chamaniques

- Pouvez me préciser les principales difficultés rencontrées ? et les actions mises en œuvre pour les défaire ?
- Sur quelles bases se construit la légitimité des soins chamaniques, notamment auprès des usagers ?

- Les compétences des chamans ont-elles un effet important sur la reconnaissance des pratiques chamaniques ?
 - Etes-vous sensibles aux retours d'expériences par les usagers ?
 - Quel rôle peut jouer le patient pour réussir les soins chamaniques ?
- **Communications et échanges**
 - Tenez-vous en compte de l'importance des échanges des savoirs et des connaissances dans le développement des activités ?
 - Intégrez-vous une association ou une fédération en relation avec votre activité ? Si oui pourriez-vous me dire quel est le but principal de cette adhésion ?
 - En termes d'amélioration de votre activité appuyez-vous sur un modèle de référence ?
 - Avez-vous d'autres questions, ou recommandations qui pourraient enrichir ma recherche ?
 - Pourrais-je vous recontacter, dans le cas où j'aurais besoin d'autres informations ou de précisions ?

Je vous remercie, par avance, pour les informations que vous allez me fournir et du temps que vous allez me consacrer.

Entretien avec M ; Henri Chaman Français

Marseille le 18/03/2016

Je tiens à vous remercier du temps que vous allez me consacrer. Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de la préparation de ma thèse de doctorat en science de gestion.

Après une étude théorique, il devient important de confronter la théorie à la réalité. Donc, le caractère exploratoire de la thèse revient à une méthodologie qualitative qui est basée sur des documents et des entretiens directifs et semi directifs, toute en gardant un caractère confidentiel pour plusieurs aspects.

Mon sujet porte sur les problèmes de reconnaissance et de légitimité des pratiques en soins de santé non conventionnelles, à partir de la compréhension de la dynamique de construction l'expertise des praticiens en SSNC.

Ainsi l'objectif principal de ce questionnaire est d'avoir des informations qui certainement vont m'aider au niveau de l'avancement de mes recherches et qui peuvent contribuer à la construction des nouvelles connaissances.

III. Pour vous connaître

- *Pourriez-vous nous renseigner sur votre état civil ?*
- *Avez-vous des enfants ? Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?*

Je suis en couple, mais je ne suis pas marié, et je n'ai pas d'enfants. J'ai 27 ans.

IV. Conditions d'émergence de la pratique

• La trajectoire

- *Pouvez-vous me décrire votre parcours universitaire et professionnels ?*

Je n'ai pas fait de long études, j'étais dans le bâtiment, et après j'ai fait des boulots à droite et à gauche. Mais quand mes capacités de chamanisme se sont réveillées, c'est là que j'ai pris conscience que ma place sur terre était d'apporter l'aide et les connaissances à l'humanité. Car avant J'ai cherché un moyen de passer la réalité, justement, de créer un imaginaire. Et d'une certaine manière de créer aussi mon monde...

Pour les soins chamaniques j'ai commencé il y a 4 ans. Officiellement j'ai commencé en décembre 2016. Mais avant, je soigne ma famille et les amis qui croyaient à mon savoir. J'ai commencé par eux pour me rassurer de mes compétences. Je suis carré sur ce côté professionnel. Un travail mal fait ! Ça je ne le supporte pas.

- *Comment êtes-vous dirigés vers le monde chamanique ? Avez-vous vécu une expérience particulière ?*

Ça s'est produit du jour au lendemain, un soir je suis allé me coucher et j'ai trouvé comme un arbre de têtes de morts. Je sentais les choses un peu bizarres, je ne sais pas, je n'avais pas vraiment des visions... Je pensais qu'il se passait quelques choses. Avant j'entendais des voix dans ma tête. Surtout quand j'étais enfant et parfois je passe par des moments ingérables à l'âge de 6 ans.

Mais aussi cela a commencé, dans le temps, après le décès de ma grand-mère et 3 mois après le décès de mon oncle tout ça s'est déclenché ensemble. En ce moment-là je travaillais à Macdonald, et plus ça allait plus ça se développe et plus ça devient ingérable. Il y a des moments où je faisais des crises cardiaques. Ça durait 8 mois presque.

- *Vous en avez parlé vos entourages ?*

Il y a ma famille qui était au courant.

