



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



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

Par

AUZIAS Ségolène
LE GARSMEUR Amélie

*L'évolution du rôle social du test dans la pratique
orthophonique*

Maître de Mémoire

PERDRIX Renaud

Membres du Jury

LECLERC Caroline

TAIN Laurence

TOPOUZKHANIAN Sylvia

Date de Soutenance

JUIN 2012

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

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

Ecole Polytechnique Universitaire de
Lyon (EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr MAUME-DESCHAMPS
Véronique**

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

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

IUT LYON 1
Directeur **M. COULET Christian**

2. **2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION
ORTHOPHONIE**

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
Pr. Associé BO Agnès

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
**THEROND Béatrice
GUILLON Fanny**

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

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

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier notre maître de mémoire Monsieur Perdrix pour son encadrement et son soutien, sa patience et ses nombreux encouragements.

Nous remercions l'équipe de Sciences Sociales que nous avons pu rencontrer régulièrement au cours de ces dernières années.

Un grand merci à Caroline Leclerc et Laurence Tain pour les remarques pertinentes apportées lors de la relecture de notre travail.

Merci à tous les orthophonistes rencontrés qui, en plus de nous avoir permis l'élaboration de notre étude nous ont fait partager leur passion et leur enthousiasme.

Une pensée toute particulière à nos familles, frères, sœurs qui nous ont soutenues moralement du début à la fin,

Un immense merci à Constance pour sa grande disponibilité,

A Elise, Max et Laurence pour leur présence,

Un clin d'œil au Bric à Brac pour ses remontants ainsi que Bryan pour son éternelle ritournelle.

Enfin, un chaleureux merci à toutes les petites lumières que nous laissons dans l'ombre.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
1. Université Claude Bernard Lyon I	2
1.1 Secteur Santé :	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :	2
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE	8
I. LA SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS	9
1. Evolution du concept de profession en sociologie	9
2. Constitution d'une identité	10
II. LA LEGITIMITE SCIENTIFIQUE : MESURE DE LA SANTE.....	12
1. Le processus de médicalisation	12
2. La rationalisation du système de santé : preuve et rentabilité.....	13
3. L'outil d'évaluation : une question de mesure.....	15
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	20
I. PROBLEMATIQUE	21
II. HYPOTHESES.....	21
PARTIE EXPERIMENTALE	22
I. PRINCIPES ET REFERENTS THEORIQUES	23
1. Un courant sociologique : l'interactionnisme	23
2. Une approche : la méthode qualitative	24
3. L'entretien comme recueil de données	24
II. LA PRATIQUE DE L'ENTRETIEN : DES ACTEURS CHOISIS	28
1. Population	28
2. La conduite de l'entretien.....	31
3. Limites d'une méthode	32
III. L'ANALYSE DES RESULTATS	33
1. Le choix de l'analyse de contenu.....	33
2. Méthode d'analyse des données : l'analyse thématique.....	34
PRESENTATION DES RESULTATS	35
I. EVOLUTION D'UNE PROFESSION DANS L'EVOLUTION D'UNE SOCIETE	36
1. Evolution des savoirs	36
2. Evolution de la pratique	38
II EVOLUTION DE LA CULTURE PROFESSIONNELLE.....	43
1. Avant : le qualitatif.....	43
2. Aujourd'hui : la culture du chiffre.....	44
DISCUSSION DES RESULTATS	46
I. LE BILAN ORTHOPHONIQUE DANS LES RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES : UN OUTIL DE DEFENSE DU TERRITOIRE ET DE LEGITIMITE.....	47
1. Identité pour soi/ identité pour autrui	47
2. Conserver son identité, prouver sa légitimité	54
II. RETOUR SUR NOTRE TRAVAIL DE RECHERCHE :	58
1. Discussion de notre méthode adaptée mais incomplète	58
2. Apports personnels.....	59
CONCLUSION	61
REFERENCES.....	62

GLOSSAIRE	66
ANNEXES	68
ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN.....	69
ANNEXE II : ANAES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES EN ORTHOPHONIE.	71
ANNEXE III : PROCEDURE DE DEMANDE DE TIERS TEMPS (ACADEMIE DE LYON)	72
TABLE DES MATIERES.....	75

INTRODUCTION

Au fil de nos études, nous nous sommes interrogées sur l'évolution du bilan dans la pratique orthophonique, son rôle ainsi que les relations entre les orthophonistes et leurs outils d'évaluation : les tests.

Au vu des nombreuses heures de cours centrées sur les différents tests, nous en sommes venues à nous poser les questions suivantes : le test psychométrique était-il aussi présent dans les débuts de l'orthophonie ? Pourquoi a-t-il pris autant de place dans la profession actuelle ? Est-il la conséquence de savoirs cognitifs ? Est-ce un moyen de légitimité pour la profession ? Comment est-il utilisé par les orthophonistes aujourd'hui ? Quels impacts les résultats ont-ils dans la pratique orthophonique ? La clinique est-elle dépendante des outils d'évaluation ? Quelle est la justification de l'utilisation de la psychométrie dans la pratique orthophonique ?

L'émergence des tests psychométriques en orthophonie reflète l'évolution de la société vers une volonté toujours plus croissante de rationalisation. Ce phénomène de la mesure avait déjà été amorcé dans les travaux de Binet et Simon, auteurs de la première échelle métrique de l'intelligence posant la question du normal-pathologique au cœur des représentations de la maladie des différents acteurs sociaux.

Cette réflexion, questionnant plus largement notre formation et notre future profession nous a amenées à réfléchir de façon globale, en déconstruisant parfois certaines notions et idées assimilées jusqu'alors. Suite aux rencontres avec les membres de l'équipe de recherche en sciences sociales de Lyon I, il nous a semblé pertinent d'approcher notre sujet par le biais de la sociologie. Le projet Kalliopé, réalisé entre 2002 et 2006 par cette équipe de chercheurs s'est intéressé à l'évolution de l'orthophonie. L'élaboration d'une réflexion sur les tests était intéressante à développer dans ce champ de recherche auquel nous avons été initiées et qui avait suscité notre intérêt lors de précédentes formations.

Une première partie de notre travail de recherche nous permettra d'exposer les concepts sociologiques à travers les notions théoriques de profession, d'identité et de légitimité en lien avec la question de la mesure scientifique dans le domaine de la santé.

Une fois ce contexte posé, nous exposerons notre problématique et nos hypothèses avant de rentrer dans le cœur de l'enquête en décrivant, dans le second chapitre la méthodologie utilisée.

Il s'agira ensuite de présenter nos résultats issus de nos rencontres avec les orthophonistes qui seront discutés par la suite dans une dernière partie.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

Nous avons souhaité inscrire notre étude dans un champ de recherche sociologique. Notre approche est dès lors inévitablement marquée par l'histoire de la sociologie, et plus particulièrement par la sociologie des professions. « Dans le domaine de la santé, où des conceptions, des partis pris, des représentations et des orientations divergentes s'expriment, la sociologie des professions apparaît comme un mode d'approche privilégié » (Aïach et Fassin, 1994, p.44).

De nombreux auteurs tels Dubar, Triper ou encore Champy ont porté leurs travaux sur cette discipline, s'intéressant à la manière dont les groupes professionnels émergent en tant que groupes se font reconnaître par les Etats, leurs usagers, clients, ou partenaires et par les groupes professionnels voisins avec lesquels ils sont amenés à se coordonner.

Ainsi, l'abord de ces notions conceptuelles de « profession » d'un point de vue sociologique avec pour « idéal-type » la pratique médicale (Aïach et Fassin, p.80) nous permettra d'aborder par la suite la question des identités professionnelles comme composante majeure de l'identité sociale et individuelle, en lien avec le système de représentations sociales.

I. La Sociologie des professions

1. Evolution du concept de profession en sociologie

Deux approches nous permettent de définir ce qu'est, sociologiquement, une profession.

Le premier courant, le fonctionnalisme, perçoit le développement des professions comme une fonction de cohésion sociale et morale face à l'évolution de l'économie de marché. Ils définissent alors le terme de profession comme « une technique intellectuelle spécialisée, acquise au moyen d'une formation prolongée et formalisée, et [permettant] de rendre un service efficace à la communauté » (Carr-Saunders et Wilson, dans Dubar et Tripiër, 1998, p.80). A la suite de ces auteurs, Parsons, éminent représentant de ce courant, modélise la profession à travers la figure type du médecin qui réunit pour lui les traits caractéristiques du professionnel : des compétences techniques universalistes de haut niveau, une spécificité fonctionnelle de « spécialiste dans son domaine et strictement dans son domaine », une neutralité affective, une orientation vers la collectivité « le bien être de son patient est placé au-dessus de ses intérêts commerciaux ».

Globalement, les groupes professionnels constituent des unités résultantes du partage des mêmes institutions et des mêmes valeurs, organisées à la manière des communautés autour d'un centre assurant la cohésion morale et sociale du groupe.

Par la suite, se développe une nouvelle approche représentée par Hugues et les sociologues issus de l'école de Chicago qui redéfinissent ce terme de profession en développant différents concepts. Une fois posée l'objectivité du statut professionnel, il s'agit également d'en interroger la subjectivation et la particularisation chez ses acteurs et dans les contextes des réalités d'exercice. C'est à cet examen que la sociologie interactionniste s'est plus particulièrement attachée : rompre avec les rhétoriques normatives et les stéréotypes professionnels pour découvrir la réalité des processus subjectivement signifiants et des dynamiques d'interactions avec les autres, entre les

différentes professions, certes, mais aussi à l'intérieur de chacune d'elle. Ainsi, selon Hugues (1958) « Tout emploi (occupation) entraîne une revendication de la part de chacun d'être autorisé (licence) à exercer certaines activités que d'autres ne pourront pas exercer. » (cité dans Dubar et Tripier, 1998, p.98). Ainsi, « tout collectif qui exerce un métier est conduit à stabiliser dans son territoire une autorisation spécifique, limitant la concurrence et une mission reconnue, valorisant le groupe ». Lorsqu'un groupe arrive à cela il constitue ce que l'on appellerait une profession. Ce qui est primordial dans une profession, ce n'est pas tant l'unité communautaire, mais plutôt « les conflits d'intérêts et les changements » (Strauss, dans Dubar et Tripier, 1998, p.100). Une profession ne serait pas « le partage d'une même identité ou de valeurs communes », mais un « conglomérat de segments en compétition et en restructuration continue. »

2. Constitution d'une identité

Dubar analyse l'identité comme « le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions » (Dubar, 2000, p.109).

2.1. L'identité professionnelle : entre biographique et structurel

Dubar associe les processus biographiques de construction d'une « identité pour soi » et les mécanismes structurels de reconnaissances des « identités pour autrui ». Les identités dépendent des relations avec les autres et de la perception subjective de sa situation. Elles dépendent aussi des rapports au pouvoir : « capacité de peser sur les décisions qui concernent son travail mais aussi capacité d'influer sur les autres et d'entrer dans des stratégies d'acteurs » (Dubar, 1994). Les identités professionnelles sont des « conceptions de soi au travail » qui mettent en jeu les relations entre identité personnelle et identifications collectives. Il construit ainsi un modèle des différentes formes identitaires. Sur l'axe temporel, on distingue des discours de continuité de trajectoire et des discours manifestant une série de ruptures, choisies ou subies. Sur l'axe spatial, on distingue soit une reconnaissance de la part des partenaires d'emploi et de formation, soit une non reconnaissance des acteurs de la situation vécue. Les formes identitaires se situent donc à l'intersection des constructions biographiques voulues et des processus relationnels de reconnaissance par autrui, plus subis. Dubar identifie ainsi plusieurs formes identitaires, comme par exemple celle basée sur le réseau qui combine une trajectoire biographique tendue vers la mobilité sociale et qui inclut les risques de la mobilité externe. A cela s'ajoute une reconnaissance fondée sur la possession d'un titre scolaire et la participation active à des formations diplômantes.

Ainsi, d'après Dubar et Tripier (1998) l'identité est le résultat de deux processus : « l'attribution par les institutions et les agents directement en interaction avec l'individu de l'identité » et « l'incorporation de l'identité par les individus eux-mêmes » en fonction d'un groupe de référence. L'identité est alors l'articulation de deux processus : un « processus biographique » et un « processus relationnel » : « identité pour soi élaborée dans le temps par l'individu lui-même, à partir d'un ensemble de représentations et d'une trajectoire individuelle, et identité pour autrui, identité de soi par les autres à un moment donné,

élaborée selon des rapports réciproques d'identification, de différenciation ou d'opposition avec d'autres identités.

2.2. Les représentations sociales du soin comme processus identitaire.

Au sein même d'une profession, et donc en orthophonie, tous les agents ne perçoivent pas leur statut de la même façon. Ainsi, Dubar et Tripier (1998) présentaient cela pour les médecins : « au-delà des rhétoriques professionnelles stéréotypées (soigner les malades), certains se consacrent avant tout à la thérapeutique, d'autres à la prévention, d'autres à la recherche. »

Selon les représentations que les individus se font de la maladie et du soin dans nos sociétés, l'on retrouve un schéma sous jacent mis en avant par les anthropologues. Laplantine (1986) décrit deux groupes de modèles : l'un étiologique sur les formes élémentaires de la maladie, l'autre thérapeutique sur les formes élémentaires de la guérison. Au sein de ces modèles il oppose le modèle biomédical et le modèle holiste.

Ainsi, le modèle biomédical, considéré comme le « paradigme scientifique » dans notre société contemporaine considère la maladie comme : ontologique (la maladie est localisable dans le corps), exogène (la maladie résulte de la pénétration d'un élément étranger et hostile à l'intérieur du corps ou de l'esprit du malade. La guérison, ici, ne dépend pas du patient) et maléfique (la maladie constitue une agression extérieure, un ennemi qu'il faut éliminer.) Dans ce modèle, les maladies sont donc des entités spécifiques, indépendantes. Peu importe la personne : tout le monde souffre de la même maladie. Le rôle du médecin est alors de ne s'intéresser qu'à la maladie pour l'éliminer.

Le modèle holiste s'oppose point par point au précédent. Il considère la maladie comme fonctionnelle : la maladie ne correspond pas à une lésion spécifique, il est impossible de la trouver concrètement dans le corps. Elle résulte d'une rupture d'équilibre entre l'homme et lui-même ou son milieu social ; endogène : la maladie est déplacée du côté de l'individu, elle n'est plus considérée comme une entité étrangère mais elle est liée à l'histoire de la personne, son hérédité, son immunité, etc. Etre malade a un sens ; bénéfique : la maladie correspond à une sorte de « crise » et permet à l'individu de voir des choses qu'il refusait de voir ; la maladie lui permet de se comprendre et de gérer ses conflits. Dans cette perspective holiste, la maladie n'est plus perçue comme une réalité étrangère au patient. Elle vient de lui et « a une fonction valorisée ou, tout au moins, ambivalente qui doit être décryptée comme composante inéluctable de soi » (*Ibid.*, p. 236). C'est la capacité de l'individu à s'adapter tant d'un point de vue psychologique que physique. Le traitement sera alors régulateur, accordant la priorité aux potentialités propres du malade. Dans ce modèle le meilleur des médecins est le psychologue qui écoute l'individu et l'aide à se comprendre.

Il est également intéressant de mettre en lien ces représentations de la maladie avec les trois registres de l'activité thérapeutique mis en avant par Aiach, Fassin et Saliba (1994) dans la relation médecin-soigné : « relationnel et affectif, communautaire et traditionnel, cognitif et technique » (p.35) comme facteurs de construction d'identité professionnelle.

2.3. Recherche de légitimité et compromis identitaire

Les rapports entre les professionnels et la construction d'identité ne sont pas l'objet d'une planification rigide : suivant les événements, ils sont pris dans des contextes d'interaction réévalués, redéfinis, renégociés. Les divers acteurs d'un ordre social peuvent se chevaucher et entrer en conflit. Il devient alors nécessaire de protéger les actions et intérêts de chaque profession, groupe, individu.

Les orthophonistes effectueraient alors diverses inférences. L'inférence est une notion très importante dans ce travail de recherche sur l'idée de légitimité apportée par les tests. Elle est « la capacité à articuler savoir formel et pratique concrète », et « l'interface entre le diagnostic qui est fait d'une situation et la remédiation qui peut être apportée : elle garantit qu'il n'y a pas un lien mécanique entre l'un et l'autre, mais une nécessité d'en référer à un savoir organisé. » (Perdrix, 2007 p.152). Les orthophonistes privilégieraient alors certaines inférences plus que d'autres selon le champ qu'ils choisissent d'exploiter. Cette notion explique donc l'aspect variable des pratiques. Par la suite, il est important de se demander si les inférences sont choisies dans le cadre d'une idéologie, ou dans l'idée de stratégie qui délimiterait une frontière. Pour Abbott (1988), un groupe professionnel construit son territoire sous deux modes complémentaires : « le caractère opératoire d'une innovation mise en avant par le groupe professionnel ; sa capacité à se faire connaître par l'état et la clientèle. » Dans ce cas précis ce serait l'aspect médical qui permettrait la réalisation de ces deux voies.

II. La légitimité scientifique : mesure de la santé

1. Le processus de médicalisation

Historiquement, le terme de « médicalisation » renvoyait à une notion purement démographique, exprimant le rapport chiffré entre un nombre d'habitants et un nombre de médecins (Faure, 1998, p. 53-54). Au-delà de cette première approche démographique, le terme de « médicalisation » a été redéfini par les sociologues comme un « Medicalization describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders. (Conrad, 1992, p.209). [« processus conduisant à redéfinir et à traiter des problèmes non médicaux comme des problèmes médicaux, généralement en termes de troubles ou de maladies. »]

Les sociologues observent un important essor de la « médicalisation » au cours du XIX^e siècle dans les pays industrialisés, phénomène qui s'est encore intensifié au cours du XX^e siècle, en particulier sur les 30 ou 40 dernières années (Aïach, 1998, p.15). Cette extension est telle que l'on parle désormais d'« ère de la médicalisation » (Aïach, 1998), celle-ci touchant pratiquement tous les domaines de l'existence. Cette évolution sociologique peut être liée à une innovation technique ou thérapeutique. Ainsi, dans le traitement de la douleur, Le Breton (1998) décrit une véritable transformation culturelle liée aux progrès des analgésiques qui ont « transformé l'expérience humaine de la douleur » (p.169). Dans d'autres domaines, le processus de médicalisation s'est effectué sans progrès technologique notable. C'est le cas, par exemple des difficultés scolaires, qu'il s'agisse de problèmes de comportement ou d'apprentissage, qui sont de plus en plus traités en recourant à des intervenants de la sphère médicale ou paramédicale : orthophonistes, psychomotriciens, pédopsychiatres, psychologues. « Le savoir médical a ainsi pris valeur normative par rapport à des secteurs de plus en plus nombreux de la vie

individuelle et collective, qui vont être définis et évalués en termes de santé » (Adam, Herzlich, 1994, p. 38)

La sociologie tente alors de décrire le processus par lequel la raison médicale s'impose dans des champs de la vie où régnaient jusqu'alors d'autres formes de rationalité et elle montre comment, échappant le plus souvent au contrôle des médecins eux-mêmes, elle « envahit les esprits et s'insinue dans les espaces où peut se manifester une préoccupation de santé » (Aïach, 1998, p.26)

2. La rationalisation du système de santé : preuve et rentabilité

Dans le domaine de la santé, la volonté d'offrir les meilleurs soins possibles aux usagers rejoint l'obligation de tous les professionnels de santé de contribuer à l'amélioration de la qualité de service et à la rationalisation du système de santé. Il s'agit à la fois, d'optimiser l'organisation et l'allocation des ressources en veillant à la bonne utilisation des fonds publics, et de satisfaire les usagers en leur donnant accès à des soins de qualité. Cette double démarche conduit les professionnels de santé à s'engager dans un processus continu d'amélioration des pratiques reposant notamment sur le principe « d'Evidence Based Medecine ».

2.1. Evidence Based Medecine

Tout au long du XXe siècle, des membres du corps médical ont développé et défendu une approche de la médecine qui incite les pratiques à se fonder davantage sur des données scientifiques validées et qui prône la limitation du rôle de l'expérience individuelle et du jugement subjectif dans la décision médicale. L'utilisation massive de méthodes quantitatives - en particulier le « triomphe des statistiques » (Marks, 1999) - pour fonder les connaissances et guider les pratiques médicales est apparue dans la deuxième moitié du XXe siècle. De là naissent les "réformateurs thérapeutiques" qui ont cherché à utiliser la Science des expérimentations contrôlées pour diriger la pratique médicale. Il s'agit de pharmacologues, de médecins, de statisticiens et d'hommes politiques qui, ayant perdu la confiance de leurs prédécesseurs dans le jugement des cliniciens expérimentés ont proposé un critère impersonnel permettant de juger en toute intégrité : l'essai contrôlé randomisé en double aveugle. Ainsi est né le paradigme qui définit la médecine moderne : l'« Evidence-Based-Medicine ». Ce courant international de la recherche clinique apparu et formalisé entre la fin des années quatre-vingt et le début des années quatre-vingt-dix, met en évidence par la diversité de ses traductions : « médecine formelle », « médecine des preuves », « médecine factuelle », la volonté de fonder objectivement les pratiques cliniques et réactualisent les anciennes oppositions autour des parts respectives à attribuer à l'art et à la science en médecine (Savard, 2003).

Ainsi, l'Evidence Based Medicine fonde son idéal sur la valorisation de l'approche expérimentale vis-à-vis de ce qui n'est pas prouvé en s'appuyant sur deux outils : l'essai clinique randomisé et la recommandation de pratique clinique qu'elle veut optimale, dotée de preuves scientifiques d'efficacité et d'efficience. « Evidence-based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. » (Sackett, 1996, p.71). [« L'Evidence Based

Médecine se définit comme l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles dans les décisions de soin pour un patient donné. »]

2.2. Nécessités comptables

Au cours des années 80, les médecins cliniciens se voient proposer, puis bientôt sont sommés de procéder à l'évaluation de leurs « pratiques ». Ils ont très rapidement à leur disposition un ensemble de méthodes (l'audit clinique, la production de « recommandations médicales ») et une déclinaison de « bonnes pratiques » dans tous les domaines de l'activité médicale. Selon les termes de Paradeise, cette « montée en puissance de l'obligation de "rendre des comptes" caractérise la montée en puissance d'un « État évaluateur » qui valorise la « responsabilité économique et sociale » des professions au détriment de leur contrôle interne (2008, p.295). L'évaluation de l'efficacité des pratiques professionnelles « vaut pour l'ensemble des professionnels, publics [...] ou privés » (*ibid.*, p.295), et n'épargne pas les professions de soins. De ce fait, la médecine clinique fait l'objet d'une entreprise de normalisation de ses pratiques médicales.

Cette ambition de normalisation des pratiques s'inscrit dans l'histoire des politiques de santé, et plus précisément des politiques de maîtrise de dépenses de soins et du système de santé. (Castel & Merle, 2002). Les pouvoirs publics se proposent de limiter les dépenses « inutiles » en éliminant « les mauvaises pratiques » (*ibid.*, p.338), cela au profit d'une efficacité accrue. En effet, les premiers à interpellier les médecins sur le fait qu'ils ne pratiquent pas tous la « bonne pratique » ne sont pas seulement des médecins « savants » (issus des sciences fondamentales) mais également des gestionnaires et des économistes. Ils pensent trouver dans la normalisation des pratiques médicales un moyen d'améliorer la qualité des soins tout en limitant les dépenses de santé. « Médecins savants » et gestionnaires se retrouvent autour de la formulation d'un même « impératif de la qualité » enjoignant les médecins cliniciens à améliorer la « qualité de soins » entendue ici comme la conformité des pratiques médicales à des normes scientifiquement établies. (Robelet, 2003) Autrement dit, la qualité des soins participe à transformer « l'art médical en exercice scientifiquement fondé » (Setbon, 2000, p.51). On peut voir dans ce phénomène l'illustration d'une « rationalisation professionnelle ».