- *Comment êtes-vous initié aux soins chamaniques ?*

J'ai rencontré un chaman lors d'une association qui me parlait du chamanisme, je ne sais pas pourquoi, mais voilà. Lui était chaman depuis quelques années, il le pratique. Une fois en fait, j'ai assisté à ses soins chamaniques et ceci m'a été très révélateur, à partir de ça j'adorais ce type de pratique. Et après quelques jours j'ai commencé la formation en phytothérapie, puisque les chamans utilisent les plantes. Et quelques mois après, j'ai contacté mes guides et j'ai demandé si j'ai des guides chamanes, ils m'ont dit oui et après l'aventure a commencé et j'ai appris tout seul.

Maintenant j'enseigne le chamanisme. J'enseigne le pratique et le théorique. Après la personne est validée comme quoi elle est apte à faire le chamanisme.

Pour tout ce qui est théorique c'est former en soins chamanique, aux outils tel que le tambour, le hochet... Puis on passe à la pratique, et le savoir sera certifié par un titre prouvant que la personne est apte à exercer. Elle sera apte à faire des soins chamaniques aux yeux de la personne qui le consultera.

Mais après au niveau de l'Etat ceci n'est pas reconnu mais après si moi je dirais à la personne que tu es apte à faire, c'est qu'il est apte à faire. Après le titre c'est comme pour lui faire plaisir. Aussi, je fais des stages d'enseignement. J'améliore mes savoirs à travers les échanges avec mes guides. Aussi en tant qu'enseignant j'apprends tous les jours plus on avance et on pratique, plus on apprend. Un savoir ne peut pas rester figé, il a besoin d'évolution même si les techniques restent la même. Mais il y a des choses qui peuvent nous amener à des façons de faire, plus facile à exercer. Aujourd'hui j'enseigne sans problème. Et ce que je fais c'est que j'enseigne les bases. Et une fois qu'il a les bases aient, l'élève n'aura pas besoins de moi pour être motivé et sera complètement indépendant. J'ai pas mal de thérapeutes et formateurs dans mon entourage qui forment et ont toujours ce besoin des élèves d'être avec eux et de revenir vers eux. Alors que moi en tant qu'enseignant je te forme et c'est à toi après de continuer.

Je te donne les bases par exemple comment se connecter au guide, comment utiliser les plantes... après chaque personne a ses propres savoirs. C'est comme ça que j'ai appris. En fait mon guide chaman m'a appris la base ; et après j'écoute mon intuition et je développe mes bases.

- *Vous enseigner à titre individuel ?*

Je forme individuellement mais très rare en groupe. Car chaque personne a ses propres questions.

- **La pratique de la profession**

- *La notion de d'accès au soi est-elle centrale dans le travail chamanique ?*

Je dirais même que ça dépasse le chamanisme. Je dirais quand on est connecté à soi déjà on a accès aux savoirs qu'on a accumulés. Et ceci ne permet, pas seulement en tant que chaman, d'être un être spirituel qui s'incarne sur terre, de pouvoir communiquer avec ce que la plus part des gens appellent le monde au-delà ; mais permet aussi d'avoir un accès illimités à des savoirs dont on ne soupçonne même pas l'existence. Et aussi de pouvoir réveiller ce qui est profond à nous c'est-à-dire l'état psychique et spirituel que l'homme a à la naissance et qu'en grandissant on oublie totalement son existence.

- *Pouvez-vous me donner plus de précisions concernant « l'allié » ? Quels rôles joue-t-il ?*

Il y a deux catégories :

Il y a ceux qui sont là pour nous mettre dans le bon chemin et qui sont là pour nous enseigner et nous donner des clés pour mieux comprendre le monde qui nous entoure et le monde qu'on a oublié depuis X années. Et je dirais aussi de nous rappeler en quelques part des choses qu'on a pu oublier.

Il y a les protecteurs ceux ils sont là comme ange gardien, je dirais Ils sont pour nous défendre contre les êtres sombres qui tentent systématiquement de nous rabaisser à des niveaux vraiment bas. Je dirais qui nous pousse vers notre côté animal. Ils sont des protecteurs qui sont ici dans notre vie et nous aide à porter de l'amour et d'apporter l'amour envers les autres.

- *Ils prennent des formes particulières ces guide ?*

Ils peuvent être des animaux. Ils peuvent être des personnes avec des apparences humaines, ça peut être aussi des bêtes mystiques. Dans la plupart des gens pensent que sont juste des métiers et des légendes. Sauf qu'ils existent bel et bien. Soit ça peut-être les anges, soit ça peut-être des dragons.

Ce sont des êtres qui sont là pour nous enseigner et nous protéger. Je les ai depuis 5 ans.

Ils sont apparus avant mon engagement dans les soins chamaniques.

Et aujourd'hui je me retrouve à faire plusieurs types de soins grâce à eux. On m'a appris pleines de choses. Après j'ai développé tout ça tout seul, je ne suis pas allé voir un laboratoire de recherche, je ne suis pas allé demander de l'information. Ça peut-être des fées et j'en passe.

- *Qu'est-ce la nature représente pour vous ?*

C'est quelque chose qui va au-delà de l'humain. C'est un peu quelque chose sacré. C'est pour cela aussi que je puisse bosser sur le chamanisme amérindien. D'ailleurs c'est pour cela que je ne coupe pas mes cheveux parce que mes cheveux me permettent d'avoir cette force-là. Avec tout un état de ressentit permanent avec la nature, ce qui est très important de pouvoir savoir, c'est que cela me permet de savoir si il y a un trajet arrive, si un être a besoins de quelque chose.

Je dirais aussi sur le plan naturel, j'ai appris en devenant chaman le contact avec la nature. Aujourd'hui je ne pourrais pas rester plus d'une semaine dans une ville sans avoir passer au moins une ou deux journées dans la nature. On est vraiment poussé à être de plus en plus dans la nature, à être en contact avec elle, à communiquer avec elle.

C'est une source d'inspiration. Pour moi c'est très inspirant, d'ailleurs c'est comme ça que j'ai pu être en contact avec la terre et pour la première fois avec les plantes.

Je dirais que c'est la base pour l'évolution du chaman. Cela me permet d'être en relation permanente avec la nature

- *La vision chamaniste amène-t-elle à une conception générale du sacré ?*

Pour les chamans, ce que les occidentaux dit c'est que la vie est sacré et on ne peut pas vivre comme ça. On n'a pas ce pouvoir-là par rapport à la nature. Je dirai aussi que même mes plantes et les animaux apprennent plus que moi. On se croit en fait plus intelligent parce qu'on crée des maisons, on crée des villes ; des choses peu utiles ; mais je dirais que les animaux et les plantes nous apprennent aussi. On a tous une partie de chaman en nous, et après c'est à nous de franchir les cadre et de ne pas avoir peur, mais aussi de vouloir le réveiller.

Moi je me souviens, quand j'ai rencontré ce chaman dans une association, il m'a parlé et j'ai voulu en apprendre d'avantage. Et ce chaman m'a conseillé de ne rien livrer ; mais plutôt de laisser aller et écouter les cœurs et mes guides. Ce que j'ai fait.

Mon savoir est venu de moi-même et aujourd'hui je ne pourrai plus revenir en arrière

- **La Reconnaissance des soins chamaniques**

- *Pouvez me préciser les principales difficultés rencontrées ? et les actions mises en œuvre pour les défaire ?*

Au niveau des difficultés c'est que le chamanisme est très peu connu en France. L'Etat nous aide pas à nous financer, Tout ça parce que les médecins ont peur qu'on leur prenne leur clientèle. Alors qu'on est la juste pour aider, surtout que beaucoup de chose sont soignables par des chamans et pas par la médecine classique.

Je dirais aussi que le plus grand frein c'est au niveau de la communication. On entend plus à la télé des publicités annonçant un nouveau médicament, mais pas un praticien énergétiques ou un chaman, que je trouve injuste. On connaît plus que le médecin alors qu'on n'a pas fait d'études supérieures, comme eux le font pendant 10 ou 15 ans.

- *Pour surmonter ces blocages, adoptez-vous des actions particulières ?*

Les réseaux sociaux ça aide un peu, mais il y a toujours un frein.

Mais les gens ont toujours peur de tout ce qui nouveau et inconnu, et du coup, ils pensent parce que nous chaman on va faire de la sorcellerie, de la magie, ce genre de chose, alors que ce n'est pas de tout le cas.

On est là pour aider et apporter un mieux être à la personne souffrante.