En France, c'est en particulier la Haute Autorité de Santé (HAS), successeur de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES), qui remplit la mission de contrôle de la qualité des soins médicaux. Les objectifs de cette dernière instance visent à « contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. » (Matillon, 2001, avant propos) en établissant des Recommandations Professionnelles. « Loin d'avoir une démarche normative, l'ANAES souhaite, par cette démarche, répondre aux préoccupations de tout professionnel de santé soucieux de fonder ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possibles. » (*ibid* 2001.) Cependant, Setbon (2000) voit dans ces recommandations de pratiques la possibilité pour des tiers — patients et gestionnaires — de contrôler la pratique des médecins limitant ainsi l'exercice du jugement individuel du médecin au profit de la conformité à des normes collectives. L'autonomie dont bénéficiaient les médecins au sein des organisations de santé et dans le système de santé en général est alors remise en cause et certains auteurs vont jusqu'à parler de « déprofessionnalisation ». (Freidson 1999). « Cette publicité pour la qualité des soins rend explicite la faillibilité des

praticiens, [...] relativise la pertinence de leur savoir et instille le doute quant à la sécurité de leurs actes et à la pertinence de leurs décisions » (Setbon, 2000, p.64).

L'orthophonie, comme l'ensemble des professions de soins prises en charge par la Sécurité sociale, est concernée par ces évolutions. En 2002, la Sécurité Sociale lance un « contrat de bonne pratique » destiné aux orthophonistes, qui consiste, sur la base du volontariat et par le biais d'une incitation financière, à suivre des formations conventionnelles et à respecter un ensemble de normes dans la rédaction et la conduite des bilans.

3. L'outil d'évaluation : une question de mesure

3.1. Mesurer pour évaluer

La pratique d'évaluation s'inscrit dans l'histoire de la mesure. Au croisement du positivisme scientifique, de l'économie de marché et des Etats, on retrouve la systématisation de la "mesure" comme norme objective permettant de penser le monde en chiffres (Pillon et Vatin, 2003, p.161). Les principes d'efficience et de justice justifient un esprit métrologique, caractéristique de la modernité. Max Weber observait déjà, il y a un siècle, la montée de ce pouvoir dont la légitimité est « rationnelle légale ». La mesure du temps, de l'espace, des populations prend son essor simultanément à la monétarisation de l'économie. Celle-ci « objective » par l'abstraction d'un chiffre, la valeur des choses et vise à la diffusion d'une vision quantitative du monde (Simmel, 1981).

Une distinction est à faire entre l'évaluation et la mesure. Evaluer, consisterait à porter un jugement sur une situation en tenant compte de tous les éléments en jeu : la personne évaluée, la caractéristique ou l'aspect évalué, les objectifs du jugement évaluatif, la mesure-elle-même, etc. La mesure n'est quant à elle qu'une opération plus ou moins mécanique, dont le résultat - une information numérique, le plus souvent - doit être utilisé par l'évaluateur. Sans le jugement évaluatif, la mesure n'est rien d'autre qu'un nombre, résultant de l'application mécanique d'un test ou d'un autre procédé de mesure. Ainsi, l'évaluation est « d'abord un jugement, non pas seulement le résultat d'un test ou la donnée sortant d'une machine » (Laurencelle, 1998, p.13). Elle a pour ambition, sur un plan « normatif » de fonder des jugements et de préconiser des choix, et d'être un outil d'aide à la décision. Sur un plan « instrumental », l'évaluation doit être à l'origine de transformations et d'améliorations. « Tout ce qui se mesure s'améliore » (Vatin, 2009, couverture).

L'évaluation peut se décliner en quatre questions : Quoi ? : on évalue toujours quelque chose ou quelqu'un ; Comment ? : sur quels critères il faut une méthode de mesure et un système de référence ; Pour qui ? : les financeurs, des décideurs, des acteurs du soin ; Pour quoi ? : avec en arrière plan des notions d'utilité, faisabilité, rentabilité. (Kohler, 2000) Le choix du « point de vue » critère auquel on se place pour mener l'évaluation est primordial. Un critère doit être « explicite » (défini, éventuellement chiffré), « valide » (fondé sur des données de littérature ou un consensus d'experts), pertinents (s'appliquant véritablement à ce que l'on cherche à apprécier), « sensible » (capable de refléter des variations fines), spécifique (ciblant clairement, en particulièrement le domaine d'investigation) « évolutif » (en fonction du progrès scientifique) (Kholer, 2000)

L'on retrouve, du côté de l'Education Nationale en particulier, différents types d'évaluation que nous avons trouvé intéressant de mettre en lien avec l'orthophonie :

L'Evaluation diagnostique est une évaluation préalable qui fournit un état des lieux des acquis des élèves : leurs points forts ou leurs points faibles. En orthophonie, cela renvoie au Bilan initial.

L'Evaluation sommative permet de dresser un bilan des connaissances et des compétences d'un élève. D'un point de vue linguistique, Piérart et al (2005) parlent d'« évaluation normative ». Celle-ci permet de situer le sujet par rapport à une norme. A l'aide d'épreuves normalisées, le testeur apprécie un niveau de performance du sujet qu'il compare à une norme pour un âge donné, de façon à déterminer un éventuel écart à la norme.

L'Evaluation formative apporte de l'information sur les acquis en construction. Elle permet de situer la progression de l'élève par rapport à un objectif donné. Pour Piérart et al (2005) cela fait référence en linguistique à l'évaluation critériée comme moyen d'apprécier les performances du sujet par rapport à des objectifs hiérarchisés, en référence à un modèle théorique. Le testeur se fixe alors des objectifs en fonction de chaque niveau d'atteinte et de chaque type d'erreurs.

L'Evaluation certificative : intervient à la fin d'un parcours pour donner un niveau de maîtrise. En orthophonie, cela renverrait à la demande de tiers temps pour les examens.

Pour Perrenoud : « on ne peut évaluer qu'en fonction d'une norme, implicite ou explicite, qu'elle soit fixée d'avance ou se dégage de la comparaison même. » (Dans Bulletin de l'Association des enseignants et chercheurs en éducation, Paris, novembre 1989, n° 6, p.19-31).

3.2. Une approche psychométrique

C'est dans un contexte d'émergence des sciences positives et du positivisme que la tendance psychométrique connaît son essor.

L'origine des techniques psychométriques provient historiquement de la volonté des psychologues de mesurer l'intelligence, en développant ainsi les tests cognitifs. Le terme « test » apparaît en France avec les travaux des psychologues Binet et Simon en 1905 (Beech & Harding, 1994), qui proposent la première échelle métrique de l'intelligence. En 2007, Rondal définit un test comme suit : « une épreuve standardisée et étalonnée, permettant de situer une performance individuelle dans une distribution statistique représentative de la population à laquelle appartient le sujet testé » (2007, p.61).

Le recours à des tests pour rendre compte d'un trait particulier chez un sujet peut s'accompagner de notions de mesures psychométriques pour l'obtention d'informations quantitatives à propos des traits mesurés. C'est une pratique très répandue aujourd'hui (Beech & Harding, 1994, p.1). De ce fait, l'objectif de la psychométrie est de donner aux jugements du testeur « une forme (des nombres) dont la précision peut être examinée objectivement [...] afin d'aboutir à une description plus exacte de la situation » (Beech &

Harding, 1994, p.12) et d'obtenir « des données objectives non biaisées par la subjectivité » (p.3).

Les tests fondés sur les statistiques produisent des scores numériques qui relèvent de différents types de graduations. L'indicateur le plus utilisé pour décrire une distribution est la moyenne. Avec les percentiles la valeur d'un résultat est exprimée en termes de rang au sein de la population : ils divisent une distribution de scores en 100 parties égales. Entre chaque partie se trouve 1% des sujets. Beaucoup de manuels de tests utilisent les centiles. Les quartiles, quant à eux, divisent une distribution de scores en quatre parties égales. Les graduations en notes standard correspondent à la transformation des notes brutes (les notes obtenues) et peuvent être comparés à des données normatives. Leur distance par rapport à la moyenne est mesurée en unité d'écart type, qui « indique la répartition ou la dispersion des valeurs » (Beech & Harding, 1994, p.33).

Par ailleurs, l'évaluation est une comparaison par rapport aux performances d'un groupe de référence : l'échantillon d'étalonnage. La normalisation, relative au statut des tests, consiste à faire passer une épreuve à un échantillon de sujets tirés de la population cible, afin d'établir des normes (d'âge, de sexe, etc.) et de comparer les performances individuelles d'un sujet évalué à celles du groupe de référence : « sans norme, il est impossible d'interpréter le score d'un test » (Beech & Harding, 1994, p.119).

La validité et la fidélité d'un test sont deux questions centrales de la psychométrie. La validité consiste à s'interroger sur ce que mesure réellement le test utilisé. Cet indice n'est pas une propriété absolue du test et doit toujours être apprécié en référence à l'objectif précis de l'évaluation. La fidélité, établit la précision de la mesure fournie par ce test qui doit être très élevée pour minimiser l'erreur type de mesure. Par ailleurs, la fiabilité est une qualité intrinsèque du test et de sa construction. Les normes, elles, sont indispensables à l'interprétation. Cependant, construire des normes pose des problèmes à la fois pratiques et conceptuels, liés à l'homogénéité des groupes d'étalonnage et à la fiabilité des catégories normatives. (Beech & Harding, 1994).

D'un point de vue du langage, les qualités psychométriques auxquelles doivent répondre les épreuves de langage ne diffèrent pas de ceux des instruments d'évaluation psychologique en général, décrites ci-dessus. Ainsi, ces critères permettent de déterminer le niveau de confiance avec lequel on peut interpréter les scores. Leur qualité s'établit en définissant « ce qu'il faut évaluer, pourquoi et de quelle manière » (Rondal, 2003a, p. 9).

De nos jours, de nombreux tests et épreuves sont disponibles dans le but d'évaluer le langage. Cependant, « La nécessité de recours à des méthodes fiables (valides et fidèles) [...] apparaît comme un besoin de plus en plus clairement exprimé par l'ensemble des acteurs : évaluateurs, évalués et organisations. Ce besoin de méthode et de techniques fiables oriente désormais, de plus en plus, les évaluateurs vers l'utilisation des tests. Les manuels des tests, par leur technicité apparente et les scores numériques fournis par les tests peuvent présenter tous les signes extérieurs de la scientificité et de la fiabilité. » (Beech & Harding, Avant-propos).

3.3. La scientificité et la mesure : des pivots de la stratégie de légitimation des orthophonistes

Cette notion de scientificité via l'utilisation de tests normés et standardisés au sein de l'orthophonie est reprise dans le projet éditorial de Glossa (Revue scientifique française) qui vise à satisfaire les « besoins des cliniciens soucieux de faire reposer leur pratique sur des stratégies d'évaluation et d'intervention scientifique » (Heral, 1988d). Selon J. Roustit c'est le passage aux outils d'investigation issus de la démarche expérimentale qui a donné à l'orthophonie les moyens de garantir sa validité : « On est passé de l'intuition à la possibilité d'une expérimentation. Ce qu'a développé Borel dans les années 30-35 jusque dans les années 70, ça se faisait beaucoup à l'intuition et naturellement il y a avait les résultats cliniques qui étaient là, qui prouvaient que ça fonctionnait, mais l'aspect expérimental avec tout ce qui est de l'ordre de la preuve, c'était plus difficile à porter parce qu'on n'était pas outillé pour le faire. Maintenant on peut le faire parce que d'une part il y a l'imagerie médicale, qui apporte un certain nombre de preuves, et puis on a des outils maintenant qui sont étalonnés, validés. » (J. Roustit, cité dans Marie Sautier, 2011.)

Dès 1995, l'objectif de l'Union Nationale d'Associations pour le Développement de la Recherche et de l'Information en Orthophonie (UNADRIO) est clair : tirer la profession vers le haut en refusant notamment de cautionner les pratiques qui n'ont pas de fondement scientifique solide. Aussi, en 1999 l'UNADREO succède à l'UNADRIO, ajoutant à ses domaines d'intervention le champ de l'Evaluation en Orthophonie, désormais dotée d'un Conseil Scientifique chargé d'impulser des recherches, en particulier dans le domaine de l'évaluation des pratiques. L'UNADREO devient alors l'interlocuteur de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Pour cette société savante, référencée officiellement par le Ministre de la Recherche, le renouvellement de l'orthophonie passe par le recours privilégié aux codes scientifiques associant les notions de validité, de démarches expérimentales, de démonstrations scientifiques ou encore d'outils étalonnés. La science expérimentale devient alors incontournable aux yeux des chercheurs : les approches « ne peuvent faire autorité si elles n'ont pas été soumises au feu de la démonstration scientifique » qui requiert « des règles bien précises, méthodologiques, statistiques » (Rousseau 1997, p.3). Cet impératif s'accroît davantage à la fin des années 1990 avec l'apogée d'une rhétorique centrée sur la scientificité, l'objectivité et la norme: « il faut que les orthophonistes aient la volonté de mener de véritables recherches en se référant aux critères scientifiques en vigueur » (*ibid*, p.3). En effet, selon le même auteur, s'ils ne montrent « pas avec toute la rigueur scientifique nécessaire » leur fiabilité, les orthophonistes risquent « de perdre rapidement (leur) crédit. »

3.4. L'évaluation en orthophonie : le bilan comme support de scientificité et de légitimité

Les Sciences du langage dans les domaines cognitifs et neuropsychologiques, et les progrès de l'imagerie médicale sont venu compléter, ces dernières décennies, les connaissances qu'ont apportées aux orthophonistes leurs pratiques et leurs analyses cliniques. Depuis les années 90, le concept de la pratique clinique fondée sur des preuves (Evidence Based Practice) sous-tend la démarche d'évaluation et de soin. Il est désormais nécessaire d'étayer la pratique clinique individuelle par une réflexion qui prenne en compte des données objectives et une démarche scientifique rigoureuse. Des instances

officielles comme la Haute Autorité de Santé recommandent la mise au pont d'outils d'évaluation répondant à des critères stricts de validation.

« En orthophonie, l'évaluation est d'une part relative au bilan initial ; d'autre part, sous la pression de l'Assurance maladie dans le contexte actuel de la maîtrise des dépenses de santé, l'évaluation prend le sens de l'estimation des résultats d'une rééducation orthophonique. » (Dictionnaire d'orthophonie, 2004, p.98).

Le bilan orthophonique est à la fois une investigation qualitative (analyse clinique) et quantitative (passation de test) des aptitudes d'une personne. Il naît en 1971 de la propre initiative des orthophonistes dans le but « de créer un cadre commun, uniformisé à l'échelon national, qui fût tout à la fois un instrument de travail et une information sur notre profession » (Zeller, 1980, p.100-101). Inscrit en 1972 à la nomenclature générale des actes professionnels puis reconnu par le décret de compétence de 1983, il permet à l'orthophoniste de poser un diagnostic : le « bilan est l'indispensable outil clinique qui permet à l'orthophoniste thérapeute de la communication, l'élaboration d'un authentique diagnostic » (Ferrand, 1996, p.137). Il « est l'acte fondateur de toute thérapie applicable à l'ensemble des pathologies langagières. Sa place est au cœur même de notre pratique » (Ferrand, 2000, p.119). Il évolue au fil des années en intégrant dans sa démarche les différentes découvertes scientifiques qui intéressent la profession (contraintes externes) et dans un même temps, il s'adapte au sujet en difficulté qui se présente à l'orthophoniste (contraintes internes)

Exécuté sur prescription médicale, le bilan orthophonique est avant tout un outil clinique de dépistage, de diagnostic et de prévention. Toute décision thérapeutique résulte des observations et interprétations des résultats obtenus lors de la passation du bilan. En 2001, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé précise que le « bilan orthophonique fait l'objet d'un compte-rendu écrit, détaillé, argumenté et clairement explicite mentionnant les tests utilisés et leurs résultats. » (ANAES)

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I. Problématique

Le bilan orthophonique est un acte clinique fondamental dans la pratique de tout orthophoniste. Historiquement il existe depuis les origines de la profession. Evoluant au fil des ans, il intègre dans sa démarche les différentes découvertes scientifiques qui modèlent la profession.

Aussi, l'étude du concept de profession envisagée comme une identité à construire, des statuts à défendre et des territoires à protéger, dans un contexte d'évolution vers plus de rationalisation, nous amène à nous interroger sur l'évolution de l'orthophonie à travers les tests comme outil d'évaluation :

Comment les tests participent-ils à la définition du territoire professionnel et de la construction d'une légitimité ? Comment les orthophonistes perçoivent-ils leur évolution et l'évolution de leur usage ? Quelle part accordent-ils aux normes, chiffres et étalonnages ?

II. Hypothèses

Hypothèse 1

Nous formulons une première hypothèse selon laquelle l'évolution des pratiques du bilan orthophonique s'inscrit dans une évolution sociale des savoirs, des pratiques et de la culture professionnelle.

Hypothèse 2

L'évolution du bilan orthophonique et son compte rendu participe à redessiner la place des orthophonistes dans les interactions avec les autres professionnels, les patients et leurs familles, les instances externes.

Hypothèse 3

La demande officielle des bilans orthophoniques formalisés est vécue par certains orthophonistes comme une perte de liberté professionnelle, un déni de l'expertise qualitative, traditionnellement véhiculée dans la profession orthophonique.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTALE

I. Principes et référents théoriques

1. Un courant sociologique : l'interactionnisme

Au 20^{ème} siècle, les sciences humaines ont vu croître et s'affirmer un courant de pensée, l'interactionnisme qui, à la différence des autres courants (fonctionnalisme, behaviorisme, cognitivisme) ne cherche pas à expliquer les conduites humaines en postulant l'existence de propriétés particulières aux individus, aux groupes ou aux objets, mais en plaçant au cœur de ses analyses les interactions entre l'individu et son environnement. L'épicentre historique de ce courant est le département de sociologie de l'université de Chicago, créé en 1892.

Pour Simmel, sociologue allemand devenue une référence importante de l'Ecole de Chicago, l'objet des Sciences Sociales est la description des formes d'interactions entre les individus qui composent la société. La société n'est pas un objet en soi, elle se construit progressivement : « La société n'est dans ce cas que le nom donné à un ensemble d'individus, liés entre eux par des actions réciproques » (Simmel, 1981, p.90)

Mead développe cette notion de réciprocité entre les individus en décrivant l'interaction en termes de communication, c'est-à-dire « d'échange de signification, sur la base d'une possibilité d'identification à l'autre » (le Breton, 2004, p.34) Ainsi, l'interactionnisme dit « symbolique » se concentre sur des notions plus concrètes que les systèmes sociaux, il s'intéresse aux relations interindividuelles comme matières premières de la société qui se crée et se recrée constamment à travers elles. Les individus sont alors semblables à des systèmes « ouverts » interagissant ensemble par le biais d'actions et de rétroactions. Winkin (1981) illustre ce concept par la métaphore de l'orchestre : la communication est semblable à un orchestre où chacun joue sa partition en réglant sa prestation sur celle des autres.

Cette perception de la recherche sociologique inspirera pas la suite de nombreux sociologues comme Goffman (???) qui décrit les notions de « face » et de « territoire », à travers l'illustration de la rencontre inter individuelle comme « théâtre de la vie sociale ». L'interaction sociale qu'il définit comme « l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres » est alors comparable à une scène, et les interactants se comportent comme des acteurs jouant un rôle. Les enjeux de cette mise en scène deviennent des enjeux identitaires : ils concernent le self, constitué des territoires du moi et des réserves.

Pour Blumer, si les individus interprètent leur monde et le construisent dans les interactions de la vie ordinaire, alors, « Il faut prendre le rôle de l'acteur et voir son monde de son point de vue. » Cette approche méthodologique contraste avec la soi-disant approche objective, si dominante aujourd'hui, qui voit l'acteur et son action depuis la perspective d'un observateur détaché et extérieur. L'acteur agit dans le monde en fonction de la façon dont il le voit et non dont il apparaîtrait à un observateur étranger.

2. Une approche : la méthode qualitative

La méthode qualitative tire son origine des sciences humaines, en particulier de l'épistémologie, des sciences de l'éducation, de la phénoménologie, de l'ethnographie et de l'anthropologie, alors que la méthode quantitative a été développée par les sciences expérimentales. L'utilisation d'une méthodologie qualitative se fonde sur une perspective qui se réfère souvent au « comment » plutôt qu'au « pourquoi » dans une visée de sens. Le but de ce type de démarche devient la compréhension en profondeur de certains phénomènes sociaux sans que le chercheur ait nécessairement l'intention de généraliser ou de prédire. Le processus qui sous-tend la recherche n'est pas linéaire et causal, mais plutôt circulaire et interactif. Les outils privilégiés sont, entre autres, l'observation-participante et l'entretien libre. Dans ces deux situations, la démarche n'obéit pas à des principes structurels et les questions surgissent de la nature même de l'inter relation et de la communication. Cette façon de recueillir les données permet de faire émerger le savoir populaire et de l'intégrer au savoir scientifique.

Ainsi, la recherche qualitative s'inscrit dans un paradigme compréhensif, dit aussi interprétatif ou holistique. Elle considère la réalité comme une construction humaine et reconnaît la subjectivité comme étant au cœur de la vie sociale. Elle conçoit son objet d'études en termes d'action-signification des acteurs. De plus, cette approche postule que l'objet de recherche ne peut pas être appréhendé d'une manière adéquate en étant divorcé de son contexte socioculturel ; il est nécessairement intégré dans un environnement naturel et social et est structuré par des normes culturelles.

Cette conceptualisation ne ressort pas dans l'approche quantitative car le modèle de départ vise à contrôler certaines variables non mesurées, afin de mieux faire ressortir l'influence des facteurs potentiellement discriminants que sont les variables privilégiées. Ces dernières sont identifiées par le biais d'hypothèses énoncées dans le modèle expérimental de départ. L'approche qualitative, quant à elle, essaiera plutôt de découvrir tous les dynamismes internes et externes qui agissent sur le facteur à l'étude en essayant de qualifier leur influence. Dans cette situation, chaque cas est unique pour ainsi dire et les conditions minimales pour qu'une généralisation soit possible ne se retrouvent pas. Il existe alors une interaction constante entre l'hypothèse de travail énoncée et les données recueillies, de telle sorte que celle-là peut être modifiée au fur et à mesure que s'accumulent les données d'observation pour mieux rendre compte de la situation examinée ainsi que pour calibrer plus parfaitement les interventions à amorcer.

En outre, la visée de l'analyse qualitative est de donner sens, de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes. Par conséquent, les enjeux de l'analyse qualitative sont ceux d'une démarche discursive et signifiante de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de pratiques (Mucchielli, 1991).

3. L'entretien comme recueil de données

Quel sociologue n'a pas investi l'entretien pour approcher les acteurs, le "terrain", les réalités sociales ? Choisir l'entretien comme outil de recueil de données, c'est choisir d'établir un contact direct avec les personnes pour récolter les informations. Un phénomène privilégié : celui de l'interaction.

3.1. L'intérêt de l'entretien

Ce qui fait l'intérêt de l'entretien c'est la souplesse de la méthode, l'adaptabilité au sujet et au contexte, l'évaluation de la motivation, de l'implication de l'interviewé. « L'entretien support d'exploration est un instrument souple aux mains d'un chercheur attiré par la richesse du matériau qu'il découvre. » (Kaufmann, 2004, p.15) C'est également un moyen de recueillir la dimension émotionnelle, les réactions affectives, ce qui peut être plus difficile avec d'autres méthodes de recueil.