A titre d'exemple hier, j'ai reçu un appel d'une cliente, elle m'a remercié de ce que j'ai fait. C'est une femme qui est atteinte d'épilepsie et qui a reçu un accident il y a quelques années de voiture. Et du coup elle s'est retrouvée avec une partie d'elle à moitié paralysée et par le deuil de ces parents après cet accident-là, elle a refusé d'être en deuil, ce qui a causé des dommages dans son corps physique. Elle est allée voir son neurologue et lui a dit qu'elle peut arrêter le traitement concernant l'épilepsie parce qu'elle a rien maintenant et pourtant je n'ai pas un bac plus 10.

Moi je vois qu'un chaman est aussi quelqu'un qui est à la fois médecin, à la fois psychiatre, il le frère ou la sœur de tout le monde et qu'il est là pour donner la main. On est là pour aider, si besoin. Je vois que travailler et continuer à améliorer mon savoir et une solution déjà.

Pour moi en tant que chaman, je dirais que c'est quelque chose naturelle. Après il y a un mode de vie différent. Quand on passe d'un avant chaman à après chaman c'est-à-dire qu'on ouvre cette porte-là, on est poussé à gérer consciemment et inconsciemment à être dans l'unité totale entre la nature et le monde des esprits. Je dirais que le chaman touche tous les êtres vivants qui sont physique ou non physique. Il a des habilités et des capacités nécessaires pour dire qu'il est présent, malgré que la situation n'est pas bonne.

- *Sur quelles bases, vous pensez, que la légitimité des soins chamaniques, auprès des usagers, se fonde ?*

Il y a vraiment un grand décalage. C'est que l'Etat nous ne prenne pas au sérieux. Et vu que le système est basée sur l'obtention d'un diplôme, c'est-à-dire t'es reconnu. Par contre, si t'as pas de diplôme t'es pas reconnu. Ça serait bien que le jour j on soit reconnu comme ce que nous sommes.

Aussi si vous prenez un pharmacien, imaginant qu'au bout d'un an d'étude, il sera diplômé, donc pour certains, il est capable de faire convenablement son travail. Alors les pharmaciens qui disent être formés, sont moins formés que moi qui n'a pas fait un bac plus 10. Par exemple si vous allez demander quelque chose par rapport à un traitement basique, il va vous dire tenez la boîte c'est tout. Alors que, quand un patient qui vient et qui me dit, j'ai une grippe, gastro... Si je vois qu'il a besoins de plante pour être mieux. Je dis prenez ça pendant 15 jours et au bout de 15 jours vous pouvez arrête, vous aurez plus rien du tout et tout va être remis à Zéro.

Nous ça peut nous prendre des années notamment dans le chamanisme à être dans l'écoute dans le ressenti. Face au patient et surtout même si on n'a pas le droit de faire une diagnostique. Moi je vous dis, j'ai fait déjà plusieurs diagnostics et je me suis jamais trempé. Et pourtant vous avez des médecins qui ne sont pas tellement dans leur ressenti, qui voient que tout est conditionné par des machines pour voir si il n'y a pas un problème ici, là... Alors que moi il suffit juste de toucher la personne pour savoir où est le souci et comment on peut le guérir. En fait, le chamanisme permet de faire le lien entre le monde spirituelle et le monde physique ainsi qu'au monde d'en bas c'est-à-dire à la connexion aux animaux de pouvoir. Ce qui permet quand on rentre dans la transe chamanique on atteint ce que les scientifiques appellent l'état de conscience modifié. C'est-à-dire que notre guide va utiliser notre bras et notre doigt pour envoyer les vibrations nécessaires pour permettre au corps de se dégager de ce qui lui bloque et permet à la personne de déclencher son auto-guérison.

- *Etes-vous sensibles aux retours d'expériences des usagers ?*

Ça fait du bien d'avoir du reconnaissance vis à vis du public. Ça me motive d'avantage et on a vraiment envie de se pousser encore à aller de plus en plus loin et d'avoir de moins en moins de limites dans nos pratiques pour justement rester dans les limites positives. Aider et aller au-delà de monde qu'on vit et surtout pouvoir apporter la guérison totale.

- *Le patient occupe-t-il une position particulière pour la réussite des soins chamaniques ?*

Par rapport à mes expériences, je dirai que si un soin chamanique est efficacité ou autre, je dirais que c'est en en dernière position. La première chose qui fait que cela marche, c'est que la personne a envie de guérir une fois pour toute.