Un entretien est une méthode économique et facile d'accès : un petit magnétophone, de l'audace, quelques personnes, quelques qualités pour obtenir des informations et le « tour est joué » écrit Kaufmann (1996, p.7). Outil considéré au départ comme irrecevable d'un point de vue scientifique, l'entretien est jugé aujourd'hui comme étant indispensable voire « irremplaçable », selon Blanchet (1985), pour recueillir certaines informations. Pour ce dernier, l'entretien est une technique à part entière, à la fois sur la méthode, sur l'analyse des résultats et sur les fondements théoriques. C'est un dispositif d'enquête qui est susceptible de lever certaines résistances de l'interlocuteur, c'est un mode d'accès efficace aux représentations et aux opinions individuelles. Et si le statut scientifique des données produites reste indéfini, l'entretien compense ses propres faiblesses par la richesse heuristique des productions discursives par rapport à l'archaïsme des questionnaires.

Quivy et Campenhoudt (1995) considèrent cette méthode particulièrement adaptée pour :

- l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leur système de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations conflictuelles, leur lecture de leur propre expérience, etc.,
- l'étude de la perception par l'interlocuteur d'un événement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences,
- l'analyse d'un problème précis : ses données, les points de vue en présence, ses enjeux, les systèmes de relation, le fonctionnement d'une organisation, etc.

Correctement mis en valeur, l'entretien permet alors de retirer des informations et des éléments de réflexions très riches et nuancés. Ses principaux avantages sont : le degré de profondeur des éléments d'analyse recueillis, la souplesse et la faible directivité du dispositif qui permet de recueillir des témoignages et les interprétations des interlocuteurs en respectant leurs propres cadres de références à savoir leur langage et leurs catégories mentales . Ainsi, « par ses questions ouvertes et ses réactions, le chercheur facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche et permet à son vis-à-vis un maximum d'authenticité et de profondeur » (*ibid.* p.194-196).

Cette méthode nous est apparue comme la plus propice pour amener les interlocuteurs à définir leurs différentes perceptions face à leurs représentations, leurs actions, leurs

idéologies, mais aussi parce qu'elle laisse une large place à l'anecdote, à ces petits détails qui importent lorsque l'on cherche à comprendre un point précis, avec toutes les précautions liées à la nécessaire distanciation sociologique vis-à-vis de l'interviewé, nous rappelant qu'il ne s'agit que d'un point de vue sur le sujet abordé.

3.2. L'entretien semi-directif

Pour mener nos entretiens, nous avons choisi la technique dite « semi-directive ».

L'entretien semi directif est appelé également « l'entretien à réponses libres » ou « entretien centré » chez des auteurs comme Grawitz (1993). Il se situe entre l'entretien directif et l'entretien non-directif. En outre, il est « ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises ». (Quivy et Campenhoudt, 1995, p.195) Les thèmes à aborder sont fixés à l'avance, mais l'ordre et la forme de présentation des thèmes sont libres. Selon les mêmes auteurs, c'est la forme qui est certainement la plus utilisée en recherche : le chercheur dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes à propos desquels il veut obtenir une information de la part de l'interviewé. Il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre prévu initialement. Il laisse venir le plus possible l'interviewé pour qu'il puisse parler « ouvertement », selon une logique qui lui convient. « Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte, de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible ». (*ibid.* p.195).

Ainsi, l'enquête par entretien semi-dirigé est menée sur la base d'une structure souple avec des questions ouvertes ancrées dans des domaines à explorer. Les principes de ce type d'entretien ont été mis au point pour pallier le décalage évident entre les questions posées par les chercheurs et les sujets abordés par les travailleurs interrogés durant l'enquête. À partir des entretiens semi directif, le travail du sociologue est de dépasser le mécanisme du langage subjectif pour obtenir la compréhension de l'enjeu de la parole.

Dans le cadre de notre recherche, cette technique présentait le double avantage de permettre à l'interlocuteur de choisir la manière d'aborder la question posée, tout en centrant l'échange sur l'objet de notre étude : les tests. Nous souhaitons en effet laisser les orthophonistes s'exprimer le plus librement possible, en nous basant sur une série de questions et de thèmes à aborder (cf. Annexe I.). Ainsi, cela a favorisé l'obtention d'informations et des éléments de réflexion très riches, nuancés et précis, sur un échantillon restreint. De plus, cette méthode, très souple, a permis d'analyser le sens donné par les orthophonistes à leurs pratiques actuelles, et d'effectuer, plus facilement que ne l'aurait permis une enquête par questionnaire, des allers/retours entre le terrain et nos hypothèses.

Il est toutefois possible de déceler les inconvénients de cette méthode. En effet, un certain nombre de contradictions entre le discours d'un enquêté et ses pratiques réelles peuvent exister (Weller, 1994). Cela s'explique par le fait qu'il soit en position d'interviewé, ce qui est susceptible d'induire un biais dans son comportement face à l'enquêteur. Il ne s'agit pas là d'un mensonge délibéré. Cette personne agit en fait de façon cohérente avec elle-même et exprime la façon dont elle perçoit sa situation.

3.3. Les critères de validité de l'enquête

Les recherches et méthodes qualitatives sont liées à l'étude de phénomènes et faits humains qui, de facto, ne sont pas mesurables avec précision. Elles relèvent des sciences humaines et se distinguent aujourd'hui, sans s'y opposer, de la "recherche expérimentale", de la "recherche scientifique" au sens académique de cette appellation.

Cette distinction est consécutive de l'abandon progressif, depuis une vingtaine d'année, de l'approche positiviste qui prédominait en sciences humaines depuis le début du XX^e siècle et qui postulait la nécessité d'une connaissance absolue, d'une "vérité scientifique" basées sur la quantification et la mesure, à l'instar des sciences physiques et naturelles.

Cependant, ce n'est pas pour autant que la recherche et les méthodes qualitatives ne présentent pas rigueur et recherche d'objectivité, et ne rejettent pas systématiquement l'intérêt d'un recueil de données quantitatives. C'est ainsi que les chercheurs en sciences humaines ont mis au point des critères permettant de valider les méthodes quantitatives employées.

Mucchielli les détaille dans son livre : *Les méthodes qualitatives* (1991). Il s'agit de :

- l'acceptation interne : les résultats des travaux de recherche sont reconnus pertinents et admis par les acteurs sociaux ;
- la saturation : lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours ;
- la cohérence interne : la recherche est considérée comme un système cohérent où les éléments de la dite recherche sont eux-mêmes cohérents, pertinents et leur mise en relation est aussi cohérente, congruente ;
- la complétude : la synthèse, le résultat de la recherche doivent aborder la totalité du fait, du phénomène étudié par les différentes approches et analyses réalisées ;
- la validation externe : les résultats de la recherche doivent pouvoir être acceptés par des experts, des chercheurs, des spécialistes extérieurs.
- la transférabilité : les conclusions, les résultats auxquels la recherche aboutie peuvent s'étendre à d'autres contextes que celui qui a été étudié.
- la constance interne : il existe une indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques.
- la fiabilité : elle consiste en l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur qui devra donc énoncer ces présupposés et orientations épistémologiques.

Il sera alors possible de parler de "la scientificité" de ces recherches et méthodes qui consisteront en :

-
- la validation qui impliquera le contrôle et la vérification des informations et des interprétations
 - la triangulation ou "chevauchement des méthodes" consistant à confronter des méthodes d'investigations différentes et complémentaires (triangulations des sources, interne, temporelle, spatiale, théorique, des observateurs, méthodologique, par combinaison de niveau)
 - la validité de signifiante qui consiste en la vérification de la valeur informative des données auprès des acteurs concernés et de la compréhension par le chercheur des réponses ou des dires du sujet (le langage du chercheur et des sujets doit coïncider)
 - le jugement critique permettant de contrôler les sources d'information.

II. La pratique de l'entretien : des acteurs choisis

1. Population

Une approche qualitative ne requière pas à proprement parler l'élaboration de ce que les enquêtes par questionnaire appellent « échantillon »

« J'emploie ce terme parce qu'il est largement employé. Il est cependant mal adapté dans une optique qualitative, car il porte en lui-même l'idée de la représentativité et de la stabilité. Dans l'entretien compréhensif, plus que de constituer un échantillon, il s'agit plutôt de bien choisir ses informateurs. » (Kaufmann, 1996, p.44)

La représentativité d'un échantillon de sondage, qui consiste à reproduire, à l'échelle de l'échantillon, dans des proportions identiques, les caractéristiques de la population totale au regard des critères pertinents, n'a de sens que pour les grands nombres. Dans un « échantillon » qualitatif, c'est l'individu qui est représentatif des groupes sociaux auxquels il appartient. Au niveau de l'échantillon, parler de représentativité signifie donc simplement que l'on s'efforce de réunir des personnes présentant toutes les caractéristiques pouvant engendrer des différences à l'égard des représentations étudiées, compte tenu de leur nombre relatif dans la population d'origine. C'est pourquoi Guy Michelat (1975) préfère parler de « principe de diversification » de l'échantillon, plutôt que de représentativité : « *l'échantillon est [...] constitué à partir de critères de diversification en fonction des variables qui, par hypothèse, sont stratégiques, pour obtenir des exemples de la plus grande diversité possible des attitudes supposées à l'égard du thème de l'étude* », c'est-à-dire les variables dont « *en fonction des réflexions théoriques et des études antérieures, on peut estimer qu'elles jouent le rôle le plus important dans le champ du problème étudié.* » (p.236)

Pour constituer notre population, nous avons choisi de nous intéresser à des orthophonistes diplômés avant 1983, date clé dans l'histoire de l'orthophonie. En effet, lors du décret du 24 août 1983 la profession se voit préciser son champ de compétences et le bilan orthophonique est reconnu : « décret n°83-766 du 24 août 1983 [et le décret du 1er avril 1992] fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes » (Que sais-je, 1991, p. 27).

Afin de mieux rendre compte du phénomène d'évolution relatif aux choix de notre sujet : « l'évolution du rôle du test dans la pratique orthophonique » nous avons orienté notre choix sur une approche diachronique : un voyage dans le temps favorisant de travailler transversalement avec des variables rétrospectives ou longitudinales.

De plus, nous avons jugé nécessaire que les enquêtés soit encore en activité afin qu'ils soient toujours en contact avec la clinique, nous permettant l'analyse de données ancrées dans le réel. Pour finir, nous avons veillé à inclure dans notre population des orthophonistes exerçants dans différents cadres (libéral, institution, hôpital) et selon les possibilités de formations différentes (école, année). Ces critères nous semblaient être susceptibles de pouvoir faire varier les positions. Nous avons mené certains entretiens exploratoires auprès de quelques orthophonistes. Cette démarche nous a permis d'élaborer notre guide d'entretien en ayant eu un premier contact avec notre terrain et donc un aperçu des questions centrales concernant notre sujet. Nous avons ainsi un échantillon aléatoire de 14 professionnels au total, tant en libéral que salariat.

L'anonymat des orthophonistes est préservé par l'utilisation de prénoms fictifs. Le tableau ci-après donne un aperçu synoptique des personnes interrogées.

Orthophonistes	Année d'obtention du diplôme	Lieu de formation	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Particularité
Mme Montseret	1983	Bordeaux/ Toulouse	Semi-urbain 31	Libéral	
Mr Queribus	1975	Paris	74	Libéral	Formateur
Mme Puivert	1981	Lyon	69	Libéral	
Mme Montailou	1977	Paris/Lyon	69	Libéral/ centre paramédical	
Mme Montmaur	1973	Lyon	69	Libéral	
Mme Minerve	1981	Lyon	69	hôpital/ libéral	
Mme Opoul Perillos	1978	Lyon	69	Libéral	
Mme Roquefixade	1978	Lyon	69	2 mi temps en CMP	
Mme Chalabre	1977	Lyon	69	hôpital/ libéral	
Mme Lastours	1980	Lyon	69	Libéral	
Mme Cabrespine	1975	Lyon	69	Libéral	Formatrice
Mr Peyrepertuse	1973	Lyon	13	Libéral	
Mme Montségur	1970	Lyon	69	Libéral	
Mme Saissac	1973	Lyon	69	Libéral	Prévention Formatrice

1.1. Prise de contact

Pour constituer notre « échantillon », nous avons fait appel à des « informateurs-relais » (Blanchet & Gotman, 2010). Ces derniers sont des personnes que l'on sait intégrées au cœur de réseaux sociaux (*ibid*, 2010). Ils peuvent donc fournir les coordonnées de personnes concernées par l'objet d'étude.

Nous avons donc formulé un texte court sur notre objectif de recherche et les critères de sélection des sujets. Nous l'avons ensuite diffusé par mail à l'ensemble de notre réseau social, notamment via « ortholyon » une messagerie de groupe commune aux quatre promotions de l'école. Ces informateurs ont donc pu contacter les personnes susceptibles de participer, tout en restant suffisamment distants afin que les répondants ne se retrouvent pas dans un rapport d'obligation (Bertaux, 2003). Suite à la diffusion de l'information, nous avons établi un premier contact, généralement par téléphone, afin de présenter l'objet d'étude et de solliciter la participation de l'individu. Ainsi, nous nous présentions comme étudiantes de 4^{ème} année réalisant un mémoire « sur l'évolution de la pratique orthophonique » – formulation suffisamment large pour ne pas induire de représentations sur l'objet de notre étude. Par la suite, ce sont les acteurs eux-mêmes qui se sont fait les informateurs-relais, par le biais de leur réseau professionnel.

Toutes les personnes choisies ont accepté la rencontre, en demandant toutefois dans de nombreux cas, le temps que cela allait prendre. L'horaire et la durée des nos entretiens dépendaient des disponibilités de l'enquêté : beaucoup nous ont consacré du temps sur leurs heures de travail, limitant parfois le temps d'entretien. Ainsi, la durée variait de 35 minutes à plus de 2 heures pour certains. Les interviews se sont déroulées en majorité sur les lieux d'exercice des orthophonistes, sauf pour trois d'entre eux à leur domicile ou dans un café. Tous ont accepté d'être enregistrés au Dictaphone. L'enregistrement, s'il « modifie la nature de l'échange » (Bertaux, 2001, p. 64), nous autorise à nous immiscer dans une dynamique interactive. Il nous évite une prise de notes peu propice à fournir une attention soutenue sans laquelle il est difficile de débusquer ce qui peut parfois se cacher sous les mots et de rebondir à temps sur un élément du discours ressenti comme pertinent pour notre problématique. (Momot, 2008) Notre expérience nous a montré que le dictaphone s'oublie rapidement une fois que l'entretien est lancé. De plus, aucun entretien ne se déroula en présence d'une tierce personne. Nous précisons que la confidentialité de l'entretien était garantie, ainsi que l'anonymat. Tous semblent s'être exprimés de façon libre et sincère.

« Deux identités sociales se font face : le sujet sait qu'on s'adresse à lui non pas en tant que personne privée, mais en tant que porteur d'une expérience sociale spécifique, celle qui correspond à votre objet d'étude. Face à lui, vous représentez l'Université, la connaissance, la « société » (Bertaux, 1997, p.60).

1.2. Guide d'entretien

Lors de la conduite d'un entretien semi-directif on s'appuie sur ce qu'on appelle un « guide d'entretien ». Il comprend l'ensemble des thèmes que l'on souhaite explorer et se trouve à l'interface du travail de conceptualisation de l'enquête et de sa réalisation. Il se distingue ainsi fonctionnellement du protocole du questionnaire dans la mesure où il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours « C'est un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Blanchet, Gotman , 2001, p. 61). En effet, ce guide a pour but d'aider

l'interviewer à élaborer des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés.

« L'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème. En d'autres termes : d'oublier la grille. Mais pour y parvenir, il faut qu'elle ait été au préalable totalement assimilée, rédigée avec attention, apprise par cœur ou presque » (Kaufmann, 1996, p.44)

Cette technique permet donc, du moins en principe, à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de la recherche. En outre, il est important que le guide d'entretien ne soit pas considéré comme un outil figé mais réellement comme « un outil évolutif dont le détail est modifié, précisé, rectifié au fil des entretiens conduits et de ce qu'ils apprennent. » (Perdrix, 2007, p.285)

Par rapport à notre démarche, nous avons pu remarquer que dans un premier temps nous regardions beaucoup notre grille et nous posions toutes les questions. Au fur et à mesure, et finalement assez rapidement, nous procédions sans la consulter. Nous avions les sujets à aborder en tête, plus d'assurance, nous pouvions mener des entretiens de façon plus enrichissante. La grille d'entretien n'est pas un protocole standardisé, il est évolutif. Nous n'avons finalement pas changé sa forme, mais changé son utilisation.

Par rapport à sa réalisation, nous avons choisi des thèmes, et trouvé des questions visant à soulever de près ou de loin ces thèmes. Ce sont ces questions que nous posons toujours au début, et desquelles nous nous sommes détachées de plus en plus. Les thèmes reprenaient les idées maitresses de notre problématique et nos hypothèses de départ. Ils étaient le résultat de nos questionnements sur le sujet.

2. La conduite de l'entretien

2.1. Attitudes de l'interviewer : l'art de faire parler (fait de parole)

Etre un sociologue accoucheur pour Paugam (2008) : « l'enquêteur doit tout d'abord s'efforcer de gagner la confiance de la personne à qui il s'adresse et qu'il ne connaît pas. » La compréhension ne se réduit pas, comme le soulignait Pierre Bourdieu dans *La Misère du monde* (1993), à un état d'âme bienveillant. Elle dépend de la capacité de l'enquêteur expérimenté de rassurer la personne interrogée sur la relation d'enquête elle-même et de lui fournir, par des relances appropriées et des questions opportunes, les moyens d'exprimer une partie d'elle-même jusque la plus ignorée parce qu'enfouie sous l'épaisseur des habitudes et des contraintes sociales.

Concrètement, l'entretien se différencie du questionnaire par une position d'interactions et d'échange.

La qualité d'un entretien dépend de la personne interviewée, mais l'attitude de l'interviewer va être déterminante : « le rôle du sociologue est de créer les meilleures conditions possibles à cette expression » (Paugam, p94). La difficulté se trouve aussi dans le peu de temps que l'interviewer dispose pour gagner la confiance du sujet interrogé. Durant les entretiens nous l'avons souvent vécu : nous arrivions, le plus souvent dans le

cabinet de l'orthophoniste qui ne savait comment allait se dérouler l'entretien, qui avait souvent peur de ne pas nous donner assez d'éléments intéressants. Il fallait dans les premières minutes de l'entretien créer un climat propice à l'expression. Souvent les premiers temps sont un peu « tendus », le magnétophone n'arrangeant pas les choses. « Peu à peu l'interviewé doit pouvoir se libérer en reconnaissant l'empathie que manifeste l'enquêteur à son égard » (*ibid*, p.98). Tout au long des entretiens, il s'agissait de montrer de l'intérêt pour tout ce qui pouvait être dit, tout en réorientant la discussion si nécessaire.

2.2. Un cadre pour favoriser la communication

Le cadre établi doit permettre de donner des faits et de la représentation. C'est la représentation qui englobe les faits, les choix, les pratiques qui sera l'objet de l'analyse par la suite.

Pour Blanchet (1992), un entretien de recherche se caractérise par un contrat de communication particulier qui est posé au préalable et qui constitue la référence pour l'échange. Ce que Bertaux (1997) nomme « pacte d'entretien » (p.35).

Ce contrat est validé au cours de l'échange par des discours spécifiques, par des attitudes (silence et attente de l'intervieweur qui ne coupe pas la parole, acquiescement des propos, etc.). Le discours de l'intervieweur est caractérisé par des relances tandis que celui de l'interviewé l'est par une apparente linéarité (qui est contrôlée par l'intervieweur) et par une apparente structuration. Ainsi, il est problématisé, auto-théorisé dans la mesure où l'interviewé cherche à répondre aux questions qu'il se pose et à entretenir sa propre production.

2.3. La distanciation

Le chercheur doit pouvoir mettre en question les comportements observés tels qu'ils se présentent d'emblée à ses yeux et tels qu'ils sont perçus et décrits par les acteurs eux-mêmes. Il doit pouvoir se ménager une position de recul et adopter une posture intellectuelle de distance critique. Cette distance lui permet de rompre avec la réalité sensible et l'amène à ôter aux données observées le caractère d'évidence qu'elles ont. Rompre avec le sens commun, selon l'expression de Bourdieu. Il doit donc pouvoir questionner la réalité à partir d'une certaine position d'extériorité. Extériorité non pas physique ou matérielle bien sûr (il n'est pas utile de quitter son terrain pour pouvoir l'étudier) mais bien extériorité intellectuelle et distanciation culturelle. Adopter cette position originale n'est jamais simple car cela pose la question fondamentale de la capacité du chercheur à jeter sur un terrain dans lequel il évolue bien souvent lui-même en tant qu'acteur, un regard qui n'est précisément plus celui de l'acteur.

Le fait d'être en orthophonie est à la fois un atout : il permet une relation plus intime avec le milieu, permet de se poser des questions plus fines. Mais la proximité risque aussi un effet d'implicite et d'évidence. Il a fallu veiller à prendre une distance avec le groupe de sujets interviewés tout en restant dans une position d'empathie et de bienveillance.

3. Limites d'une méthode

La méthode préconise une « proximité » entre l'intervieweur et l'interviewé, un « engagement » réciproque où la recherche d'une information authentique et sincère justifie que l'on s'approche tant que possible du registre paritaire d'une conversation. Il faut donc éviter la neutralité, la distance, inciter l'autre à « se livrer », à « exprimer son savoir le plus profond », y compris en prenant son parti. Il doit conforter l'autre dans ce qu'il dit, ne pas donner de signe qu'il pourrait le désapprouver. Est-ce de l'empathie ? Ou est-ce une forme complaisante de sympathie, d'approbation de l'enquêté qui peut l'inciter à dire plus et/ou autre chose qu'il dirait s'il n'y était pas ainsi incité ? Le risque, c'est que le chercheur fasse dire à l'informateur ce que ce dernier n'aurait peut-être pas tout seul affirmé. « Accoucher » autrui de sa vérité est une opération à double tranchant, surtout s'il existe une asymétrie entre celui qui mène la recherche et celui qui ne sait pas où elle doit exactement mener. Endosser la morale d'en face serait une façon paradoxale de se « dépouiller de toute morale » : une façon de renforcer l'autre dans ses convictions sous couvert de ne pas censurer son expression. Le compromis est difficile entre un échange poli où l'on n'apprend rien et un simulacre de connivence qui peut « tirer l'entretien dans un sens donné, chacune [des] approbations fonctionnant comme un système de renforcements positifs, au sens skinnérien du terme, qui signalent à la personne interrogée ce que l'enquêteur veut entendre et lui imposent une problématique » (Mayer, 1995, p. 364). Trop de compréhension nuit à la compréhension si elle finit par induire ce qu'elle prétend révéler. Cependant, ce n'est pas qu'une question de méthode. Le rapport au terrain a aussi un impact sur le savoir produit et ses usages sociaux : jusqu'où veut-on comprendre et/ou plutôt interroger les pratiques étudiées ? Faut-il que les informateurs se reconnaissent ou s'étonnent du portrait que l'on fait d'eux ? L'enjeu ne relève pas seulement de la manière de chercher, mais également de présenter les résultats et de les mettre en discussion avec les pourvoyeurs d'information : trop complaisante, la recherche n'apprend rien ; trop surplombante, elle n'atteint pas le praticien. C'est entre les intérêts du chercheur et ceux de l'informateur que se négocie finalement la valeur du juste « étrangeté. » (Maulini, 2006)

III. L'ANALYSE DES RESULTATS

1. Le choix de l'analyse de contenu

Lors d'un entretien de recherche, même s'il est centré sur un objet précis, le corpus discursif est toujours traversé de thématiques connexes. Face à ce corpus, le chercheur va tenter d'identifier ce qui relève effectivement de ce qu'il étudie. Pour cela, il doit procéder à une analyse de contenu.