Si elle n'a pas envie de guérir si on fait 10000 soins, cela ne marche pas. C'est juste une question de choix de vouloir quérir. Une fois j'ai eu une patiente, c'était une amie à mes parents. Je lui ai fait une séance de magnétisme car à l'époque mon chaman n'est pas encore éveillé. Au bout

de la quatrième séance elle avait presque plus rien ; mais elle s'est tellement monté la crâne, qu'elle avait toujours des douleurs, bah aujourd'hui elle a toujours des problèmes.

Sauf qu'après elle me disait que mes soins n'ont pas marché, je dis non c'est que toi tu es complais dans la maladie

- **Communications et échanges**

- *Tenez-vous en compte de l'importance des échanges des savoirs et des connaissances dans le développement des activités ?*

Oui ça aide un peu et surtout ça permet de communiquer et de garder le pied sur terre, après personnellement, je dirai ce savoir la par rapport aux soins chamanique, je dirais qu'on a tous cet accès et je dirais que la première chose à avoir en tête, c'est que plus on va s'écouter plus on va avoir ce savoir-là, plus on va acquérir ce savoir et plus on va pouvoir voir les choses à des propositions plus grange.

Après j'ai beaucoup fait des voyages astrale donc je connais beaucoup sur le savoir chamanisme Je donne des exemples par rapport au amérindien, je suis allé voir. Je retape dans l'astrale pour voir un peu comment ils faisaient entre eux, comment ils voyaient le monde à travers leurs yeux, comment être en unité en tant que humain et en tant que être terrestre. J'ai pu voir différentes façons de vivre, certains étaient vraiment similaire les uns des autre pourtant il y avait des milliers de kilomètre d'écart.

Ce qui m'a poussé vers le chamanisme amérindien, c'est ce j'aime bien la culture amérindienne. Même quand j'étais petit je me suis déguisé en un indien. J'avais ce côté-là, et quand j'accédé à mes souvenirs passés, j'ai pu incarner ce continent-là. Ça pourrait rajouter une couche pour m'amener vers le chamanisme amérindien. Moi ce qui m'a vraiment poussé c'est, je vois dans mes rêves le Christ qui me conseille d'aller voir le chamanisme original et qui a vraiment des techniques assez astrales.

- *Intégrez-vous une association ou une fédération en relation avec votre activité ? Si oui pourriez-vous me dire quel est le but principal de cette adhésion ?*

Je suis quelque qui immerge un peu seul , j'aime bien être dans ma neutralité et surtout de pouvoir rester un peu l'écart de certains chamanes que j'ai pu rencontrer, mais dès qu'on commence à mettre de l'opinion personnelle, c'est nous qu'on a tort ,c'est nous qu'on sait pas car on est trop jeune. Et ça des questions que je ne supporte.

- *En termes d'amélioration de votre activité appuyez-vous sur un modèle de référence ?*

Mes guide c'est eux mes référence et mon amour. A part ces guides, je préfère à me fier à mes intuitions

- *Avez-vous d'autres questions, ou recommandations qui pourraient enrichir ma recherche ?*

Non

- *Pourrais-je vous recontacter, dans le cas où j'aurais besoin d'autres informations ou de précisions ?*

Oui

Je vous remercie, pour les informations que vous m'avez fournies et du temps que vous m'avez consacré.

Table des matières

Introduction générale.....	1
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET ANCRAGE THEORIQUE.....	13
CHAPITRE 1 : Contexte et évolution des Soins de Santé Non Conventionnels	15
Section 1. Une évolution sociétale qui se traduit dans les catégories statistiques et dans les études.....	17
I. Différents déterminants sources d'un recours croissant complémentaire ou alternatif à la médecine classique.....	17
II. Un nombre important de praticiens pour les différentes pratiques	20
Section 2 : Le Statut juridique des Soins de Santé non Conventionnels en France et en Tunisie.....	23
I. Vers une évolution juridique en France : entre l'absence de réglementation des médecines non conventionnelles et la reconnaissance juridique de certaines pratiques à travers la loi du 4 mars 2002	23
I.1. Une ambiguïté juridique caractérisant l'encadrement de certaines disciplines	23
I.2. La loi du 4 mars 2002 et la reconnaissance de certaines médecines non conventionnelles	25
II. En Tunisie : un encadrement limité des soins de santé non conventionnels.....	26
II.1. Une reconnaissance juridique de certaines disciplines non conventionnelles strictement pratiquées par le corps médical.....	26
II.2. La répression de l'exercice illégal de la médecine	27
Ce que nous retenons.....	29
CHAPITRE 2 : regards sociologiques sur la notion de profession et approches théoriques de la légitimité professionnelle.....	31
Section 1. Les professions indépendantes et l'interactionnisme : Une légitimité issue de la situation concrète de travail et des relations professionnelles.....	33
I. L'activité professionnelle comme processus biographique et identitaire	33
II. Les caractéristiques des groupes professionnels	36
II.1. L'ordre négocié.....	36
II.2. Licence et mandate	37
II.3. Professionnalisme et professionnalité	37
a. Le Professionnalisme.....	37
b. La professionnalisation.....	38