Mucchielli (1996) rappelle que l'analyse de contenu est une activité courante, voire vitale pour le sujet dans son environnement. Toute activité dans l'environnement consiste à analyser l'information (coder-décoder). Être en relation avec son environnement, c'est y chercher des interprétations (donner du sens), c'est sélectionner et interpréter chacune des informations.

Chaque entretien a été retranscrit littéralement. Les propos n'ont pas été reformulés. Seules ont été retirées certaines onomatopées qui ponctuent les phrases afin de rendre la retranscription plus lisible. Dans ce mémoire, certaines phrases ont été remaniées afin de

les rendre plus évidentes. De plus, certaines didascalies signifient les rires accompagnant certaines paroles afin que celles-ci ne soient pas mal interprétées.

2. Méthode d'analyse des données : l'analyse thématique

L'analyse thématique ou « méthode des tas » est centrée sur les notions ou thèmes évoqués à propos d'un objet d'étude. Il s'agit d'obtenir des informations sur cet objet. Elle consiste en cela à découper transversalement les corpus obtenus en fonction des thèmes qui en ressortent. Il s'agit ensuite d'établir une grille d'analyse avec des thèmes et sous-thèmes en fonction de ceux abordés par les interviewés et non en fonction de ceux de la grille d'entretien. Les thèmes sont tous insérés dans la grille au fur et à mesure de leur apparition dans les entretiens. C'est la « mise en tas ». Les réexamens successifs des thèmes – avec retour éventuel aux dossiers de base – aboutissent à un affinement progressif de la classification. Concrètement, il peut être question de création de nouveaux tas, de division d'un tas existant, ou encore de fusion de tas. Au cours de cette procédure les critères de classification se précisent. On aboutit ainsi à des types qui permettent de mettre en évidence des individus, des discours ou des situations typiques, pouvant avoir un effet structurant ultérieur. Pour Demazière et Dubar, la réussite d'une telle procédure inductive exige un « non-savoir théorique » au départ. Le chercheur, précisent-ils, « doit se dire qu'il ne sait rien. » (1997, p.277).

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

I. Evolution d'une profession dans l'évolution d'une société

1. Evolution des savoirs

1.1. Evolution de la formation initiale

La majorité des orthophonistes rencontrés reconnaissent que la formation initiale actuelle est plus riche et complète que celle qu'ils avaient eue. Elle est « *plus approfondie, plus affinée* » (Mr Queribus), « *beaucoup plus technique* » (Mme Saissac) ou encore : « *plus pointue, plus solide* » (Mme Roquefixade). Elle a été complétée par des matières qui n'étaient pas enseignées avant : « *L'enseignement de tout ce qui est handicap, par exemple de la trisomie, de ce qui est de l'infirmité motrice, ce qui est des maladies neuro-dégénératives, tout ça, ça n'existait pas à l'époque [...] Les maladies neuro-dégénératives, on n'en a jamais entendu parler de mon temps. J'ai découvert ça en cours de route. Une SLA, un Alzheimer, toute la panoplie des maladies Parkinsoniennes, ça c'est quelque chose dont j'ai rigoureusement jamais entendu parler pendant mes études. Et vis à vis de quoi on n'avait pas de formation particulière.* » (Mr Queribus) Cela montre une avancée des savoirs et techniques qui ont été jugés importants d'ajouter à la formation des orthophonistes maintenant. Ces derniers trouvent que cette formation plus riche est aussi une « chance » (Mr Peyrepertuse). Ainsi, l'évolution de la formation initiale illustre de façon intéressante l'évolution de la profession. Pour Mmes Montségur et Chalabre les jeunes orthophonistes sont très formés en passation et cotation de bilan mais ne savent pas faire les rééducations. Pour Mme Montségur, la nouvelle génération ne donne plus assez d'importance au relationnel dans ses prises en charges.

1.2. Découverte de nouvelles théories

Progressivement, l'ensemble du champ orthophonique s'élargit avec l'avènement de la neurologie et l'apparition de référents théoriques nouveaux telle la neuropsychologie. « *A l'époque c'était pas comme maintenant [...] bon ben tout ce qui était neuropsych tout ça, pffittt ! on connaissait pas...même la dyscalculie, c'était à peine débouché...* » (Mme Saissac).

Ainsi, la profession évolue par l'apport de nouvelles approches. Les avancées des sciences médicales et de la Recherche influençant la profession. « *Y a une évolution certaine du fait des nouvelles découvertes. En neurologie, du fait des avancées et des connaissances...médicales* » (Madame Minerve). Pour Mme Montmaur, les avancées « *phénoménales* » dues aux neurosciences ont permis une restructuration « *au niveau de la connaissance, des choses qu'on sentait, et puis, on comprend tout, on remet enfin tout en ordre.* » Pour d'autres ces concepts théoriques n'ont rien de nouveau, l'orthophonie « *a existé bien avant [...] c'est qu'ils renomment les choses différemment* » avec des termes « *un peu plus techniques* » (Mme Cabrespine). La référence reste toujours Madame Borel-Maisonny « *parce que finalement Borel c'est quand même elle qui a tout mis..enfin...c'est quand même elle qui a tout inventé. Maintenant ils nous font rigoler les neuropsych, mais enfin on a découvert bien avant eux tout ce qu'ils nous racontent, simplement bon, ils utilisent des mots un peu plus techniques !* » (Mme Saissac)

Ces recherches ont alors conféré à la profession un aspect plus « médicalisé » ressenti par Mme Montseret, concernant la question des troubles des apprentissages : *« Moi au cours de ma formation, les troubles autour de l'apprentissage de la lecture, c'était beaucoup moins médicalisé qu'aujourd'hui. Y'avait pas... on parlait quand même beaucoup de l'aspect psy...c'était très dominant ! Et ça l'a été beaucoup moins au fil du temps avec ces recherches en neuro, on a donné un coté beaucoup plus... des explications plus médicales au trouble des apprentissages et en particulier de la dyslexie par exemple. Bien plus que quand j'ai fait ma formation ! »*

1.3. Redéfinition des pathologies : l'exemple de la dyslexie

L'évolution dans la représentation des troubles et leur reconnaissance est récente, entraînant avec elle des répercussions : *« Il y a eu une explosion au point de vue de la reconnaissance des troubles dyslexiques qui sont devenus des vrais troubles dyslexiques. Donc c'est pas vieux, c'est il y a 10 ans, c'est tout. Et c'est à partir de là qu'il y a eu la création des centres de références. Centres de références au début pour la dyslexie et maintenant des centres de références autistes. »* (Mr Peyrepertuse)

Cette notion d'évolution du terme de dyslexie revient assez souvent dans les entretiens, il illustre bien une évolution des savoirs et comment la neurologie en particulier a fait évoluer la perception des pathologies et leur rééducation. Mme Opoul Perillos nous raconte ce « passage » qu'elle a vécu, comme un véritable « éclairage » des prises de conscience des médicaux autour de la prise en charge des dyslexiques : *« C'était une aberration, mais c'était dans l'air du temps, pour la plupart des médicaux on va dire que la dyslexie elle était d'origine psychologique, quand même c'est grave de penser ça hein ! Donc on les envoyait volontiers chez le psychologue plutôt qu'en orthophonie. Il y a eu toute une polémique là dessus, puis après, petit à petit, ça a fait son chemin et puis toujours pareil avec les moyens d'investigation on a pu voir que c'était des troubles d'ordre neurologiques et non pas psychologiques. Alors évidemment toutes ces interprétations elles étaient justifiées puisqu'un enfant qui a une dyslexie s'il souffre par ailleurs de difficultés dans la vie familiale, ou, à l'école s'il est mis en retrait, s'il est fatigable et si et ça, il y a toujours, toujours, évidemment des troubles...on peut dire annexes qui accompagnent le problème de la dyslexie. Mais par exemple si un enfant se trouve mal ou angoissé c'est du fait de la dyslexie et non l'inverse ! Alors que, on avait plutôt tendance à rechercher, à avoir un autre regard ! Donc là, ça a énormément évolué oui ! Il y a eu vraiment un éclairage. Mais moi j'ai vécu ça ! J'ai vécu ce passage moi, très vite, nous, en tant que praticien, on se rendait bien compte que c'était pas un problème psychologique mais on avait du mal à convaincre d'autres personnes ! »*

Pour Mr Queribus le « problème qu'on a toujours eu » ne réside pas tant dans le fait de convaincre ses interlocuteurs, mais avant tout de se faire comprendre par ces derniers : *« Vous leur (à quelqu'un de l'Education Nationale) parlez de dyslexie, ou on leur parlait à l'époque de dyslexie : « qu'est-ce que c'est la dyslexie ? C'est des gamins qui foutent rien, c'est tout hein ! Comment vous pouvez dire que c'est une dyslexie ? »* Un manque de compréhension qui vient marquer un manque de reconnaissance de la profession trop souvent perçue à certain moment de l'histoire de l'orthophonie comme du « soutien scolaire » : *« On a par rapport aux débuts de l'orthophonie où par exemple certains domaines étaient perçus comme étant une prise en charge de...comment dirais-je, de rattrapage scolaire, ça était la longue guéguerre qui nous a opposé à l'Education*

Nationale : « Oui, mais... quand l'enfant fait des fautes d'orthographe, vous faites du rattrapage scolaire ! C'est pas une pathologie ! Et il a pas appris ses leçons; il sait pas lire parce que il s'est pas assez entraîné ». Nous n'en sommes plus là au jour d'aujourd'hui. On a quand même fait la différence entre ce qu'il en était de la dyslexie qui maintenant est devenue quelque chose de parfaitement indiscutable, et dont on peut faire largement la différence par rapport à l'enfant qui était peu stimulé sur le plan familial ou qui a poursuivi sa scolarité avec une certaine négligence ». Aussi, le véritable facteur d'évolution dans le domaine de la dyslexie est, pour Monsieur Peyrepertuse, l'implication de la neurologie « au fur et à mesure venue mettre son grain de sel. Au départ, il y avait que la psychologie, on disait bon, c'est comme l'autisme c'est la faute à la mère s'il y avait des dyslexiques. Donc ça a un petit peu évolué, on est arrivé à ce que la neurologie prenne sa place et quand la neurologie est arrivée un petit peu en complément parce que c'est neuropsychologie, on n'oublie pas la psychologie qu'est super importante dans tous ces troubles là. Mais la neurologie nous a éclairés beaucoup. »

Outre la dyslexie, d'autres pathologies ont pu faire l'objet d'une nouvelle définition. Ces avancées ont étendu le champ de compétences de l'orthophonie avec la prise en charge de « toutes les maladies du grand âge [...], le début de la fin de vie qui était pas du tout pris en compte par les orthophonistes. Donc que ce soit la maladie d'Alzheimer, la démence, et puis des choses du côté du bébé par exemple. » (Mme Roquefixade) « ce qui fait qu'on pratique plus de la même façon » (Madame Minerve).

2. Evolution de la pratique

2.1. « L'ère de la médicalisation » : arrivée de nouvelles méthodes et techniques.

Les progrès de la médecine ces dernières années ont favorisé l'émergence de nouvelles pratiques chez les orthophonistes. Ces derniers ont alors dû s'adapter, se retrouvant parfois « démunis » dans leur prise en charge par manque de connaissances de ces nouvelles techniques médicales, déclencheuses d'une demande plus spécifique. Mme Opoul Perillos nous raconte le changement qu'elle a opéré dans ses prises en charge des troubles de la déglutition liés aux nouveaux traitements orthodontiques : « après j'ai fait une rééducation, par exemple, un peu particulière on va dire, de l'articulation de la parole et de la déglutition, y'a eu, là aussi, une demande, on allait dire presque excessive à un moment donné puisque, on est parti dans l'appareillage des enfants de façon un peu systématique ; donc c'est arrivé d'un coup dans les cabinets d'orthophonie : rééduquer la langue, positionnement de la langue etc. Donc on se sentait un peu démunis quand même au départ, on aimerait bien en savoir plus. »

D'autres domaines tels que la neurologie, la surdité ont également connus de grandes évolutions au cours des années 90 grâce aux progrès techniques: « la surdité elle est liée beaucoup à la technique des prothèses, des techniques de communication. Là ça été très progressif hein. J pense qu'on emploie plus du tout les mêmes systèmes, on a la même base, mais on n'emploie plus les mêmes systèmes sur le plan technique » selon Mr Peypertuse. De fait, la transformation des techniques, la « finesse au niveau de la chirurgie » comme par exemple « au niveau du larynx » participent à modifier les conditions de prise en charge des patients : « une ablation totale c'était relativement

évident à une certaine période. Et puis maintenant les chirurgiens ont la possibilité d'aller faire une recherche beaucoup plus fine donc c'est plus la même chose.[...] On va enlever une tumeur par exemple, une tumeur qui touche le temporal gauche. Et bien le chirurgien va dire si je touche à cette zone-là, : « Monsieur répétez ce son là, vous me répétez cette phrase-là ». Qu'est ce qui est atteint ? Est-ce que je vais avoir une atteinte au niveau phonologique, au niveau de la syntaxe ou... Il y a des opérations pendant lesquelles le patient est éveillé mais le crâne décalotté et bien ils ont des orthophonistes qui travaillent, qui font travailler le patient et que les chirurgiens puissent dire « Attention, ça je peux y toucher, ça je peux pas y toucher. » C'est une technique qu'on n'avait pas » Ainsi pour Mr Peypertuse, la neurologie « a été un apport très sensible » enrichissant sa pratique orientée « psy » au début « par manque de certitude » « Sans jeter aux orties toute la psy. Mais je pense que si j'étais resté à travailler avec uniquement, d'une manière psy, je serais passé complètement à côté de beaucoup de choses. » Et d'illustrer son discours par cet exemple: « un Alzheimer, si on ne savait pas que le cerveau il fait 800 grammes à la fin on travaillerait pas de la même façon ! »

Le récit de Mr Queribus sur les techniques dites « folkloriques » issues « des pionniers de l'orthophonie » nous permet de mesurer les grandes évolutions faites d'un point de vue des prises en charges du langage oral, notamment dans les domaines de la voix et du bégaiement. « on mettait les patients appuyés contre un mur, on leur mettait le poing dans le ventre, on leur lisait les Fables de La Fontaine ou Les lettres de mon moulin, et pendant qu'ils faisaient de la lecture répétée on leur pompait le ventre avec le poing ! Voilà. C'était une technique comme une autre hein ? (rires) [...] « Et puis parallèlement il y avait aussi le bégaiement qui lui aussi était très folklorique et balbutiant, et tout aussi issu d'ailleurs de Valencien et de Borel Maisonnay, où la technique consistait à : on prenait une feuille de papier, un crayon, on mettait... on se faisait un cercle sur la feuille de papier, et l'individu bégayant était amené à répondre à des questions etc., tout avec lequel crayon à faire des cercles sur le papier en question et d'amener avec la vitesse de son élocution à se calquer sur la vitesse d'exécution du cercle en question (...) C'était pas tout à fait idiot quant à ce qui était du principe de traiter le symptôme mais bien évidemment ça n'en traitait pas la cause ! » Les formations plus « théoriques » dispensées en particulier par François le Huche dans le cadre du bégaiement lui ont permis par la suite d'acquérir « une vraie technique de rééducation vocale » l'ayant autrement convaincu « de l'efficacité de la chose et de son intérêt »

Pour Mmes Saissac, Opoul Perillos et Cabrespine l'évolution de leur pratique est clairement en lien avec la découverte - au cours de stages ou de formations- de nouvelles techniques issues de méthodes telles que la gestion mentale, la DNP ou encore la méthode Feldenkrais. Apparues dans le courant des années 80, ces méthodes ont beaucoup fait parler d'elles « on en parlait dans les écoles, il y a eu des livres, il y a eu des conférences, donc on suit, on suit le mouvement. » (Mme Opoul Perillos) comme véritables facteurs d'évolution, d'ouverture, de découvertes et d'efficacité: « je me suis orientée sur les pratiques corporelles du Feldenkrais dans l'idée aussi d'une évolution de la pratique .Et du coup ça a donné une ouverture et un champ de découverte qui était intéressant. » (Mme Cabrespine) Pour Madame Saissac, la découverte de la gestion mentale qu'elle pratique depuis quinze ans, a été un nouvel « outil » qui a complètement « révolutionné sa façon de travailler », sur lequel elle base aujourd'hui nombreuses de ses rééducations auprès de tous petits, d'enfants ou même d'adultes. Elle se considère aujourd'hui plus « efficace » dans ses prises en charge avec cette technique à « dimension très humaine. » Mme Opoul Perillos quant à elle nous parle de l'impact qu'a eu la DNP dans sa pratique,

au niveau des prises en charge des troubles de l'articulation, de la voix ou encore de l'aphasie.

Ainsi, le décuplement des connaissances et techniques ces dernières années, leurs accès par le biais de formations, colloques, groupes de travail ont favorisé le développement des pratiques orthophoniques devenus selon le discours des orthophonistes « plus sûres et « efficaces. *« c'est vrai que nous de toutes façons on n'avait pas bien le choix, parce que [...] comme y avait justement un certain nombre de domaines qui n'avaient pas du tout étaient abordés, il fallait s'inspirer tout simplement de techniques de rééducations qui étaient appropriées à telle rééducation ; faut voir dans quelle mesure elles ne seraient pas opportunes par rapport à la rééducation qui avait été proposée et vis-à-vis de laquelle on n'avait tout simplement aucune formation! Alors le côté rassurant, finalement, on a appris à s'en passer hein ! (rires) »* (Mr Quéribus)

2.2. « La mesure à tout prix » : des outils plus précis

L'arrivée de nouveaux outils de bilans comme de rééducations avec la création de matériel de plus en plus riche et spécifique a également joué un rôle dans l'évolution des pratiques des orthophonistes.

Le récit des expériences de stages de Mme Saissac ou des premières années de pratique de Mme Montségur nous transporte dans les débuts de orthophonie, au temps où « *on avait beaucoup moins de matériel* » (Mme Montségur) « *Y'avait pas un jouet, y'avait rien, y'avait pas un jeu... C'était une pièce, y'avait que des bouquins, une bibliothèque, c'était magnifique, tout en bois, y'avait : une table, deux chaises ! Alors je sais que Borel, elle rééduquait comme ça aussi, hein !* » (Mme Saissac) Aujourd'hui, nombreux sont les cabinets d'orthophonistes rencontrés, foisonnant de matériels tout aussi divers que variés, où se mêlent livres, feutres et jeux, telle « *une vraie caverne l'Ali Baba* » (Mme Saissac). Mme Opoul Perillos va même jusqu'à nous faire l'inventaire de son matériel, débattant pléthore de jeux car « *la richesse de notre métier [...] c'est d'avoir du matériel spécifique que vous achetez très, très ciblé, vous savez ce que vous allez tester et tout, et, ensuite, être capable de créer et d'inventer.* » Cependant, elle ajoute « *bon il y a pas mal de jeux hein, il y en a peut-être un peu trop parce qu'après on sait plus où donner de la tête.* »

Mme Montségur pointe elle aussi du doigt cette « *recrudescence* » renforcée par les démarcheurs des maisons d'éditions qui voient le jour dans les années 80, avec la naissance d'Ortho-Édition, Mot-à Mot ou encore l'ECPA pour ne citer qu'elles. « *on nous appelle je sais pas, une fois par mois, on a un appel par des diffuseurs de matériels [...]* Mais ça aussi c'est quelque chose qui a évolué et du coup je trouve qu'il y en a trop. » Ces diffuseurs proposent aux professionnels une offre la plus large possible de tests, livres et de matériels éducatifs qui se veulent au plus près de la demande, à la pointe des dernières découvertes.

Cette notion de « quantité » est reprise dans le discours de Mme Montsérét d'un point de vue des tests: « *je pense que depuis, entre ma formation et la formation maintenant, j'ai l'impression qu'il y a beaucoup plus d'outils pour des investigations et pour des bilans ; (...) depuis quelques temps j'investie plus trop dans les bilans parce que je me rends*

compte que mes outils me vont bien ! voilà. Parce que j'ai l'impression qu'il y a une floraison de bilans qui sortent sans arrêt, que c'est heu... beaucoup, beaucoup ! »

En effet, de nombreux tests sont édités ou réédités au cours des années 2000 notamment, pour lesquels certains orthophonistes ont dû se former : *« Alors ben ça c'est un gros morceau. Parce que tous les tests qui se pratiquent actuellement, qui sont utilisés par la majorité des orthophonistes, heu, au départ, ça correspond pas du tout à la formation que j'ai eue. Nous, on avait les tests de Borel Maissonny et puis c'est tout, hein ! Ça s'arrêtait là. Donc bon, je pense que les gens de ma génération bricolent beaucoup avec les tests parce qu'on utilise des tests pour lesquels on n'a pas été formés. »* (Mme Roquefixade) Même si la majorité des orthophonistes disent « faire leur sauce », ils se sont mis à utiliser dans leur pratique, en parallèle de tests moins actuels (issus des années 80-90) des tests édités plus récemment, mettant en avant dans leurs discours l'avantage des étalonnages comme « appuis » (Mme Montaillou) et un côté plus « précis » : *« Bon, c'est vrai qu'ils sont mieux, ils sont étalonnés, ils sont plus attractifs (...) j'ai les images du Thiberge ; Ben oui, c'est un vieux test ! Mais bon, c'est vrai que c'était très globale, voilà y'avait un côté heu...comment dire, c'était un peu de flou artistique hein, ces débuts de la profession, toutes façons. Forcément hein ! Donc les tests actuels heu...on peut les critiquer parce que, effectivement, en terme de...mais après c'est l'utilisation qu'on en fait hein ! Ils sont beaucoup plus complets, plus attractifs, plus pratiques heu, avec un étalonnage heu...sinon, j'utilise plus Borel, non. »* (Mme Roquefixade)

A l'opposé, rares sont les orthophonistes, tel Mr Quéribus, revendiquant le fait de ne pas utiliser de tests « chiffrés ou chronométrés », préférant aux actuels ceux *« que préconisait Madame Borel Maissonny à l'époque »*. Madame Saissac rejoint en partie le discours de ce dernier car *« finalement Borel c'est quand même elle qui a tout inventé hein, j'veux dire maintenant ils nous font rigoler les neuropsyches, mais enfin on a découvert bien avant eux tout ce qu'ils nous racontent hein, simplement bon, ils utilisent des mots un peu plus techniques ! Donc j'utilise pas mal ceux de Borel. »* Cependant, tout comme Mme Opoul Perillos qui nous avoue « détester » toutes les épreuves lorsqu'il s'agit de « quantifier, noter, etc. » parce à son avis « elles ne nous apportent pas grand-chose » ces orthophonistes ont participé au cours de leur pratique à des formations de bilans afin de ne pas « être sclérosée. »

Mme Opoul Perillos résume en quelques lignes : *« Bon, c'est sûr que ça a évolué, hein. Vous voyez bien l'évolution. Je pense que ça continuera de par les autres outils, on en n'a pas parlé aussi, c'est quand même important, parce qu'on est de plus en plus censé travailler sur l'ordinateur, parce qu'on est très alléché par tout ce qui est proposé dans ce monde, dans ce domaine là. »* En effet, l'outil informatique a connu un véritable développement ces dernières années, « révolutionnant » les pratiques de ces orthophonistes tant sur le plan rééducatif qu'administratif. (Mme Montseret) *« l'ordinateur, le copier-coller ça a changé les choses aussi, parce qu'avant nous on faisait tout à la main hein ! Donc avec un carbone, puis on faisait le compte-rendu comme ça ! »* (Mme Montmaur)

Monsieur Peyreperouse est quant à lui très fier de nous dévoiler son impressionnante collection de logiciels, lorsque nous nous présentons dans son bureau où trônent deux ordinateurs. *« Là-dedans j'en ai pour je ne sais pas il y en a pour 15 000 euros dans chaque ordinateur quoi ! »* Se qualifiant comme quelqu'un de « très informatique » il nous fait part de son enthousiasme pour certains logiciels de tests et de rééducations

comme le GERIP, Vocalab ou le Speech Viewer pour lesquels il n'hésite pas à faire quelques démonstrations. Il voit dans l'outil informatique un côté « très confortable » qu'il utilise beaucoup, mais il se défend cependant de pouvoir s'en passer pour des rééducations, en faisant preuve « d'adaptation ».

2.3 Se former : une nécessité

Mme Chalabre raccorde l'évolution de sa pratique à l'apport de « *toutes les connaissances théoriques beaucoup plus sophistiquées, beaucoup plus élaborées* » mais également aux formations qu'elle a faites. Ainsi, Mme Montmaur date le contexte de l'apparition des formations continues : « *En 2002, on a eu un grand changement en orthophonie, on a reconnu, le diagnostic orthophonique, y'a eu une grande avancée, et ont commencé les formations continues conventionnelles* ». Tous les discours des orthophonistes interrogés s'accordent sur celui de Mme Opoul Perillos face à la nécessité de se former régulièrement pour suivre l'évolution de la profession : « *En fait je n'ai eu de cesse de suivre des formations et des stages, de toutes façons l'orthophonie étant un métier sans cesse en évolution, ouvert sur beaucoup, beaucoup de domaines très divers, vous êtes obligés à mon avis d'aller chercher des outils on va dire pour vraiment rentrer dans la rééducation. Donc moi, les trois années d'études ça a été un point de départ mais ça n'est absolument pas suffisant ! Et maintenant même avec les 4 ans voire les 5 ans, je pense que ça n'est pas suffisant non plus ! Je pense qu'on a toujours besoin d'autres formations parallèles à la notre, ou dans différents domaines ! Donc ce qui m'a amenée à rechercher dans différents domaines : c'est ma pratique.* »

De la même manière, Mme Minerve remarque : « *une évolution intéressante par rapport à notre diplôme jusqu'à maintenant.* » qui justifie l'intérêt de se former. D'autres orthophonistes, comme Mme Puivert parle d'un « manque » de la formation initiale comblé par l'apport des formations : « *Toutes formations variées, ça été pour pouvoir en fait compléter. Donc j'avais fait autant des choses, par exemple j'avais fait des choses en sophro, j'avais fait des choses en déglutition, parce que ça on n'avait rien. Par exemple j'avais fait aucun stage avec les enfants sourds... Je multipliais les formations, parce que j'avais l'impression d'être totalement en manque quoi, ça c'est certain.* »

Ainsi, cette pratique se serait généralisée : tous les orthophonistes font le choix d'en faire, et remarquent le nombre élevé de participants qui sont de plus en plus jeunes. La formation continue ferait partie de la pratique orthophonique : « *La formation continue, moi j'en n'avais pas trop idée. Alors c'était moi qui ne le voyais pas, ou c'était moins dans l'air du temps. Et ça je trouve que ça a beaucoup changé, parce que maintenant quand je vois qu'il y a des formations continues, et qu'il y a des filles qui sortent et qui commencent à faire... je trouve ça super !* » (Mme Montaillou)

2.4 Evolution des représentations de la maladie

Certaines orthophonistes nous disent remarquer dans leur pratique « *l'arrivée de choses nouvelles* » comme « *l'augmentation nette des troubles attentionnels chez l'enfant, des difficultés à se mobiliser, à se concentrer, à se poser en classe, à écouter* » (Mme Montseret) Ce « phénomène », nouveau de quelques années pour Madame Montmaur, rend « *maintenant parfois la demande floue...éparpillée, et on a du mal à faire le point.* »

Avant les demandes de consultation étaient plus « ciblées », avec une plainte précise dans un domaine particulier, aujourd'hui « rien ne va bien [...] ça fait bizarre je trouve ces demandes où on sait même pas quel bilan il faut faire, si c'est du langage oral, du langage écrit ou de logico-maths ! Avant, jamais on voyait arriver ce genre de gens. »

Face à cette recrudescence de nouvelles plaintes des parents pour « difficultés de concentration » observées chez leurs enfants, Mme Montseret tente de nous livrer une explication mettant en avant sa propre représentation de la maladie et du soin : « on cherche des réponses, souvent très médicales, alors oui.. y'a des troubles déficitaires de l'attention, je suis d'accord, l'hyper activité, et parfois...quand on entend les parents raconter comment se passe le retour de l'école à la maison... » S'attachant à ne pas faire de « généralité », elle dit percevoir une plus grande « excitation » chez des enfants évoluant dans un contexte familial où règne une « espèce d'agitation » autour de la télévision et de l'ordinateur : « c'est pas la seule explication, mais ça rend certains enfants super excités et bien moins disponibles pour les apprentissages ! »

Mme Roquefixade quant à elle, nous fait part du changement qu'elle a observé d'un point de vue de sa pratique en CMP : « la pratique ce qui a changé aussi c'est que je vois des enfants beaucoup plus malades, maintenant, que je n'en voyais au début. » Les enfants orientés en centres médicaux souffrent le plus souvent de difficultés associées à de « gros troubles du comportement, c'est-à-dire de la personnalité [...] ce qui fait que dans les CMP on voit des enfants très malades. » Or l'allongement notable des listes d'attente depuis ces trente dernières années, autant dans les CMP que dans les cabinets libéraux est pour Mme Roquefixade un véritable indicateur de cette évolution « donc ça veut dire aussi que c'est peut-être une bonne chose, c'est-à-dire qu'il y a beaucoup plus de prévention, les enfants ils sont beaucoup plus repérés quand il y a une difficulté. »

II Evolution de la culture professionnelle

1. Avant : le qualitatif

D'après les orthophonistes interrogés la psychologie a inspiré les débuts de leur pratique orthophonique. « on parlait quand même beaucoup de l'aspect psy ; c'était très dominant » (Mme Montseret). Cette dimension était plus importante aussi parce qu'elle était plus enseignée en centre de formation, et l'école de Lyon particulièrement était connue pour son enseignement très axée sur la psychologie. « A Lyon, c'était à l'époque des choses qui étaient plus on va dire orientées sur des études qui abordaient plus l'aspect psychologique des choses disons. Il y eu d'ailleurs pas mal de collègues de ma génération finalement avaient peut être un peu de mal à se situer entre le métier de psychologue et le métier d'orthophonie. Y avait encore à l'époque les reliquats de certaines formations anecdotiques et qui étaient un peu en parallèle de l'école Borel-Maisonny comme l'école Chassagny par exemple, et qui abordait l'orthophonie sous un angle purement psychologique, donc ça ce sont des choses qui n'existent plus ; à l'heure actuelle, ou en tout cas beaucoup moins. Ou d'une façon beaucoup plus anecdotique disons » (Mr Quéribus)

Les orthophonistes revendiquent souvent avoir été formés de façon très « psychologique », et encore aujourd'hui, s'il y a des avancées en tous genres, cette façon

« psy » de fonctionner existe toujours chez notre population formée avant 83 : *« C'est vrai que moi je suis très psy quand même. Voilà, c'est mon point de vue, et je suis pas la seule quand même au niveau des collègues à ressentir un peu ça. »* L'exemple de Mme Saissac vient appuyer ce constat. Formée à Lyon où elle a bénéficié d'un enseignement qu'elle qualifie d'« assez psy » avec *« beaucoup de cours de psychologie »*, elle s'est ensuite beaucoup formée en parallèle de sa pratique à la sophrologie, la PNL, allant jusqu'à faire une psychanalyse. *« Mais en même temps j'étais pas très bien parce que j'étais pas...orthophoniste mais j'étais pas non plus psychothérapeute ni psychologue. Jusqu'au jour où j'ai découvert la gestion mentale et alors là ça m'a permis de tout réconcilier »*. Madame Saissac exerce aujourd'hui en libéral pratiquant principalement la gestion mentale pour son approche « très humaine », mais également d'autres méthodes tel que le Balint qu'elle décrit comme *« de l'analyse de la pratique, mais...c'est un peu différent, parce que c'est quand même très psy, hein, c'est fait avec des psychothérapeutes, des psychanalystes hein. »*

2. Aujourd'hui : la culture du chiffre

Les débuts de l'orthophonie perçus par Mr Quéribus comme *« un grand champ de friches dans lequel chacun a tracé ses sillons »* ont laissé place aujourd'hui à une culture qualifiée de chiffres « abrupts » venue supplanter le côté plus « intuitif », « subjectif » « clinique » voire « empirique » de la prise en charge, avec l'arrivée de tests et bilans « beaucoup plus précis » créant un changement « du tout au tout » (Mme Lastours) : *« C'est très bien parce que nous, on n'avait pas du tout des bilans heu quantitatifs comme ça. Nous, nos bilans, ils étaient très qualitatifs parce qu'on n'avait pas beaucoup de tests donc et bien on faisait avec ce qu'on avait. Et c'est vrai qu'on sentait le truc, on voyait, mais c'était pas normalisé comme c'est maintenant. Mais maintenant ces bilans où on vous fait faire des tas de tests et vous avez des centiles des machins, des trucs... »* (Mme Montmaur)

Un discours partagé par la majorité des orthophonistes rencontrés, unanimes face à ce glissement progressif de l'intuitif *« on sentait le truc, on voyait »* vers plus de « technicité », de « scientificité » : *« c'était pas normalisé comme c'est maintenant. »*

Un sentiment qui devient alors « palpable » à la lecture des tests, véritables champs fertiles à la culture vers plus de quantification, face au développement d'une médecine de preuves, tournée vers la rentabilité : *« Moi j pense qu'on fait maintenant de plus en plus de chiffres et c'est ce qui domine maintenant, c'est quantifié ! Voilà, ça va avec l'évolution de la médecine, j pense d'une façon générale. C'est le sentiment que j'ai hein, et que nous avons quand on discute sur des formations avec les orthophonistes. C'est un sentiment, hein ! j dis pas qu c'est la réalité, hein ! Voilà ! C'est l'impression qu'on a ! Moi quand j lis des comptes rendus de bilans parfois, whaou, j me dis...d'abord c'est IN-compréhensible pour le parent quand y a des chiffres et que c'est pas analysé, c'est IN-compréhensible pour le médecin, faut pas s leurrer ! »*

Pour Mme Montseret ce glissement se rapporterait à une quête, quelque chose qui ne semblerait pas maîtrisé car « imposé » mais cependant qu'elle raccroche à une volonté : *« Par rapport à ma formation initiale, on est quand même beaucoup plus en quête de bilans quantitatifs ! Voilà ! Va-chement, va-chement plus qu'à mon époque. Et...moi, voilà, bien sûr je me suis rapprochée de ça, bien sûr parce que de toutes façons on n'a*

plus le choix pour les PAI, y'a des demandes maintenant de plus en plus pour les tiers temps, etc, de bilans quantitatifs ! Mais je me dis que quand même, l'aspect qualitatif reste très, très important ! Et qu'on a quand même tendance à chiffrer et à se contenter de plus en plus du chiffrage, pas forcément en orthophonie, psychomot', tous les bilans et moi personnellement j'ai l'impression qu'on se perd parfois et qu'on n'analyse plus, voilà ! C'est 0 ou 1, blanc ou noir, et...moi j'trouve ça bien dommage ! »

Face au phénomène de quantification Mr Quéribus n'hésite pas non plus à se positionner : *« ça aussi c'est un tournant d' l'orthophonie, et c'est un p'tit reproche que je vais faire par rapport à l'orientation actuelle : c'est très bien de chiffrer, c'est très bien d'évaluer, mais avant ça, il faut savoir observer. »*

Rejoignant les propos de Mr Quéribus, Mme Cabrespine nous fait part de son « côté rébellion » déplorant le délaissement de l'observation clinique et du bon sens au profit de la technique : *« C'est comme en médecine, maintenant toutes ces dérives où les nouveaux sortis ne font plus d'observation clinique. Dès qu'il y a un truc on envoie faire des montagnes d'exams. Je dis pas qu'on n'a pas fait des progrès et que la technique développée n'est pas intéressante, mais du coup on perd la simple observation clinique et le bon sens. On s'en éloigne [...] Donc cette dérive là, est quelque chose qui est agaçante parce qu'on perd le bon sens. On pourrait bilancer sans arrêt et passer son temps à ça, ok ! Mais quand est ce qu'on bosse ? Et le bilan, qu'est ce qu'il va donner comme axe de travail maintenant ? Si c'est juste un bilan dans des désirs de justification, on a passé l'âge, ou alors on parle avec des gens compétents. Quand on a affaire à des médecins de la Sécu, et c'est pas de leur faute, ils ne savent pas ce qu'on fait. Qu'on leur fasse comprendre, c'est évident que c'est nécessaire. Mais je dirais qu'on se donne des fausses transparences avec ces écarts types, ces machins, ces trucs. Voilà. Je pense que je ne suis pas la seule à avoir ce discours dans les vieilles (rires). Parce qu'on se retrouve. »*

La mise en avant du partage de ce discours entre professionnels d'une même génération est un moyen pour ces orthophonistes de légitimer leur discours. Ainsi, ils mettent en avant un « ressenti » considéré comme partagé par un ensemble, donnant plus de poids à leurs propos.

L'analyse de ces discours emprunts de doutes, questionnements et sentiments marque alors l'opposition des registres relationnel versus technique dans une dérive du qualitatif au quantitatif vécu comme une perte de « repères » : le passage d'une identité « psy » vers une identité plus « neuropsych » : *« Ce qui me fait un peu peur c'est cette dérive vers trop de technicité. C'est qu'on oublie l'aspect plus psychologique et affectif de l'orthophonie, enfin pas de l'orthophonie, mais des symptômes et des pathologies. »* Et d'ajouter plus loin : *« On parle beaucoup de neuropsych, c'est des listes de mots à répéter, des machins.. oui ! bien sûr il en faut un peu mais je pense que ça me paraît pas être la base quoi. [...] Mais en même temps moi je suis un peu allergique à tout ce qui est neuropsych etc., je vais pas me mettre la dedans »* (Mme Saissac)

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

I. Le Bilan orthophonique dans les relations interprofessionnelles : un outil de défense du territoire et de légitimité

1. Identité pour soi/ identité pour autrui

L'identité qu'elle soit sociale ou professionnelle se construit dans le dialogue, la négociation, la confrontation avec les autres, individuellement et/ou collectivement à partir de différents processus. « L'identité est un produit des socialisations successives » (Dubar, 2002, p.15)

L'orthophonie est une profession paramédicale au carrefour de nombreuses autres : *« on a un métier qui touche au cognitif, qui touche à l'affectif, qui touche au corporel...enfin voilà...on est quand même un peu au carrefour de tout ça ; et ben c'est aussi une chance. »* (Mme Saissac) Une « chance » certes, mais pour laquelle l'orthophonie a toujours dû se battre.

C'est par succession de décrets entre 1983 et 2002 que la profession se voit préciser et élargir « sa palette de compétences » devenue aujourd'hui « très vaste ». Une contribution qui participe à la reconnaissance de la profession mais qui fragilise aussi son identité. En effet, au carrefour de nombreuses disciplines (linguistique, psychologie, neurosciences, etc.) l'orthophonie doit « lutter » pour garder sa spécificité et se démarquer des groupes professionnels rivaux qui partagent avec elle une même inférence. Perdrrix (2007) identifie notamment trois groupes concurrents : « les enseignants, les psychologues cliniciens, et les « neuropsychologues » ou « psychologues cognitivistes » (p.153) face auxquels la profession doit se démarquer, en élaborant « une frontière interprofessionnelle. » Pour la profession, le choix de ses « inférences » (fondement du fait professionnel) se fait en partie dans ce but, véritable enjeu de légitimation.

De ce fait, l'élaboration de la frontière interprofessionnelle avec l'un ou l'autre de ces concurrents, passe par l'investissement ou le rejet de l'inférence partagée, associée à une rhétorique de différenciation. Ainsi, soit l'orthophoniste se montre critique face à l'inférence qu'il n'investit pas, soit il partage les mêmes inférences qu'un rival identifié, et privilégie dans son discours la défense du pôle opposé à son inférence. « Ce serait le repérage d'un groupe adjacent considéré comme particulièrement menaçant qui rendrait nécessaire un travail d'élaboration d'une frontière interprofessionnelle. » (p.155)

Cette démarcation mettrait alors en jeu le processus de construction identitaire relationnel (identité pour autrui) développé par Dubar (2002) dans lequel les rapports au travail se conçoivent comme un lieu où s'affrontent en permanence des désirs de reconnaissance « dans un contexte inégal, mouvant et complexe au pouvoir » (R.Sainsaulieu in Dubar, 2002, p.119) Ainsi, c'est par l'élaboration d'espaces d'identification que les individus vont pouvoir négocier leurs pouvoir, leur reconnaissance et leurs appartenances. Il devient alors intéressant d'identifier le discours des orthophonistes face aux différents acteurs en jeu.

1.1. Face aux professionnels

1.1.1. Les neuropsychologues

Les orthophonistes ont repéré depuis quelques années l'arrivée de la neuropsychologie dans le champ de l'orthophonie : « *On parlait de changement : l'intervention des neuropsychologues, c'est aussi une nouvelle, c'est un nouveau métier !* » (Mme Roquefixade)

Selon Sautier (2011), l'orthophonie se différencierait face à ce corps professionnel encore jeune en affichant sa spécificité et son historicité. Le discours de Mme Saissac vient appuyer ce constat lorsqu'elle nous parle de sa pratique des tests : « *j'ai aussi pas mal d'épreuves de Borel parce que finalement Borel c'est quand même elle qui a tout inventé, j'veux dire maintenant ils nous font rigoler les neuropsychy [...] on a découvert bien avant eux tout ce qu'ils nous racontent hein, simplement bon, ils utilisent des mots un peu plus techniques !* »

L'utilisation d'un argument d'historicité en citant Mme Borel Maisonnny, « *notre mère à tous* » est un moyen pour Mme Saissac de légitimer sa pratique face à celles des neuropsychologues. Aussi, cette nécessité de légitimation répondrait au sentiment de « menace » que ressentent les orthophonistes face à l'arrivée de cette nouvelle profession qui a « le vent en poupe » (Mme Roquefixade) En effet, les neuropsychologues partageant les mêmes inférences que les orthophonistes, ces derniers cherchent à s'en démarquer par la mise en avant d'une rhétorique professionnelle afin de faire valoir leur identité : « *Mais alors eux, ils ne travaillent pas sur le langage, ils travaillent sur l'attention, la mémoire... enfin pour le moment. Ils n'ont pas une spécificité pour dire au niveau du lexique, de la phonétique, de la syntaxe. Ils ne font pas ça. Ils font des tests de langage d'accord, mais d'abord il y a peu de rééducation, mais ils sont d'avantages sur l'ensemble heu... moi je vois ça : mémoire, attention, et langage dedans... mais nous on est, notre spécificité c'est vraiment le langage.* »

Ce sentiment de menace véhiculé par l'émergence de cette profession met en avant les représentations de la médecine et de la neuropsychologie de ces orthophonistes. « *A chacun son domaine, et chacun voit ce qu'il veut là où il veut ; donc ils vont faire passer certains tests, en croyant tester du langage par exemple, mais sans avoir les compétences en dessous, qui font qu'ils passent à côté !* » (Opoul Perillos)

N'est-ce pas par crainte de voir leur profession disparaître « au profit d'autres acteurs et d'autres pratiques » que les discours de certains orthophonistes semblent si revendicatifs de démarcation de territoire et d'identité ?

« Au-delà des conséquences matérielles de ces évolutions, plus faciles à anticiper et plus immédiatement perceptibles que la logique de leurs implications sociales, ces différents acteurs de la santé ne vivent-ils pas, avant tout, une remise en cause du système de valeur qui fonde la légitimité de leur pratique ? » (Aiach et Fassin, 1998, p.34)

1.1.2. Les médecins

Même si les orthophonistes ont obtenus depuis 2002 la reconnaissance du diagnostic par la sécurité sociale, avec le pouvoir de décision des modalités de la prise en charge, Mme Puivert n'est pas sans nous rappeler que cela n'a pas toujours été ainsi : *« Moi au départ quand j'ai commencé, c'était le médecin qui prescrivait le bilan. Je faisais le bilan. J'envoyais le compte-rendu, et le médecin prescrivait les séances. Nous on est passé aux bilans sur lesquels on va mettre : « bilan ortho avec rééducation si nécessaire ». Ca, ça été un grand pas aussi ! Alors pour nous c'était super ! Enfin on nous reconnaissait une certaine légitimité là dans notre diagnostic qu'on n'avait pas auparavant. Et du coup ça n'a pas été très, très bien vécu par certains médecins. »*

Suite au décret de 2002, la profession bénéficie désormais d'une certaine « autonomie » via la formule : « bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire » Cette reconnaissance est un élément structurant dans la construction de l'identité professionnelle des orthophonistes. En effet, le fait de pouvoir être reconnu par les médecins dans leur pratique du bilan, permet aux orthophonistes d'affirmer leur identité professionnelle : *« Alors les médecins souvent rechignent parce qu'ils se disent : « mais, finalement à quoi ça sert de prescrire bilan et rééducation si nécessaire ? » Mais, je trouve que c'est bien écrit, parce que ça veut bien dire que c'est bien l'orthophoniste qui, en fonction de son bilan, va pouvoir me dire à moi médecin « j'estime que. » (Mr Peyrepertuse)*

Cependant, cette autonomie reste partielle puisque les orthophonistes restent « liés » aux médecins par la prescription médicale nécessaire à tout début de prise en charge orthophonique. Mr Peyrepertuse attache une « extrême » importance à la place des orthophonistes dans cette « chaîne » : *« Mais il faut pas oublier que c'est quand même le prescripteur qui a la responsabilité de sa prescription. Donc le lien avec le prescripteur il est essentiel. Comme le lien avec tous ceux qui concourent au bien-être des enfants, tous ces gens là, il faut absolument qu'il y ait un échange. On peut pas travailler avec un enfant qui va dans une crèche sans qu'il y ait à mon avis une interaction. »* Et d'ajouter : *« Je crois que c'est absolument un travail d'équipe. »* Ainsi, pour lui, les orthophonistes ne doivent pas oublier qu'ils sont paramédicaux, travaillant « suite à une prescription médicale », non pas seuls mais « en parallèle » du médecin traitant, coordinateur des soins. C'est souvent lui qui connaît mieux le patient, sa famille, son milieu de vie et ses antécédents médicaux. *« ça veut pas dire que c'est le médecin qui va prendre la décision au final ; mais souvent le médecin, je veux dire à 99 fois sur cent il va prendre la décision en fonction de ce qu'on va lui dire. Mais c'est quand même lui le prescripteur. C'est quand même lui qui connaît l'enfant dans son milieu familial, c'est lui qui le voit grandir. »*

Le discours de Mr Peyrepertuse met en avant la notion de double identité décrite par Dubar (2000) : « l'identité biographique » et « l'identité relationnelle ». Selon lui, la construction de l'identité se fonde sur l'articulation entre deux formes de transaction, une transaction objective (avec les autres, l'identité attribuée) et une transaction subjective (avec soi-même, l'identité professionnelle pour soi) : « Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi. » (*ibid.* p. 95). Ainsi, le sentiment d'identité professionnelle résulterait des interactions développées via l'emploi.