III. La médecine conventionnelle et non conventionnelle : mode de construction du capital médical et thérapeutique	39
III.1. La médecine conventionnelle.....	39
a. Un savoir académique au centre de la construction de la profession en médecine conventionnelle.....	39
b. Un savoir académique et un processus de socialisation au centre de la médecine conventionnelle.....	40
III.2. La médecine non conventionnelle : mode de construction du capital thérapeutique	41
a. L'illusio et la force de l'évidence	41
b. Une relation de pouvoir par rapport au patient confiné à l'abus	42
c. Le rapport au savoir	43
Section 2. La notion de légitimité : un approfondissement à l'interface de plusieurs disciplines.....	45
I. La légitimité en sociologie politique et philosophique	45
I. 1. Présentation des apports de Weber	45
I. 2. Les apports de Habermas.....	47
I. 3. Les apports de Bourdieu	48
II. L'apport en sciences de gestion	49
II.1. Deux approches de la légitimité	49
a. L'approche stratégique de la légitimité	49
b. L'approche institutionnelle de la légitimité.....	50
II.2. La typologie de la légitimité selon Suchman.....	51
a. La légitimité morale.....	51
b. La légitimité cognitive.....	52
c. La légitimité pragmatique.....	53
Ce que nous retenons.....	56
CHAPITRE 3 : les théories de la construction de l'expertise en sciences de gestion	57
Section 1. Les fondements de la notion d'expert en sciences de gestion : une approche en gestion des connaissances et en RH	59
Section 2 : La dynamique de construction d'expertise : une combinaison de connaissances	63
I. La création de connaissances : une dynamique fondée sur la transformation des connaissances explicites et tacites	63
I.1. Les connaissances tacites.....	64

I.2.	Les connaissances explicites	64
I.3.	Le processus de création de connaissances : le modèle SECI.....	65
II.	La dynamique de construction d'expertise une combinaison de plusieurs types de connaissances	66
II.1.	Les connaissances déclaratives.....	66
II.2.	Les connaissances procédurales	67
II.3.	Une distinction versus complémentarité.....	68
II.4.	Les connaissances métacognitives.....	69
a.	Les expériences métacognitives	70
b.	Les régulations métacognitives	70
III.	Articulation entre connaissances et compétences	70
IV.	Le passage du novice à l'expert	72
Section 3 :	La dimension sociale de l'expert.....	75
I.	Le concept de reconnaissance	75
II.	La reconnaissance professionnelle dans le courant de l'entrepreneuriat	77
Section 4.	Les théories entrepreneuriales au service de la construction de l'expertise.....	81
I.	Des attitudes favorables à l'apprentissage expérientiel : le comportement de l'entrepreneur	81
II.	Le sentiment d'auto-efficacité : un prédicateur à l'action d'entreprendre	83
	Ce que nous retenons du courant théorique sur les experts et leur approche entrepreneuriale	86
Section 5.	Modèle d'analyse : articulation entre modes de développement de l'expertise et formes de légitimité.....	89
DEUXIEME PARTIE		95
CHOIX METHODOLOGIQUE ET DEMARCHE GENERALE DE LA RECHERCHE ..		95
CHAPITRE 4 : Choix épistémologique et méthodologique		97
I.	Choix épistémologique : Le paradigme épistémologique interprétativiste.....	99
I.1.	Le paradigme épistémologique réaliste critique	99
I.2.	Le paradigme épistémologique constructiviste	100
I.3.	Le paradigme épistémologique interprétativiste.....	101
II.	L'approche qualitative.....	105
II.1.	Pourquoi ce choix ?	105
II.2.	L'étude de cas exploratoire comme stratégie pour accéder au « réel »	107
III.	Le mode de raisonnement mobilisé : l'abduction	109