En sus de la prescription médicale qui lie les médecins aux orthophonistes, le compte-rendu de bilan - que les orthophonistes sont tenus de rédiger à l'issue de leur passation de bilan- établit lui aussi un lien de coordination entre ces deux professionnels. « *Les normes font qu'actuellement le médecin prescripteur doit recevoir le bilan. Donc on doit le faire de manière systématique [...]* Et il y a un certain nombre de médecins qu'on connaît avec lesquels ça se fait aussi par téléphone. Le tout c'est qu'il y ait un suivi » insiste Mr Peyreperuse.

Mme Opoul Perillos pense elle aussi « *que c'est important le retour au médecin.* » Cependant « *il faut pas l'assommer de ces chiffres, de ces notes, de ces trucs dont il n'a que faire !* » En effet, pour ces derniers, l'importance se trouve dans la clarté du compte rendu qu'ils préfèrent concis mais précis, sans amas de « *chiffres et de notes* » non analysés qui ne leur évoque rien. (Mme Montseret) Mme Opoul Perillos témoigne de son expérience : « *Moi j'ai eu des médecins qui disaient : « arrêtez de nous envoyer 3 pages de bilan, on n'y comprend rien, ça sert à rien ! Dites-moi simplement ce qu'il y a, et ça ira très bien ! »* C'est pourquoi Mr Peyreperuse nous donne son point de vue quant à la rédaction actuelle de ses bilans, soucieux de garder le lien avec le médecin : « *Mes comptes-rendus de bilan, je les destine au médecin traitant qui, à de rares exceptions près, n'en a rigoureusement rien à battre des étalonnages et des trucs comme ça, c'est pas son métier, lui il a simplement besoin de savoir ce qu'on a déduit du bilan qu'on a pratiqué, de ce qu'on compte en faire et de comment on va le faire. Donc je lui fais un courrier, lui présentant mes conclusions, lui donnant quand c'est pertinent pour lui, ce qui m'a amené à considérer tel ou tel aspect de la question [...]* et de lui montrer ce qui a justifié le diagnostic différent que j'ai été amené à poser. Voilà. Mais quant à savoir qu'il y a eu 10 secondes virgule, je sais pas quoi de temps de latence pour une réponse quelconque ou je ne sais quoi de ce genre là, la plupart des médecins généralistes en ont rigoureusement rien à faire de ça. »

1.1.3. Les enseignants

La formation de la profession d'orthophonie a une double dépendance : celle du Ministère de l'Education Nationale et celle du Ministère de la Santé : « *on est vraiment à cheval sur ces deux choses.* » (Mme Opoul Perillos) Ce qui rend la question des territoires complexe.

D'un point de vue du groupe rival « enseignant », l'orthophonie doit se battre pour ne pas être rattachée à du soutien scolaire et ainsi perdre de sa crédibilité. Mme Roquefixade : « *Moi je trouve que la profession perd de sa crédibilité, de ce fait là ! Parce qu'il y a trop d'orthophonistes qui font du soutien scolaire quoi ! Sous le terme d'orthophonie on met beaucoup de choses. Alors que le cadre de l'orthophonie reste du côté de la pathologie.* »

Il est alors important de redéfinir le rôle de l'orthophoniste pour marquer les frontières avec l'école : l'orthophonie est avant tout une profession de soins. « *Et nous notre secteur, faut pas oublier de qui on dépend. [...]* Faut savoir que nous on est des médicaux, donc il faut quand même rester dans le médical. On n'est pas des pédagogues. [...] Là aussi je crois qu'il faut bien se situer, c'est-à-dire qu'on va être dans une chaîne. On travaille suite à une prescription médicale, donc ça, ça me paraît important aussi. » (Mr Peyreperuse). Donc « *On n'est pas médecin, on n'est pas psychologue* » (Mme Montségur) « *nous on est des fonctionnaires de l'État, payés par la sécu pour des soins médicaux. Donc quand vous prenez le travail de l'instituteur, ça craint quand même ! Je*

veux dire c'est que quelque part vous faites pas votre boulot, l'instituteur n'a pas fait le sien, enfin y'a un souci de prise en charge quelque part. » (Mme Minerve)

Ainsi, les orthophonistes s'isolent du milieu scolaire en clarifiant cette distinction, mettant en avant leur propre représentation de la profession : *« L'ortho c'est pas la conjugaison mais les compétences nécessaires pour tout ça. » (Mme Montaillou)* Elle donne cet exemple : *« La logico mathématiques explique bien cela : on ne fait pas des math de cours mais on travaille les compétences nécessaires à. On cherche à amener les enfants à un niveau tel qu'ils puissent suivre en classe donc ça compte quand même aussi au niveau scolaire enfin voilà ! Mais ce qui change, nous, c'est notre façon de faire, c'est comment. Oui, on fait peut être la même chose, mais pas de la même façon. C'est comment changer, ce qui est important en fait »*

Le lien entre l'école et l'orthophonie a toujours été très étroit, notamment dans les débuts de la profession où des orthophonistes allaient chercher les enfants à l'école : *« Y a eu une dérive à une époque très nette je pense à, quand on est allé vendre notre âme dans les écoles, et que là effectivement l'orthophonie est devenue pour beaucoup de gens du soutien scolaire. » (Mme Minerve)* Elle va même jusqu'à parler d'*« abus dans les collaborations avec les profs »*. En effet, pour ces deux professions qui travaillent autour de « l'enfant et des apprentissages », il reste très important pour les orthophonistes rencontrés de ne pas être assimilés à du soutien scolaire, afin de garder toute « crédibilité » (Mme Roquefixade) *« Enfin moi mon gros souci, c'est qu'est ce qui va nous démarquer par rapport à du soutien ? »* Face au questionnement de Mme Montaillou, Mr Peyrepertuse apporte un élément de réponse : c'est par la pratique de bilans, avec l'usage de tests normés, étalonnés que les orthophonistes peuvent marquer la frontière entre « pathologie » et « pédagogie » : *« c'est là où nos tests vont nous permettre de dire : attention, là on est vraiment dans un retard parce que, avec des tests comparatifs à 6 mois ou à un an, je m'aperçois que le gamin il a bien récupéré, donc c'était un retard. Donc à un moment donné, ce n'est plus à moi d'intervenir, mais c'est à l'école. »*

Malgré cette volonté de se détacher de l'école pour marquer leur identité, les orthophonistes jugent nécessaire de rester toujours en interaction avec le milieu scolaire que ce soit à travers la relation avec les enseignants ou les éducateurs spécialisés : *« on est très proche aussi des éducateurs spécialisés, et c'est très riche d'avoir un échange avec eux, parce qu'eux ils peuvent vous donner des trucs, et nous en avoir [...] Donc il faut avoir des interactions, des échanges, il faut comprendre aussi, c'est important. » (Mme Opoul Perillos)* Leurs discours témoignent alors d'une grande volonté d'investissement : *« Donc au niveau des enseignants, je n'hésite pas à communiquer, à me déplacer, à aller aux équipes éducatives, on en fait plein ! » (Mme Puivert)* Ceci leur permet d'établir des relations avec les professeurs, les équipes éducatives afin de créer du lien autour de l'enfant et de ses difficultés, d'apporter un éclairage sur le travail fait avec ce dernier.

Cependant, la plupart des orthophonistes veillent à rester très « fermes au niveau déontologique » quant à la transmission de leurs comptes-rendus. *« Par contre je transmets jamais mes comptes-rendus à l'école, sauf au médecin scolaire, mais je transmets des informations. » (Mme Montseret)* Aussi, les échanges d'informations autour de l'enfant se feront plus facilement par transmission orale entre orthophonistes et enseignants comme le souligne Mr Queribus *« Et je ne refuse jamais le contact verbal, ça c'est sûr. Tout comme de me rendre quelque fois dans les écoles quand les cas le*

nécessitent et qu'il s'agisse de participer à l'élaboration d'un projet pédagogique ou d'un truc comme ça, bon là bien évidemment, j'y vais ; mais les trois quarts du temps ça se passe par téléphone. »

Madame Puivert, par expérience, reste elle aussi très vigilante : *« Y a beaucoup de profs qui se retrouvent avec des comptes-rendus maintenant. J'ai même des demandes ! Parfois j'ai des profs de français qui me demandent : « est ce que vous pouvez m'envoyer le compte-rendu ? Non. Je n'envoie pas les comptes-rendus. » C'est une façon pour elle de se démarquer de l'école : « chacun son boulot » [...] Après c'est vrai qu'on a un but commun c'est que l'enfant aille mieux, et puis, après je pense qu'il faut pas que les profs empiètent sur certaines choses. Après il y a une sorte de flou où tout le monde apporte des mots, des choses comme ça qui restent après très, très difficiles ensuite à vivre pour les parents, et pour le patient et pour l'enfant. Je fais attention. »* Ainsi, elle « cible » ce qu'elle écrit dans ses comptes-rendus de bilan parce qu'il « y a des choses qu'on peut dire, et, parce que ces choses restent écrites. »

1.2. Face aux patients et famille

Selon Dubar, on ne peut parler d'identité professionnelle uniquement lorsque celle-ci est reconnue socialement d'une part par les membres du groupe et d'autre part par le public extérieur, non initié à la profession, appelé profane. Aussi pour se faire reconnaître, les orthophonistes ont besoin d'obtenir la reconnaissance de leur « art » par leurs pairs (médicaux, paramédicaux) tout en recueillant la reconnaissance de leurs compétences par la confiance des patients. Aussi, il est intéressant d'analyser ce concept à travers la pratique du bilan des orthophonistes face aux patients et leurs familles.

L'implication plus marquée des parents au sein de la séance de bilan participe à l'évolution de leur pratique chez certains orthophonistes interrogés. *« j'implique beaucoup les parents, ce que je faisais moins avant. Je les tenais toujours informés mais moins, comme maintenant je les fais toujours assister à une petite partie de quelques séances, pour voir le genre d'approche qu'on fait. »* (Mme Montaillou) Cette interaction qui se joue avec les familles lors d'une première rencontre, le plus souvent, permet de tisser ce lien de confiance appelé « alliance thérapeutique. » Nous pouvons noter ici que la prise en compte des modèles explicatifs de la maladie énoncés dans la partie théorique seraient alors des facteurs qui influenceraient cette alliance thérapeutique, qui à son tour, influencerait l'efficacité de la prise en charge.

En outre, pour Mme Opoul Perillos, *« c'est vraiment important ce côté là relationnel »,* c'est ce qui va permettre la mise en place d'une « guidance parentale », avec « des parents partenaires de la rééducation. Ca ça me paraît bien plus important aujourd'hui que lorsque j'ai été diplômée. » (Mme Montseret)

En mettant en avant le côté relationnel, les orthophonistes investissent le registre « relationnel et affectif » décrit par Aiach, Fassin et Saliba (1998) comme processus thérapeutique entrant en jeu dans la relation médecin-soigné. Cependant, nous pouvons relever ici une sorte de paradoxe au-travers le discours des orthophonistes. En effet, ils se revendiquent issus d'une génération bercée par la « psy » où le relationnel primait sur le

quantitatif, en lien avec leurs formations, mais aussi leurs valeurs et pratiques. Aussi, pourquoi le concept de guidance parentale décrit comme véritable facteur relationnel est-il aujourd'hui plus prégnant que dans leurs débuts professionnels? Qu'est-ce qui justifie pour eux la mobilisation de ces valeurs? Est-ce en réponse au développement des sciences et techniques, du paradigme scientifique dont ils cherchent à se détourner que les orthophonistes cherchent à réinvestir cette inférence? Voient-ils dans cet aspect d'échanges avec les parents un moyen de reconnaissance de leurs compétences par ces derniers? Est-ce l'élaboration d'une stratégie de légitimation?

Pour les orthophonistes, faire assister les parents au bilan favoriserait les échanges et leur implication, car souvent ce sont eux qui *« sont très demandeurs de savoir ce qu'il se passe. »* (Mme Montaillou) Cependant même si Mme Opoul Perillos trouve *« beaucoup d'intérêt à inviter le parent »* au cours du bilan, il se doit de rester en retrait : *« les choses sont claires, il n'intervient pas. »* Pour Mr Quéribus, que les parents assistent ou non au bilan, l'importance est accordée au dialogue : *« De toutes façons je vais prendre un gros moment pour leur expliquer ce que j'ai pu observer et ce que je peux en déduire ; en discuter avec eux parce que bien souvent ils vont dire : « Ah, ben oui effectivement, vous avez raison ! » ou au contraire : « ben non ! On n'a jamais vu ça ! » etc. Tout ça, ça fait partie du bilan aussi, bien sûr ! Et donc, à partir du moment où on a fait un peu le tour de la question, où les parents ont bien compris les tenants et les aboutissants de ce qu'on a pu observer et la façon dont on va procéder, et la proposition de collaboration dans laquelle on va les inclure par rapport à la poursuite de la rééducation, à ce moment-là généralement, il est rare qu'on me demande de rédiger mes conclusions par écrit. »*

Concernant la transmission des comptes-rendus aux parents, on retrouve d'un côté ceux qui ne le faisaient « avant » comme Mme Puivert ou Mme Montaillou qui notent une véritable évolution à ce sujet : *« dans ma pratique ça se faisait pas ; depuis, je trouve que c'est mieux de le donner. Donc voilà, maintenant je le fais. On n'arrête pas d'évoluer hein ! (rires) c'est l'avantages du métier ! »* Même si *« le bilan appartient au patient »* (Mr Peyreperuse) les autres le transmettent aux parents que si ceux-ci le réclament. Mais pour tous, l'intérêt ne se trouve pas dans la transmission écrite mais avant tout dans la restitution orale. C'est ce que nous explique Mme Roquefixade travaillant en CMP : *« Par contre, on fait des restitutions orales ; souvent on fait ça. [...] voilà, ce qui s'est passé pendant le bilan, ce qu'on a observé, des situations, ça se fait plus sous forme orale que sous forme écrite [...] et puis ça peut être le point de départ d'un échange aussi, c'est intéressant de procéder comme ça, moi j'trouve ça plus intéressant que de remettre un papier où on a des choses écrites. Mais s'ils le veulent, on peut leur donner. »*

Ces échanges autour du bilan sont rendus possibles dès lors que les parents y assistent, qu'ils sont mis *« dans le coup »* (Mme Saissac). Cette présence est précieuse pour les orthophonistes qui, par l'observation des interactions entre parents-enfants au cours du bilan, peuvent bénéficier d'informations complémentaires parfois révélatrices *« d'une partie des difficultés éventuelles de l'enfant. »* C'est ce que nous explique Mr Quéribus lorsqu'il nous parle de sa pratique du bilan *« Quand il y a un aspect conflictuel avec des parents qui sont trop prégnants ou trop possesseurs, trop exigeants, trop inquiets d'ailleurs bien souvent, du devenir de leur progéniture, ce sont des éléments qui sont intéressants à prendre en compte ! Si vous voyez pas comment les parents réagissent, il y a un élément qui vous échappe ! »* A l'opposé, Mme Lastours *« prie »* certaines fois les parents de ne pas assister au bilan *« parce que certains enfants ne réagissent pas du tout de la même façon avec leurs parents. C'est notamment vrai pour les petits qui viennent*

pour un retard de langage oral... souvent il y a un problème psychoaffectif aussi. Mais souvent quand les parents sont là, l'interaction se fait, mais différemment. Je préfère les voir seuls pendant un certain temps, et après on fait revenir le parent. Et il voit comment ça évolue. »

Ainsi, ces interactions qui se jouent autour de cette « triangulation » professionnel-patient-famille sont primordiales, souvent sources d'une meilleure « compréhension » autant pour l'orthophoniste que pour le parent, et parfois même vecteurs d'une prise de conscience : *« Bien souvent c'est intéressant aussi pour les parents de s'apercevoir que la montagne qu'ils s'imaginaient accouche d'une souris. Ca, c'est aussi des choses qui peuvent marcher quelques fois [...] c'est souvent l'effet kisscool de la prise en charge orthophonique: on n'a rien fait du tout, à part le bilan, bizarrement ça va déjà mieux ! »* (Mr Quéribus)

Etre à l'écoute des familles, dans une relation d'échange, de soutien, en favorisant les interactions que ce soit avec les parents, la nounou, les grands-parents, etc. sont, pour Mme Opoul Perillos, autant de facteurs de « réussite » qui permettent à ces « acteurs » de mieux comprendre les difficultés de leur enfant, de l'aider à les surmonter sinon à les résoudre.

2. Conserver son identité, prouver sa légitimité

2.1. Le bilan comme moyen de légitimation

Pour les orthophonistes, même s'ils partagent un savoir commun avec d'autres professionnels d'une même sphère, tels que les kinés ou les phoniâtres, c'est leur capacité à mobiliser une inférence, articulant savoir formel et pratique concrète (Abbott, 1998) qui leur confère leur légitimité : *« on n'a absolument pas la même porte d'entrée on va dire, et les mêmes compétences. C'est-à-dire qu'eux abordent la langue d'un point de vue musculaire avec les compétences acquises pendant leur formation. Et que nous, on aborde la langue par rapport à son comportement dans la voix, dans la parole, et le langage. Et qui peut avoir cette compétence là hormis l'orthophoniste ? [...] Et quelque part cette compétence sur l'expression orale ou écrite, c'est quand même la légitimité de l'orthophonie, et là, il n'y a pas d'autres professions qui ont cette formation là. »* (Mme Cabrespine) C'est donc l'association de « savoirs » et de « savoir faire » issus d'une formation et d'une pratique spécifique qui participent à la construction de cette légitimité.

Selon Mr Quéribus, c'est avant tout les résultats « tangibles » et « largement perceptibles » issus de la mobilisation d'inférences qui fait que *« nous ne sommes pas des individus charlatanesques ! »* Il appuie son discours sur l'exemple des rééducations vocales où la légitimité *« c'est tout simplement voir l'intégrité de l'organe vocal restitué au bout d'une série de séances de rééducation. Ce qui est quelque chose de parfaitement concret, de matérialisable par l'examen ORL. [...] Donc là, c'est parfaitement légitime ! »* Ainsi, le fait d'avoir un résultat visible, objectivé par un examen ORL, paradigme scientifique référentiel, prouve l'efficacité de la rééducation orthophonique et renforce ainsi sa légitimité.

« La domination du paradigme scientifique trouve son expression dans les rapports de pouvoir entre groupes et segments professionnels. Dans l'ordre médical actuel, les plus légitimes sont ceux qui se réfèrent le plus directement à ce paradigme » (Aiach, Fassin 1994, p.40)

Certains orthophonistes se représentent clairement l'utilisation du test comme un moyen de créer de la légitimité : « *La légitimité est délicate parce qu'on ne peut pas nous imposer un résultat. Quand un patient voit du résultat, là on est légitime. Avec les tests on peut le montrer concrètement. Et c'est grâce aux tests qu'on va pouvoir prouver avec du chiffre qu'il y a besoin d'orthophonie.* » (Mr Peyreperouse)

Aussi, le test dans la pratique d'évaluation paraît primordial comme moyen de reconnaissance professionnelle et de légitimation mais qui ne doit pas être utilisé aux dépens de la relation à la personne : « *De plus en plus avec nos bilans, avec nos tests, on peut légitimer. Si on a un test de l'Alouette qui dit : tel enfant il a un décalage de 24 mois et puis 2 ans après il a un décalage de 6 mois... vous pouvez légitimer en réalité le fait que vous avez réussi. Là, il y a des moyens ; mais y aura pas que ça, parce qu'on travaille pas avec des boîtes de chaussures. On prend pas des couvercles, et on les met pas dessus. On travaille avec des gens, avec des personnes. Et ça veut dire que constamment le doute est permis.* »

En définitive, tous les orthophonistes s'accordent à dire que le test quantitatif crée de la légitimité, mais s'empressent d'ajouter comme Mme Roquefixade que ce n'est pas suffisant : « *ça peut légitimer une pratique, mais ça suffit pas non plus ! Parce qu'à ce moment là y a pleins d'enfant qui ont un retard à la norme et qui vont pas en orthophonie pour autant et qui vivent très bien quoi ! On va pas envoyer tout le monde en orthophonie !* »

L'arrivée des bilans « quantifiés » a permis de gagner en précision comme le note Madame Montseret lorsqu'elle tente de dater cette évolution : « *quand je disais tout à l'heure on était beaucoup plus dans le quantitatif, je pense qu'on gagné en précisions, mais après faut pas que ça tombe trop là-dedans. Mais c'est vrai qu'au début, c'était un peu une analyse heu...subjective quand même hein ! (silence) Mais je ne saurais pas dire depuis combien de temps...ça fait vingt et quelque années que je travaille...depuis quinze ans à peu près p'tête, des bilans plus...précis.* »

Cette évolution proviendrait d'une « quête » plus accrue de « bilans quantitatifs » derrière laquelle se retrouverait une quête de légitimité, une reconnaissance professionnelle « *je pense que quand même les étalonnages précis, et se rapprocher de l'aspect médical, ça a permis...je sais pas si c'est bien, mais ouais, je pense quand même que ça a donné une certaine assise à notre profession.* » (Mme Montseret) Ainsi, l'apparition de tests normés, étalonnés auraient participé à la construction de l'identité professionnelle.

2.2. Le bilan orthophonique vécu comme réductionniste

Pour Aiach et Fassin « le recours systématique aux examens de laboratoire, l'utilisation d'un appareillage technique sophistiqué ont imposé l'ordre de la « mesure » à celui de l'œil clinique » (1994, p.72). Il s'agit bien de l'effet d'un ajout. Les orthophonistes,

paradoxalement à cette pratique plus scientifique, ont un discours très « humain », et mettent en avant une approche relationnelle. Ferrand, en 1972 avait déjà émis cette crainte « [...] les mesureurs et les métreurs doivent savoir qu' [...] en aucun moment ils n'approchent la réalité du langage pathologique, son essence, son contenu. [...] Que le jeune Orthophoniste prenne garde : en sombrant dans la maladie de la "Q.I...fication" à outrance, il risque de s'éloigner de la réalité et se condamne à l'inefficacité thérapeutique. Le langage, et singulièrement le langage pathologique, ne se mesure pas. » (1972 p.171-172). Aussi, si M.M Martin (1979) soulève les notions de rigueur et de technicité, il insiste sur le parallèle à « une dimension humaine indéniable et primordiale » Et cela apparaît très nettement dans le discours des orthophonistes : Mme Montségur insiste sur le fait que ces derniers doivent rester dans le relationnel, que c'est « dangereux » que cela disparaisse. Que c'est cet aspect là qui fait que l'orthophoniste est sollicité. Aussi, Mr Quéribus dit qu'on en oublie d'observer. Tous les sujets interrogés, lors des entretiens ont insisté sur cet aspect.

Cette façon de s'en défendre si catégoriquement non amène à nous interroger. Pourquoi répondre aux demandes de tiers temps avec des tests précis alors que nulle part ils ne sont imposés ? Les orthophonistes accusent les instances publiques de leur imposer des façons de faire, mais finalement finissent par s'y soumettre.

En définitive, les orthophonistes veulent à la fois suivre le mouvement influé par le processus de rationalisation, et être reconnus, tout en gardant leur côté « humain », leur relationnel, comme base de leur profession, vecteur de leur légitimité. Ils se retrouvent « coincés » entre ces deux volontés, et cela crée un mal-être, un état de crise de la profession. On repère cela dans les entretiens : les orthophonistes ne veulent surtout pas voir leur profession disparaître « sous des chiffres » mais en même temps ils en utilisent beaucoup. Finalement, actuellement, le seul moyen qu'ils ont trouvé pour faire face à cette crise identitaire reste les chiffres relatifs à une norme, que produisent les tests.

Le bilan de tiers temps est un élément important à prendre en compte dans notre analyse. En effet, il s'agit là d'un exemple concret de l'évolution de la pratique orthophonique vers une pratique plus quantitative. Désormais, le qualitatif ne suffit plus aux yeux des instances externes, telle la MDPH. Pour que l'évaluation de l'orthophoniste soit validée dans le cadre de la demande de tiers temps, elle impose implicitement plusieurs tests chiffrés. Nous avons trouvé intéressant de développer ici un exemple bien particulier : celui du test de « l'Alouette » systématiquement évoqué au cours de chacun de nos entretiens.

2.2.1. L'exemple de l'Alouette

Le test de l'Alouette de Lefavrais date de 1967. La passation consiste en une lecture d'un texte sans signification, au sens complexe non sens. Il permet d'évaluer le décodage lexical. L'objectif de l'alouette est de fournir des indications de performances dans une situation de lecture à voix haute d'un texte. Il apporte des éléments sur la vitesse et la correction de la lecture et permet d'élaborer un âge lexique. L'alouette est principalement un outil de dépistage des difficultés en lecture.

L'Alouette est apparue comme un thème récurrent au cours des entretiens avec les orthophonistes. Aussi, la lecture de nos résultats permet de mettre en avant le rejet, par un certain nombre des sujets interrogés, de ce test vu comme « imposé »

Mme Cabrespine, par exemple, ne voit pas l'intérêt d'utiliser ce test « *qui ne teste pas ce qu'il compte tester* », avançant ainsi des arguments de non validité. Elle s'interroge alors sur l'utilité de prendre en compte la vitesse : « *On fait tout pour que la personne se plante. Est ce que c'est pas mieux, si on veut tester les capacités de la voie d'assemblage ou les capacités de déchiffrages de présenter à la limite le test de Marseille. Voila, ou carrément on met des logatomes, et là c'est clair et net, ça n'a pas de sens. On teste vraiment la voie d'assemblage. Bon, après, est ce que lire vite, c'est lire bien ?* » Elle le décrit comme un test « *inepte* » : « *c'est complètement un leurre* »

D'autres avancent un argument de « violence ». Ainsi, Mme Montseret reproche à ce test d'être « *horrible pour les enfants [...], ça les met très mal* » à cause de sa difficulté et des scores obtenus « *je trouve que ça majore quand même presque toujours, on se retrouve avec des vitesses de lecture, très, très, très...bien plus basses que la réalité.* »

L'Alouette est un test qui a ses limites et il est, d'après certains orthophonistes, utilisé trop souvent alors qu'il n'est pas approprié à la tranche d'âge testée : « *voilà un test qui est particulier, parce que tout le monde a sauté sur cette fameuse Alouette, c'est très bien, mais l'Alouette est approprié jusqu'à un certain âge, que je sache. Or, à l'heure actuelle on la met à toutes les sauces.* » En s'appuyant sur l'exemple des adolescents, Mr Quéribus nous fait part de son opinion : « *des grands ados qui ont 17-18 ans bien souvent, parce qu'il y a eu de l'échec scolaire, du redoublement etc., je vois pas en quoi l'Alouette est appropriée à cette tranche d'âge, et pourtant c'est bien ce qu'on fait passer ! Alors c'est plus pour ça aussi que ce genre de test m'emmerde !* » (Mr Quéribus)

Malgré cela les orthophonistes interrogés l'utilisent pour les demandes de tiers temps, car ils s'en sentent contraints et forcés par la MDPH. Ne le sont-ils pas ? « *Je le présente aux enfants en leur expliquant vraiment que c'est un texte abominable, que ça veut rien dire, que c'est pas du tout... que ça me fait pas plaisir de leur montrer ce texte !* » (Mme Montseret) Ils ne voient d'intérêt dans ce test que de pouvoir se justifier auprès de la sécurité sociale. L'Alouette constituerait pour Mme Cabrespine un moyen de chiffrer de façon précise un déficit : « *ces tests, ils sont pour qui ? Ils sont pour justifier la prise en charge auprès de la Sécu ? Et faire semblant d'annoncer des chiffres au niveau de l'Alouette et des machins ?* » D'autres ne l'ont plus utilisé pendant un certain temps, mais l'utilisent de nouveau : « *je me suis mise à utiliser l'Alouette à partir du moment où on m'a demandé des bilans de tiers temps à l'école, avant je l'utilisais JAMAIS ! C'était de toute façon mettre l'enfant en échec ! A quoi bon mettre au pied du mur un enfant, le mettre face à l'échec comme ça, d'emblée, ben voilà t'es nul, c'est nul ! Il repart avec quelle idée de lui ?* » (Mme Opoul Perillos). Ou encore « *parce que ça fait partie des tests qu'on nous demande pour les PAI, qui font partis des bilans officiels* » (Mme Montseret)

Voulant s'affranchir de cette « contrainte », certains orthophonistes témoignent du refus face auquel ils se sont confronté : « *Alors ça, ça m'avait toujours énervé de, de nous voir imposer des épreuves... par esprit de contrariété (rire) et puis heu... Et puis j'ai eu des refus pour certaines demandes de tiers temps.* » (Mme Puivert) Ils l'utilisent donc pour être sûrs de ne pas se faire voir refuser leur dossier de demande de tiers temps, et ainsi

« pénaliser » leur patient. Cependant d'autres continuent de faire passer leurs propres épreuves, revendiquant leur liberté professionnelle: « *je suis libre de faire passer mes épreuves et ça toujours été accepté, toujours.* » (Mme Lastours)

Cet exemple de l'Alouette illustre parfaitement la problématique que soulève ces orthophonistes qui se sentent « prisonniers » en se voyant imposer « implicitement » des outils producteurs de chiffres ; ceci sous peine de ne pas se voir reconnaître et accepter leur demande par l'instance publique. « *On nous fait rentrer dans un carcan pour toutes les demandes de tiers temps à l'école, non seulement on nous demande de faire un bilan mais on nous dit comment le faire ; quelle épreuve il faut passer, parce que sinon ils comprennent rien et ils veulent avoir telle note, tel score et tout ça.* »

Ce discours de Mme Opoul Perillos fait appel au processus de rationalisation, dans un contexte dans lequel la profession a évolué ces dernières années mettant en avant le concept de la médecine de preuves. Pour Weber, le processus de rationalisation se définit comme une généralisation de la démarche scientifique à l'ensemble des activités des sociétés modernes. Les choses ne relèvent plus des croyances, de la tradition, mais de la scientificité, se traduisant, selon lui, par un « désenchantement » du monde. La « magie » fait place au froid calcul et à la prévision.

A travers les discours des orthophonistes, il semble souvent difficile pour eux de pouvoir envisager une pratique qui serait à la fois définie comme quantitative et qualitative, opposant dans leur rhétorique le registre relationnel-affectif au registre cognitif et technique bien que ces deux clivages se retrouvent dans leur pratique.

Cet exemple de l'Alouette laisse clairement paraître une rhétorique en contradiction avec les faits, les actes. L'orthophoniste dit ne pas accorder de valeur à l'Alouette et pourtant il l'utilise alors qu'il est indiqué nulle part explicitement que c'est un impératif pour les demandes de 1/3 temps. (cf. Annexe III.) Nous en venons alors à nous interroger sur les raisons de cette contradiction. .

II. Retour sur notre travail de recherche :

1. Discussion de notre méthode adaptée mais incomplète

Nous avons choisi comme méthode pour notre travail de recherche celle des entretiens correspondant à une des méthodologies retenues par les sciences sociales. Ainsi, la méthode d'entretiens semi dirigés inscrite dans une approche qualitative nous a permis de rencontrer des orthophonistes aux parcours divers et aux pratiques variées. Néanmoins, au regard de notre sujet traitant de l'évolution du test, il aurait pu être intéressant de confronter cette approche à une approche historique basée sur l'étude de documents. En effet, selon De Ketele et Rogiers (2009), il est rare qu'une méthode de recueil d'informations permette à elle seule de répondre à un sujet d'étude. Aussi, analyser nos entretiens à la lumière de sources historiques telles que des revues de type « *Rééducation Orthophonique* » retraçant l'évolution des savoirs et des pratiques sur une certaine période aurait favorisé « un positionnement scientifique plus "juste" par rapport à l'objet d'étude »

Et ceci « notamment parce que la confrontation des résultats issus des [différentes] méthodes peut conduire le chercheur à reconsidérer ses hypothèses et sa question de départ » (Dietrich, Loison et Roupnel, 2010, p.217). Les analyses qualitatives et quantitatives en particulier gagnent à leur mise en regard. Les premières « fournissent les clés d'analyse de certains résultats qui resteraient obscurs sans une bonne connaissance du terrain et de l'expérience vécue des personnes enquêtées » (*ibid*, p.217). De ce fait, confronter ces deux approches autour de la question de l'évolution aurait pu faire naître de nouvelles lignes d'analyses. Le choix de notre population nous a amenées à rencontrer principalement des orthophonistes issus de Lyon et sa région, ceci par contrainte de temps et de moyens.

Interroger des professionnels avec lesquels nous partageons le « même référentiel commun » (Blanchet et Gotman, 1992) de par notre statut d'étudiantes en orthophonie et futures professionnelles, il nous a été parfois difficile de garder une certaine proximité avec une distance minimale. En effet le partage de connaissances et évidences communes a souvent généré de l'implicite dans le discours des orthophonistes n'allant pas toujours au bout de leur pensée, confortés par notre attitude d'empathie.

Concernant la qualité de notre matériau, la relecture des entretiens nous a souvent fait éprouver la frustration inhérente à ce type de recueil de données. Par défaut d'ajustement de notre part, par manque de temps lors de certaines rencontres, le matériau nous semblait parfois lacunaire : tel thème n'avait pas été abordé, tel propos aurait été intéressant à creuser, tel autre aurait dû nous faire rebondir sur telle question, etc... Mais comme Kaufmann invite le jeune chercheur à s'en convaincre, acceptons l'idée qu'« *il est possible de faire une bonne recherche avec du matériau imparfait* »... (Kaufmann, 2007 p. 54)

Les orthophonistes interrogés ont tous empruntés de nous transmettre leurs savoirs, leurs expériences. La plupart approchant de l'âge de la retraite voyait en nous le moyen de faire une auto-analyse de leur pratique (Paugnam, 2008) et de nous faire part en tant qu'orthophonistes expérimentés de leur carrière, ce qui leur semblait intéressant de connaître lorsqu'on arrive dans le métier.

2. Apports personnels

Ce mémoire a été pour nous un véritable travail de recherches multipliant les apports tant sur le plan de l'enrichissement de connaissances d'un point de vue de l'histoire de l'orthophonie et de sa pratique, que sur le plan « humain ». En effet, chaque entretien avec les orthophonistes a été pour nous une véritable rencontre, nouvelle et unique chaque fois, riche d'échanges variés. Ces derniers nous menant toujours plus loin dans nos réflexions et questionnements, élargissant nos regards d'étudiantes face à la découverte de nouvelles pratiques, variétés de formations, points de vues, représentations multiples de cette profession pour laquelle nous nous destinons. Au-delà de notre objet de recherche, mais toujours dans un contexte d'évolution, nous avons eu plaisir à échanger sur l'enjeu actuel qui se joue pour notre profession à travers le débat entre professionnels et politiques pour l'obtention du niveau Master.

La prise de recul sur l'orthophonie dont nous avons dû faire part lors de l'analyse de nos résultats, nous a amené à repenser cette profession au-delà des représentations véhiculées par notre formation.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous sommes en mesure d'apporter des réponses à nos hypothèses.

Premièrement, l'évolution des pratiques du bilan orthophonique dans l'évolution sociale des savoirs, des pratiques et de la culture professionnelle, accorde une place de plus en plus importante à la rigueur scientifique et méthodologique, à la quantification. En effet à travers l'étude du phénomène général de médicalisation de la société, nous avons pu constater comment ce processus avait pu atteindre l'orthophonie à travers la volonté de notre population de toujours se former plus et d'utiliser les tests.

Deuxièmement, on peut affirmer que l'évolution du bilan orthophonique- inscrit dans le processus de rationalisation- et de son compte rendu via la parution du décret de 2002 a participé à la reconnaissance de la profession dans le système de santé, donnant aux orthophonistes les moyens d'asseoir leurs compétences, de délimiter leur territoire et de valoriser leur pratique tant auprès des médecins que des enseignants ou encore des familles. Par cette avancée, ils redessinent leur place au cœur des interactions, reconnus par l'ensemble des acteurs sociaux comme interlocuteurs privilégiés et non comme rivaux, dans la prise en charge des patients. C'est ainsi que par le choix de donner ou non leur compte rendu à certains acteurs, et par la qualité de sa rédaction que le professionnel affirme son choix identitaire et sa façon de cadrer son territoire.

Enfin, nous avons pu constater que la demande officielle des bilans orthophoniques formalisés par les instances externes, est vécue par certains orthophonistes comme une perte de liberté professionnelle, un déni de l'expertise qualitative. Face à cette domination du paradigme scientifique qui atteint la pratique des orthophonistes, ces derniers, par rejet de demande de bilans formalisés, tentent de s'en affranchir. Cependant, ils restent conscients que cette dépendance vis à vis du système de santé participe à la légitimation de la profession. Donc au-delà de cette confirmation d'hypothèse, nous avons pu remarquer à quel point le positionnement des orthophonistes étaient ambivalent quant à cette évolution quantitative.

Suite à ce travail de recherche, d'autres questionnements ont surgi. Plus que de nouvelles problématiques, nous soulevons l'intérêt qu'il y aurait à reconsidérer notre réflexion sous d'autres angles. Par rapport au glissement du qualitatif vers le quantitatif, qu'en pense les nouvelles générations ? Y a t-il réellement une rupture entre deux pratiques entre les générations ? Comment la nouvelle génération s'est elle accommodée de cette culture du chiffre ? N'existe t- il pas un consensus possible ? Aussi, que disent les textes historiques ?

C'est ainsi qu'envisager notre recherche à travers les sciences sociales a été enrichissant. Seule cette discipline pouvait nous permettre de déconstruire notre objet d'étude qui nous était proche de façon à pouvoir de manière fine et objective en observer les mécanismes.

REFERENCES

Abbott, A. (1988). *The system of the professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago : University of Chicago Press.

Aïach, P. (1998). Les voies de la médicalisation. Dans Aïach, P. et Delanoë, D. (dir.), *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas* (p.15-36). Paris: Anthropos.

Adam, P. et Herzlich, C. (1994) *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan.

ANAES. (2002). L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. ANAES – Mai 2001. Service des Recommandations et Références professionnelles. *Rééducation Orthophonique*, 209.

Beech, J.R. et Harding, L. (1994). *Tests, mode d'emploi. Guide de psychométrie*. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Traduit de l'anglais sous la direction de J.P. Rolland et J.L. Mogenet.

Bertaux, D. (1997). *L'enquête et ses méthodes*. Paris : Nathan.

Bertaux, D. (2001). *Les récits de vie*. Paris. : Nathan.

Blanchet, A. (1985). *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris : Dunod.

Blanchet, A. et Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes: L'entretien*. Paris: Nathan.

Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E. et Masy, V. (2004) *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho-Edition.

Castel, P. et Merle, I. (2002). Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du Travail*, 44, p. 337-355.

Conrad, P. & Schneider, J. (1980). *Deviance and Medicalization : from badness to sickness*. Expanded Edition.

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, p. 209-232.

Demazière, D. & Dubar, C. (1997) *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*. Paris : Nathan

Dubar, C. (2000, 2002). *La socialisation*. Paris : Armand Colin.

Dubar, C. et Tripier, P. (1998). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin.

-
- Fassin, D. (1998). Avant-propos : Les politiques de la médicalisation. Dans Aïach, P. et Delanoë, D. (dir.), *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas* (p.1-13). Paris : Anthropos.
- Faure, O. (1998). La médicalisation vue par les historiens. Dans Aïach, P. et Delanoë, D. (dir.), *L'ère de la médicalisation* (p.53-58). Paris, Anthropos.
- Ferrand, P. (1996). Un bilan du Bilan ? *Entretiens d'Orthophonie*, 137-141.
- Ferrand, P. (2000). Le bilan orthophonique en 3D. *Entretiens d'Orthophonie*, 119-122.
- Freidson, E. (1999). Professionalism and institutional ethics, In : Baker R., Caplan A., Emmanuel L., & Latham S., (Eds.) *The American medical ethics revolution*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, pp. 124-143.
- Grawitz, M. (1993). *Méthodes des Sciences Sociales*. Paris : Dalloz.
- Heral, O. (1988d). Psychologie cognitive et Orthophonie. *Glossa*, 8, 3.
- Kaufmann, J.C. (2004). *L'entretien compréhensif*. Paris: Armand Colin.
- Kheller, J. (2000). *L'évaluation en santé publique*. Cours DUERFO Institut d'orthophonie Lille.
- Kremer, JM. et Lederlé, E. (1991), *Que sais-je*, Paris : PUF.
- Laplantine, F (1984) Jalons pour une anthropologie des systèmes de représentations de la maladie et de la guérison dans les sociétés occidentales contemporaines. *Histoire, économie et société*, volume 3, n° 3-4, p. 641-650
- Laurencelle, L. (1998). *Théorie et techniques de la mesure instrumentale*. Québec : Presses de l'Université.
- Le Breton, D. (1998). Réflexions sur la médicalisation de la douleur. Dans Aïach, P. et Delanoë, D. (dir.), *L'ère de la médicalisation* (p. 159-174). Paris, Anthropos.
- Marks, H. (1999). *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Paris, Institut Synthélabo.
- Martin, M.-M. (1980). Observation et essai de quantification des troubles de l'aphasique. *Rééducation Orthophonique*, 113, 233-243.
- Mayer, N. (1995). L'entretien selon Pierre Bourdieu. Analyse critique de "la misère du monde". *Revue française de sociologie*, XXXVI, 355-370.
- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue Française de Sociologie*, volume 16, n° 16-2, p.229-247.
- Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Que sais-je ? Paris : PUF.
-

Paradeise, C. (2008). Autonomie et régulation : retour sur deux notions-clés. *Droit et société*, 48, p.289-296.

Perdrix, R. (2007a). Élaborer des frontières interprofessionnelles: un enjeu de légitimité. Dans L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession* (p. 149-160). Rennes : ENSP.

Perrenoud, Ph. (1989). Dans Bulletin de l'Association des enseignants et chercheurs en éducation, Paris, novembre 1989, n° 6, p. 19-31.

Piérat, B. (dir.), (2005) Le langage de l'enfant : comment l'évaluer ? Bruxelles : de Boeck Université

Pillon, T. et Vatin, F. (2003). Traité de sociologie du travail. Toulouse : Octares Editions.

Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (1995). Manuel de recherches en sciences sociales, Paris : Dunod.

Rondal, J.A. (2007). *Orthophonie contemporaine*. Isbergues : Ortho-Edition.

Rondal, J.A. (2003a). *L'évaluation du langage*. Liège : Mardaga.

Rousseau, T. (1997). Éditorial. *Glossa*, 59, 3.

Sackett, D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., & Richardson WS. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312:71-72.

Saliba, J. (1994). Les paradigmes des professions de santé. Dans Aïach, P. et Fassin, D. (dir.), *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p.43-85). Paris : Anthropos.

Setbon, M. (2000). La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective? *Sociologie du travail*, 42, p.51-68.

Sfez, L. (1995). La santé parfaite. Naissance d'une utopie. Paris, Seuil.

Simmel, G. (1981). *Sociologie et épistémologie*, Paris : PUF.

Vatin, F. (2009). Evaluer et Valoriser : une sociologie économique de la mesure. Presses universitaires du Mirail.

Zeller, A.M. (1980). Introduction à la critique du bilan orthophonique. Historique et prospective. *Rééducation Orthophonique*, 118, 99-105.

Weller, J. M. (1994) Le mensonge d'Ernest Cigare. Problèmes épistémologiques et méthodologiques à propos de l'identité, *Sociologie du travail*,

Winkin, Y. (1981). La nouvelle communication, Paris : Editions du Seuil.

Mémoires/Thèses

Momot, F. (2008). *Formation continue et construction de l'identité professionnelle orthophonique*. Mémoire d'orthophonie, Université Claude Bernard, Lyon

Robelet, M. (2003). *Les figures de la qualité des soins – Rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*. Aix-Marseille II.

Savard, G. (2003). *Enjeux et Limites de la médecine factuelle (Evidence Based Medicine)*, Mémoire en éthique médicale et biologique. Paris : Université René Descartes

Sautier, M. (2011). *La Recherche en orthophonie: Histoire, discours, enjeux*. Mémoire d'orthophonie (en cours), Université Claude Bernard, Lyon.

Site web :

CPLLOL (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne) Congrès 2000, Paris : Le langage oral : qualité et efficacité en orthophonie. N° 7 le bilan orthophonique : modélisation. Introduction par P. Ferrand.

GLOSSAIRE

Balint : Ces groupes sont dits "Balint", en référence aux groupes animés par le célèbre psychiatre anglais Michael Balint qui eut l'idée de réunir des médecins, afin de leur faire prendre conscience de toute la dimension psychologique qu'impliquait leur pratique professionnelle. Aujourd'hui, les groupes Balint se sont étendus à d'autres champs professionnels que la médecine et certains fonctionnent avec des orthophonistes.

CMP : Centre médico-psychologique : rattaché à un centre hospitalier, il fonctionne sous forme d'un service hospitalier, d'un hôpital de jour ou d'une consultation hospitalière ou en dispensaire d'hygiène mentale, avec une équipe de psychiatres, infirmiers psychiatriques, psychologues, assistants sociaux, auxquels peuvent s'adjoindre un orthophoniste, un psychomotricien, un éducateur spécialisé. Il assure la prévention, le diagnostic, et la prise en charge des enfants jusqu'à 16 ans environ présentant des difficultés affectives, psychologiques ou familiales.

DNP, Dynamique Naturelle de la Parole : méthode qui cherche à développer le langage et la communication selon une approche pluri-sensorielle (kinesthésique, auditive, visuelle) en s'appuyant sur la méthode verbo-tonale, qui propose d'agrandir au corps entier les micro-mouvements réalisés en bouche pour faciliter les mouvements et le placement des organes phonateurs, la production de phonèmes, la projection vocale, le rythme...

Étalonnage : échelle établie sur un échantillon aussi représentatif que possible d'une population définie et homogène, à laquelle on rapporte les notes obtenues par un individu. Tous les tests sont étalonnés.

Ecart-type : indice statistique relatif à la dispersion des résultats à une épreuve ou à un test, autour de la valeur centrale ou moyenne. Cet indice permet dans la plupart des tests orthophoniques dans une référence à la norme statistique de déterminer le seuil de la pathologie.

FNO : Fédération Nationale des Orthophonistes : principal syndicat, la FNO est la seule organisation reconnue représentative de la profession. La FNO est composée d'associations, notamment pour la formation continue, la recherche (UNADREO : Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'évaluation en Orthophonie), la diffusion des recherches (Rééducation Orthophonique, GLOSSA) , d'une association humanitaire, d'une société d'éditions de matériel d'évaluation et de rééducations (Ortho Éditions). Voir le site www.orthophonistes.fr

FOF, Fédération des Orthophonistes de France : tel que défini sur le site www.fof.asso.fr, la FOF est le syndicat professionnel des orthophonistes qui « fondent leur pratique sur la prise en compte du langage, de la langue et de la parole dans toutes leurs dimensions : organisateurs du psychisme mais aussi passages obligés pour la socialisation, moyens d'expression et d'échange, supports de transmission, médiations pour les apprentissages, sources de créativité, voies d'accès à la culture dont ils sont aussi les vecteurs. »

MDPH, Maison départementale de la personne handicapée : créée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la MDPH a pour mission l'information, le conseil et l'orientation des personnes handicapées et de leur entourage. Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de la personne handicapée et propose un Plan personnalisé de compensation (PPC), qui inclut pour les enfants un Projet personnalisé de scolarisation de l'élève handicapé (PPS), couvrant les besoins en aides techniques et humaines (type tiers temps, Auxiliaire de vie scolaire...)