IV. Le Design d'étude de cas retenu : la comparaison des cas.....	110
CHAPITRE 5 : Terrain s'investigation, recueil des données et codage.....	114
I. Le terrain d'investigation	114
I.1. Les praticiens libéraux	114
a. Les médecins	114
b. Les thérapeutes	115
c. Les chamans	116
I.2. Les caractéristiques de l'échantillon.....	116
II. Le recueil des données	126
II. 1. La documentation.....	126
II. 2. L'observation directe non participante	127
II. 3. Les entretiens	127
a. Les entretiens semi-directifs	128
b. Le guide d'entretien.....	129
III. L'analyse des données : la codification thématique.....	132
Ce que nous retenons.....	136
TROISIEME PARTIE : RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION.....	137
CHAPITRE 6 : L'acquisition de la légitimité pour les praticiens en SSNC : mode d'apprentissage et de construction d'expertise	139
Section I. le cas des médecins Français.....	141
Introduction	141
I. Une légitimité tirée par la construction d'une expertise institutionnalisée.....	143
I.1. Comment entre-t-on dans un savoir alternatif au cœur de la profession de médecin ?.....	143
a. Les expériences des autres un évènement déclencheur d'adhésion	143
b. Une adhésion forte même sans référence à un évènement déclencheur.....	145
I.2. Une expertise fondée sur des formations universitaires diplômantes ou certifiantes source d'acquisition d'une légitimité institutionnelle.....	146
a. L'acquisition d'une légitimité institutionnelle en SSNC à travers les apprentissage dans le cursus universitaire en formation initiale ou continue (DU) 147	
b. Un sentiment de légitimité en SSNC moindre lié aux formations complémentaire en école privée.....	150
c. Une expertise en SSNC confortée par la dénonciation à l'encontre de praticiens en SSNC non médecins	151

II.	L'acquisition d'une légitimité pragmatique en SSNC fondée sur l'importance de l'expérience professionnelle.....	153
II.1.	Une reconnaissance et une auto-reconnaissance liés à un nombre important d'année de pratique en SSNC	153
II.2.	Un apprentissage constant et une personnalisation des soins en SSNC qui se différencie de la médecine conventionnelle	154
II.3.	Le rôle de la métacognition dans la légitimité pragmatique en SSNC.....	157
	Ce que nous retenons.....	159
	Section 2. Le cas des thérapeutes Français	161
	Introduction	161
I.	L'influence des expériences initiales dans l'adhésion à une pratique en SSNC..	163
I.1.	Une forte adhésion en SSNC	163
I.2.	Une expérience de vie comme un déclic d'orientation professionnelle	164
I.3.	Une insatisfaction professionnelle et personnelle à l'origine d'adhésion en SSNC	166
II.	Une expertise construite sur l'apprentissage entrepreneurial débouchant sur une légitimité institutionnelle.....	167
II.1.	Une formation en SSNC dans les écoles au service de la construction de l'expertise	167
a.	La mise en perspective de la qualité de l'offre de formation	167
b.	Des formations sanctionnées par l'obtention de divers titres de validation des savoirs	169
II.2.	Des titres obtenus dans le cadre associatif et fédératif, facteur d'auto-reconnaissance et de reconnaissance	170
II.3.	Une légitimité confortée aussi par la dénonciation à l'encontre des praticiens non formés en SSNC et des médecins	173
III.	Une légitimité pragmatique fondée sur les expériences professionnelles.....	176
III. 1.	L'apprentissage expérientiel au cœur du processus de construction d'expertise	176
a.	Un apprentissage autodirigé à partir des expériences répétées, au service de la construction d'expertise	176
b.	Réinvestissement des savoirs professionnels au profit de la construction des nouveaux savoirs en SSNC	178
III. 2.	Une reconnaissance sociale en SSNC acquise à partir de la métacognition	180
	Ce que nous retenons.....	184
	Section 3 : le cas des chamans Français	185

Introduction	185
I. Comment devenir chaman ?.....	186
I. 1. Des d'expériences professionnelles antérieures diversifiés.....	186
I. 2. L'orientation vers les soins chamaniques	186
a. Des qualités extraordinaires « innées » ou héritées d'ancêtres	186
b. Le besoin de changement de vie et l'accès au monde des esprits	187
II. Une transformation de soi profonde, point d'entrée à l'apprentissage chamanique.....	188
II. 1. Une phase d'auto-apprentissage soutenue par un sentiment de vocation important.....	189
II. 2. L'apprentissage aidé par des maîtres chamans ou leur rituel.....	190
II. 3. Un savoir technique occidentalisé appris au cours de stages.....	192
II. 4. Des soins soutenus par les voyages chamaniques et les alliés contactés ..	193
III. Une activité métacognitive ancrée dans la spiritualité et une légitimité pragmatique sacrée	196
Ce que nous retenons.....	197
Section 4 : le cas des médecins tunisiens	199
Introduction	199
I. Un engagement dans les SSNC lié principalement à une adhésion doxique.....	200
II. Une forte légitimité en SSNC fondée sur des savoirs issus des formations universitaires et postuniversitaires	202
II.1. Une auto-efficacité fondée sur une formation universitaire de doctorat en médecine	202
II.2. Une légitimité issue de la formation postuniversitaire en SSNC	204
III. Un savoir professionnel en SSNC acquis dans un cadre associatif.....	206
III.1. Des formations privées dans des associations locales sources de construction d'expertise.....	206
III.2. Des formations dans un cadre associatif menées par un corps professionnel étranger sources de construction d'expertise en SSNC	208
IV. Une reconnaissance du savoir acquis par des formations à l'étranger.....	210
V. Une légitimité confortée par la dénonciation à l'encontre des autres : médecins, médecins praticiens en SSNC et thérapeutes	211
VI. Une légitimité pragmatique fondée sur l'expérience professionnelle et sur la personnalisation de soins à travers une participation active des patients.....	214
VI. 1. La pratique comme un facteur de méta-connaissance	214

VI. 2. Le patient acteur de sa santé : une valorisation au service de la construction d'une légitimité pragmatique	215
VI. 3. Un comportement entrepreneurial source d'auto-reconnaissance	218
Ce que nous retenons.....	220
Section 5. Les thérapeutes Tunisiens	221
Introduction	221
I. Une forte adhésion doxique source d'engagement dans les SSNC	222
II. Une expertise construite sur la base d'un apprentissage formel et sur des compétences techniques	223
II.1. La place de l'apprentissage conceptuel dans la construction de l'expertise des thérapeutes en SSNC	223
II.2. L'adhésion à des associations : un rôle ambivalent dans la construction des savoirs en SSNC	225
II.3. La place du titre dans la reconnaissance des savoirs	226
III. Une légitimité pragmatique fondée sur les expériences professionnelles	228
III.1. Un apprentissage autodirigé à partir des expériences répétées, au service de la construction d'expertise	228
III.2. Une réputation en SSNC acquise à partir de la métacognition	229
Ce que nous retenons.....	231
Section 3. Le cas des chamans tunisiens	233
Introduction	233
I. Pour mieux connaître le chaman	235
I.1. Des expériences professionnelles initiales diverses	235
I.2. L'orientation dans les soins chamaniques : entre des messages divins et une adhésion forte à ce type de soins	235
II. Différentes sortes d'apprentissages sources de construction du savoir chamanique.....	237
II.1. Un apprentissage autodirigé soutenu par des vocations	237
II.2. Un apprentissage à l'étranger dans des écoles de formations	241
II.3. Des outils chamaniques spécifiques	242
III. Une légitimité charismatique fondée sur des aptitudes exceptionnelles	244
IV. Une expérience professionnelle source d'acquisition d'une légitimité pragmatique	245
V. Une expertise reconnue de façon tacite par des membres du corps médical dominant.....	247
Ce que nous retenons.....	249

CHAPITRE 6 : Discussion	251
I. L'expérience initiale du praticien initiatrice du processus de construction de l'expertise.	255
I.1. Des situations professionnelles et de vie porteuses d'expériences incitatrices à l'apprentissage pour les médecins et les thérapeutes.....	255
I.2. L'adhésion doxique à l'origine d'engagement pour certains dans l'apprentissage des SSNC.....	259
II. Un apprentissage théorique et procédural différencié en fonction des segments	260
II. 1. Un apprentissage autodirigé au fondement de la construction de l'expertise	260
II. 2. La place du sentiment d'efficacité dans la régulation de l'apprentissage.	262
II. 3. Un apprentissage théorique et procédural au fondement de la construction de l'expertise.....	263
a. Chez les médecins	263
b. Le mode de construction d'expertise chez les thérapeutes français et tunisiens	268
c. Un mode différent de construction d'expertise chez les chamans.....	272
Conclusion générale	279
Bibliographie	289
Annexes	313