PAI : Projet d'Accueil Individualisé. Contrairement au PPS ou PPC, c'est un dispositif interne à l'Etablissement. Il concerne les élèves atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période sans reconnaissance du handicap : pathologies chroniques, allergies, intolérance alimentaire, trouble spécifique du langage (dyslexie, dysphasie, dyscalculie, dyspraxie, dysorthographe, etc.) Il permet entre autres l'aménagement de la scolarité ou encore la possibilité de traitement médical au sein de l'établissement.

PNL, Programmation Neuro-Linguistique : née de l'observation des comportements, la PNL propose une approche pragmatique de la communication, résidant essentiellement dans un processus de modélisation de ce qui fonctionne pour le reproduire, et à améliorer l'efficacité des capacités communicatives du sujet et la communication entre individus.

François Le Huche : ex enseignant en orthophonie à Paris VI, ex chargé de consultation à l'Institut Arthur Vernes, ORL de formation il a exercé la phoniatrie. Il a participé à la création de l'Association Parole-Bégaïement qu'il a présidée jusqu'en 1998 ; il est aujourd'hui à la retraite mais continue d'animer des séminaires concernant le traitement rééducatif des troubles vocaux et des bégaïements.

Feldenkrais : méthode qui s'appuie sur les mouvements du corps et dont l'objectif est d'explorer les chemins par lesquels le mouvement circule à travers les différentes parties du corps et de clarifier leur orientation dans l'espace au cours du mouvement exécuté.

GEPALM, Groupe d'Etude sur la Psychopathologie des Activités Mathématiques : organisation qui propose des formations sur l'étude du développement des structures logico-mathématiques et cognitives, destinées aux praticiens prenant en charge des sujets présentant des troubles de la compréhension, du raisonnement et du calcul.

Gestion Mentale : La Gestion Mentale consiste en l'exploration, la description et l'étude des processus de la pensée consciente lors d'une prise d'information, de son traitement et de sa restitution.

GERIP : spécialiste des solutions numériques dans le domaine de la remédiation cognitive et linguistique, de la stimulation cérébrale, de l'illettrisme et de l'orthophonie.

VOCALAB: logiciel de visualisation spectrale en temps réel des paramètres de la voix chantée, parlée et de la parole. Il permet aux patients un contrôle interactif de leur émission sonore.

Speech Viewer : logiciel de rééducation des troubles de la voix et de la parole.

ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien

Question inaugurale : *Selon vous qu'est ce qui le plus changé (en orthophonie) depuis que vous avez commencé à exercer ?*

Thèmes généraux	Opérateurs	Questions
Formation	- Choix du métier : quand ? comment ? pourquoi ? - Représentation et attentes : métier + début études - Vécu des études : satisfaction ? attentes ? étonnement	A quel moment vous est venue l'idée de devenir orthophoniste ? Avec quelles autres formations avez vous hésité ? Quelle idée aviez-vous de l'orthophonie à ce moment là ? En quelle année avez-vous été formé ? Dans quelle école ? Avez-vous été satisfait(e) de votre formation ? Répondait-elle à vos attentes ?
Parcours professionnel	- Perspective post diplôme : orientation - Spécificités de la pratique : choix - Interruption de carrière	Depuis quand exercez-vous ? Après votre diplôme avez-vous travaillé directement ? Si oui, en libéral, institution ou autre ? Quelles pathologies preniez-vous en charge ? Avez-vous fait des formations dans des domaines particuliers ? Avez –vous interrompu votre pratique depuis le début de votre carrière orthophonique..
Représentations de la profession.	- Evolution de la pratique	Avez-vous remarqué une évolution de l'orthophonie depuis le début de votre pratique ?
Hypothèse d'une évolution des savoirs, sciences, techniques et des modes de pensée de la société.		Qu'est ce qui a changé entre le début et la fin de votre carrière ? Assistez-vous aux formations ? Pourquoi ? Quels outils utilisez-vous dans votre pratique ?
Hypothèse d'une évolution du test.	- Etat des lieux :	Quels tests utilisez-vous dans votre pratique ? Pour quels

	- Achat vs photocopies - Représentations, avis, opinions sur les tests - Situations limites : quand pas de tests : pourquoi ?	domaines ? Avez-vous beaucoup de tests ? en avez-vous acheté beaucoup ? Faites-vous des échanges de tests avec des collègues ? Avez-vous un budget test ? Depuis le début de votre exercice utilisez-vous plus ou moins de tests ? Pourquoi ? Si oui, Pourquoi pensez-vous que l'on en utilise plus maintenant ? Est-ce que dans certaines situations d'évaluations vous n'utilisez pas de tests ? si oui, pourquoi ?
Représentation de la légitimité :	- vis-à-vis des patients/famille - vis-à-vis des autres professionnels - vis-à-vis des orthophonistes	Vous sentez-vous plus « crédible » en utilisant les tests ? Comment sont perçus les tests par les parents Comment sont perçus les tests par les enseignants et les médecins ? Trouvez que ce soit bien que les orthophonistes utilisent les tests ? Qu'est ce qui crée pour vous de la légitimité en orthophonie aujourd'hui ?
Bilans :	Temps consacré Evolution de l'importance du bilan Compte rendu : qui ? famille ? Cas limites 1/3 temps ?	Combien de temps consacrez-vous en moyenne à la réalisation d'un bilan ? Transmettez-vous les CR ? A qui ? Comment abordez-vous la ? du 1/3 temps ?

Annexe II : ANAES Recommandations professionnelles en orthophonie.

Extrait du site : <http://www.anaes.fr> ou <http://www.sante.fr>

La médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées et le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient constamment les stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades. Dès lors, il est très difficile pour chaque professionnel de santé d'assimiler toutes les informations nouvelles apportées par la littérature scientifique, d'en faire la synthèse critique et de l'incorporer dans sa pratique quotidienne.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), qui a succédé à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), a notamment pour mission de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, en particulier en élaborant des Recommandations Professionnelles. Les Recommandations Professionnelles sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé. Les Recommandations Professionnelles contenues dans ce document ont été élaborées par un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé, selon une méthodologie explicite, publiée par l'ANAES dans le document intitulé : « Les Recommandations pour la Pratique Clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 ». Le développement des Recommandations Professionnelles et leur mise en application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. Loin d'avoir une démarche normative, l'ANAES souhaite, par cette démarche, répondre aux préoccupations de tout professionnel de santé soucieux de fonder ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possibles.

Professeur Yves MATILLON
Directeur général de l'ANAES

Annexe III : Procédure de demande de tiers temps (Académie de Lyon)



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Lyon, le 21 octobre 2010

Le Recteur de l'Académie de LYON

à

Mesdames et Messieurs
les chefs d'établissement

Objet : ORGANISATION DES EXAMENS POUR LES CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP

Réf. : Loi n°2005-102 du 11 février 2005
Articles D.351-27 à D.351-32 du Code de l'Éducation

Des aménagements rendus nécessaires par leur situation peuvent être accordés aux candidats en situation de handicap.

Je rappelle à cet égard que sont concernés les seuls candidats qui présentent au moment des épreuves un **handicap**. L'article L.114 du code de l'action sociale et des familles précise qu'il s'agit de « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant* ».

REMARQUE :

➤ Les candidats présentant une **limitation temporaire d'activité** (circulaire n°2007-0028 du 26/01/07) ne relèvent pas des dispositions de la présente circulaire. Toutefois, afin que ces candidats puissent composer dans des conditions satisfaisantes, la demande d'aménagement (en annexe B du document) devra être adressée **directement** à l'inspection académique ou au rectorat (selon l'examen). Cette demande devra être accompagnée d'une attestation médicale qui établit avec précision la nature et l'importance de la limitation d'activité, cf. **annexes A et B**

➤ Les demandes de dispense pour les **épreuves d'éducation physique et sportive (EPS)** n'entrent pas dans le champ d'application de la présente circulaire. Une procédure particulière existe (demande à formuler auprès du professeur d'EPS de l'établissement).

S'agissant des candidats en situation de handicap, les aménagements peuvent être de deux ordres :

- **des conditions particulières de déroulement des épreuves** (temps de composition majoré, accès aux locaux, installation matérielle, utilisation de machine, secrétariat, etc.),
- **un déroulement particulier de l'examen** selon les possibilités offertes par le règlement particulier de celui-ci (étalement des épreuves sur une ou plusieurs sessions, conservation de notes pendant cinq ans, dispense d'unités, d'une épreuve ou d'une partie de celle-ci).

I. PROCÉDURE

I. 1. Etapes de la constitution du dossier

⇒ Le candidat remplira une demande écrite d'aménagement(s) pour un examen et une session (**document n°1**). **En cas de troubles du langage, devra être joint soit un résumé du suivi orthophonique, soit un bilan orthophonique détaillé** de moins de 2 ans (à la date de la demande) indiquant en particulier les antécédents de retard du langage, la durée du suivi orthophonique, l'âge lexique, la vitesse de lecture et l'épreuve d'orthographe (chrono dictée).

⇒ Le chef d'établissement, en liaison avec le professeur principal, précisera les mesures particulières qui ont été ou seront retenues au cours de l'année scolaire en cours (**document n°2**).

⇒ Ces deux documents seront transmis au médecin de l'Education nationale de l'établissement fréquenté (à défaut le médecin traitant) par le chef d'établissement ou par le candidat lui-même en l'absence de médecin de l'Education nationale dans l'établissement. Le médecin établira ensuite un certificat médical descriptif et indiquera les aménagements susceptibles d'être envisagés (**document n°3**).

⇒ Le dossier, composé des documents n°1, n°2 et n°3, sera transmis à un médecin désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), le document n°3 devant être adressé sous pli confidentiel.

Je vous précise que les médecins compétents seront ceux désignés par la CDAPH du département dans lequel les candidats sont scolarisés :

- Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de l'Ain, Examens – candidats en situation de handicap, 10 rue Pavé d'Amour, BP 415, 01012 Bourg-en-Bresse cedex.
- Maison départementale des personnes handicapées de la Loire, Examens – candidats en situation de handicap, 11 rue René Cassin, 42000 Saint-Etienne.
- Maison départementale des personnes handicapées du Rhône, Examens – candidats en situation de handicap, 23 rue de la Part-Dieu, 69003 Lyon.

⇒ En outre, pour assurer le suivi des dossiers, je vous demande d'adresser au service académique concerné, **par bordereau**, une copie du formulaire établissement (document 2) ainsi qu'une copie de la demande du candidat (document 1) pour tous les élèves qui ont présenté une demande d'aménagement.

⇒ le médecin désigné formulera une **proposition** contenant les conditions particulières de déroulement des épreuves et/ou un déroulement particulier de l'examen (**document n°4**). La proposition sera adressée à l'autorité académique en charge de l'examen ainsi que, **pour information**, au candidat ou à sa famille.

⇒ L'autorité académique décidera des aménagements accordés et notifiera la **décision** au candidat, au chef d'établissement et au chef de centre.

I. 2. Cas des candidats au baccalauréat ayant bénéficié de mesures particulières lors d'un examen passé lors de la session précédente :

Les candidats aux épreuves anticipées de l'année 2010 ayant bénéficié d'aménagements d'examen au titre de leur handicap, peuvent bénéficier de la reconduction automatique desdits aménagements pour les épreuves terminales du baccalauréat de la session 2011. Dans ce cas, leur dossier (documents 1, 2 et 3 ainsi que la notification de décision de la session précédente) devra être envoyé **directement** au service du Rectorat compétent :

Division des examens et concours, bureau dec 4-5-csh,
94, rue Hénou, B.P. 64571,
69244 Lyon cedex 04.

Il en va de même des candidats inscrits en terminale et redoublants de la précédente session.

Dans chacun des cas, les candidats ou leur famille pourront néanmoins déposer un nouveau dossier au titre de la session 2011 s'ils souhaitent obtenir d'autres aménagements que ceux obtenus lors de la précédente session. Les procédures et délais seront les mêmes que pour les candidats précédemment évoqués (cf. paragraphe I.1.).

II- DÉLAIS

- Etablissement des demandes par les candidats (document n°1) :

Les demandes devront être formulées au moment de l'inscription à l'examen, et au plus tard à la date de fermeture des registres d'inscription.

Le respect de cette date est impératif afin de permettre la meilleure organisation possible pour les candidats qui bénéficient d'aménagements.

- Date limite d'envoi des dossiers par les établissements au médecin désigné par la CDAPH (documents n°1, n°2 et n°3) :

Un mois à compter de la date de fermeture du registre d'inscription.

Je vous remercie par avance de votre collaboration.

Pour le Recteur et par délégation,
le chef de la division des examens et des concours



Alain PETIT

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1. Université Claude Bernard Lyon1	2
1.1 Secteur Santé :	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :	2
2. 2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE	8
I. LA SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS	9
1. Evolution du concept de profession en sociologie	9
2. Constitution d'une identité	10
2.1. L'identité professionnelle : entre biographique et structurel	10
2.2. Les représentations sociales du soin comme processus identitaire.	11
2.3. Recherche de légitimité et compromis identitaire	11
II. LA LEGITIMITE SCIENTIFIQUE : MESURE DE LA SANTE.....	12
1. Le processus de médicalisation	12
2. La rationalisation du système de santé : preuve et rentabilité.....	13
2.1. Evidence Based Medecine.....	13
2.2. Nécessités comptables.....	14
3. L'outil d'évaluation : une question de mesure.....	15
3.1. Mesurer pour évaluer	15
3.2. Une approche psychométrique.....	16
3.3. La scientificité et la mesure : des pivots de la stratégie de légitimation des orthophonistes	17
3.4. L'évaluation en orthophonie : le bilan comme support de scientificité et de légitimité	18
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	20
I. PROBLEMATIQUE	21
II. HYPOTHESES.....	21
PARTIE EXPERIMENTALE	22
I. PRINCIPES ET REFERENTS THEORIQUES	23
1. Un courant sociologique : l'interactionnisme	23
2. Une approche : la méthode qualitative	24
3. L'entretien comme recueil de données	24
3.1. L'intérêt de l'entretien.....	25
3.2. L'entretien semi-directif.....	26
3.3. Les critères de validité de l'enquête	27
II. LA PRATIQUE DE L'ENTRETIEN : DES ACTEURS CHOISIS	28
1. Population	28
1.1. Prise de contact.....	29
1.2. Guide d'entretien	30
2. La conduite de l'entretien.....	31
2.1. Attitudes de l'interviewer : l'art de faire parler (fait de parole).....	31
2.2. Un cadre pour favoriser la communication	32
2.3. La distanciation.....	32
3. Limites d'une méthode	32
III. L'ANALYSE DES RESULTATS	33
1. Le choix de l'analyse de contenu	33
2. Méthode d'analyse des données : l'analyse thématique.....	34
PRESENTATION DES RESULTATS	35

I.	EVOLUTION D'UNE PROFESSION DANS L'EVOLUTION D'UNE SOCIETE	36
1.	<i>Evolution des savoirs</i>	36
1.1.	Evolution de la formation initiale.....	36
1.2.	Découverte de nouvelles théories.....	36
1.3.	Redéfinition des pathologies : l'exemple de la dyslexie	37
2.	<i>Evolution de la pratique</i>	38
2.1.	« L'ère de la médicalisation » : arrivée de nouvelles méthodes et techniques	38
2.2.	« La mesure à tout prix » : des outils plus précis.....	40
2.3.	Se former : une nécessité.....	42
2.4.	Evolution des représentations de la maladie	42
II	EVOLUTION DE LA CULTURE PROFESSIONNELLE.....	43
1.	<i>Avant : le qualitatif</i>	43
2.	<i>Aujourd'hui : la culture du chiffre</i>	44
	DISCUSSION DES RESULTATS	46
I.	LE BILAN ORTHOPHONIQUE DANS LES RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES : UN OUTIL DE DEFENSE DU TERRITOIRE ET DE LEGITIMITE.....	47
1.	<i>Identité pour soi/ identité pour autrui</i>	47
1.1.	Face aux professionnels.....	48
1.1.1.	Les neuropsychologues	48
1.1.2.	Les médecins	49
1.1.3.	Les enseignants.....	50
1.2.	Face aux patients et famille	52
2.	<i>Conserver son identité, prouver sa légitimité</i>	54
2.1.	Le bilan comme moyen de légitimation.....	54
2.2.	Le bilan orthophonique vécu comme réductionniste	55
2.2.1.	L'exemple de l'Alouette.....	56
II.	RETOUR SUR NOTRE TRAVAIL DE RECHERCHE :	58
1.	<i>Discussion de notre méthode adaptée mais incomplète</i>	58
2.	<i>Apports personnels</i>	59
	CONCLUSION	61
	REFERENCES.....	62
	GLOSSAIRE	66
	ANNEXES.....	68
	ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN.....	69
	ANNEXE II : ANAËS RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES EN ORTHOPHONIE	71
	ANNEXE III : PROCEDURE DE DEMANDE DE TIERS TEMPS (ACADEMIE DE LYON)	72
	TABLE DES MATIERES.....	75

Sékolène Auzias
Amélie Le Garsmeur

L'EVOLUTION SOCIALE DU ROLE DU TEST DANS LA PRATIQUE ORTHOPHONIQUE

75 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2012

RESUME

Ce travail de recherches en Sciences Sociales propose une étude sur l'évolution du bilan au sein de la pratique orthophonique. Cette profession au carrefour de nombreux domaines voit s'élargir son champ de compétences entre les années 1980 à 2000. L'émergence des tests est le reflet d'une transformation globale de notre société dans un phénomène progressif de « rationalisation ». Notre recherche a pour intérêt de s'interroger sur l'évolution du rôle social du test dans la pratique orthophonique. Grâce aux concepts de la sociologie des professions et de la sociologie de la santé, nous analysons les entretiens effectués auprès de quatorze orthophonistes. Nous montrons que l'usage du test en orthophonie est stratégique dans la définition d'un territoire professionnel toujours en évolution. Face à la domination du paradigme scientifique qui atteint la pratique des orthophonistes, ces derniers, par rejet de demande de bilans formalisés, tentent de s'en affranchir. Cependant, ils restent conscients que cette dépendance vis à vis du système de santé participe à la légitimation de la profession.

MOTS-CLES

Test, Bilan, Evolution, Légitimité, Identité, Territoire, Pratique, Rationalisation

MEMBRES DU JURY

LECLERC Caroline - TAIN Laurence- TOPOUZKHANIAN Sylvia

MAITRE DE MEMOIRE

Renaud Perdrix

DATE DE SOUTENANCE

28 Juin 2012



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

Par

AUZIAS Ségolène
LE GARSMEUR Amélie

*L'évolution du rôle social du test dans la pratique
orthophonique*

Maître de Mémoire

PERDRIX Renaud

Membres du Jury

LECLERC Caroline

TAIN Laurence

TOPOUZKHANIAN Sylvia

Date de Soutenance

JUIN 2012

ARTICLE DE SYNTHESE

TABLE DES MATIERES

ARTICLE DE SYNTHESE.....	2
Table des Matières	3
Résumé	4
Mots-Clés	4
Abstract	4
Keywords.....	4
Introduction.....	5
Matériel et Méthode	8
Résultats	10
Discussion	12
Conclusion.....	14
Bibliographie.....	15
Annexe I : Grille d'entretien	Erreur ! Signet non défini.

RESUME

Ce travail de recherches en Sciences Sociales propose une étude sur l'évolution du bilan au sein de la pratique orthophonique. Cette profession au carrefour de nombreux domaines voit s'élargir son champ de compétences entre les années 1980 à 2000. L'émergence des tests est le reflet d'une transformation globale de notre société dans un phénomène progressif de « rationalisation ». Notre recherche a pour intérêt de s'interroger sur l'évolution du rôle social du test dans la pratique orthophonique. Grâce aux concepts de la sociologie des professions et de la sociologie de la santé, nous analysons les entretiens effectués auprès de quatorze orthophonistes. Nous montrons que l'usage du test en orthophonie est stratégique dans la définition d'un territoire professionnel toujours en évolution. Face à la domination du paradigme scientifique qui atteint la pratique des orthophonistes, ces derniers, par rejet de demande de bilans formalisés, tentent de s'en affranchir. Cependant, ils restent conscients que cette dépendance vis à vis du système de santé participe à la légitimation de la profession.

MOTS-CLES

Test, Bilan, Evolution, Légitimité, Identité, Territoire, Pratique, Rationalisation.

ABSTRACT

This research in Social Sciences offers a study about the evolution of the investigation in speech therapy practice. This profession at the crossword of many areas seems to widen its field of competence between the years 1980 to 2000. The emergence of tests is a reflection of a global transformation of our society in a gradual process of "rationalization". Our research is interest in examine the changing of the social role of the test in speech-language practice. Thanks to the concepts of the sociology of professions and the sociology of health, we analyze the interviews conducted with fourteen pathologists. We show that the use of the test speech is strategic in the definition of a professional territory that still evolving. Faced with the domination of the Scientific's paradigm which reaches the practice of speech by rejecting the request for the formal investigation trying to break free. However, they remain aware that this dependence on the health system contributes to the legitimization of the profession.

KEYWORDS

Test, Investigation, Evolution, Legitimacy, Identity, Territory, Practice, Rationalization.

INTRODUCTION

Ce travail de recherche trouve son origine dans une réflexion autour du test. Durant la 2^{ème} année de formation d'orthophonie à l'école de Lyon, les élèves bénéficient de nombreuses heures de cours sur le bilan et l'évaluation. Ces cours ont pour but d'enseigner aux futurs orthophonistes l'intérêt, la passation, et la cotation du test afin de pouvoir effectuer des bilans complets. Durant ces enseignements nous nous sommes interrogées sur l'utilité de ces tests. Le peu de stage que nous avons pu effectuer jusqu'alors ne nous avait pas permis de nous rendre compte de l'importance du test en orthophonie. Aussi l'image collective ne comprend pas cette notion d'évaluation. Nous avons alors le souhait que ce questionnement puisse être l'objet de notre mémoire. Seulement cette réflexion ne peut se situer dans une matière ou un domaine parmi les matières enseignées dans notre formation. Il s'agit d'un questionnement transversal autant dans le temps, que dans l'ensemble des champs existants autour et au sein même de l'orthophonie. En 3^{ème} année, l'équipe de sciences sociales de Lyon 1 propose de rencontrer tous les étudiants afin de pouvoir discuter de sujets de mémoire qui pourraient être traités en sociologie. La sociologie nous a semblé être une approche pertinente.

I. La sociologie

Nous avons ainsi souhaité inscrire notre étude dans un champ de recherche sociologique. Notre approche est dès lors inévitablement marquée par l'histoire de la sociologie, et plus particulièrement par la sociologie des professions. De nombreux auteurs, tels que Dubar, Tripier, ou encore Champy ont porté leurs travaux sur cette discipline, s'intéressant à la manière dont les groupes professionnels émergent en tant que groupes se font connaître par les Etats, leurs usagers, clients, ou partenaires et par les groupes professionnels voisins avec lesquels ils sont amenés à se coordonner.

1.1. La sociologie des professions

Deux approches permettent de définir ce qu'est, sociologiquement, une profession.

Le premier courant, le fonctionnalisme, perçoit le développement des professions comme une fonction de cohésion sociale et morale face à l'évolution de l'économie de marché.

Le deuxième, l'interactionnisme est celui que nous avons retenu pour notre étude. Une fois l'objectivité du statut professionnel posée, il s'attache plus particulièrement à interroger la subjectivation et la particularisation chez ses acteurs et dans les contextes des réalités d'exercice. Il s'agit alors de rompre avec les rhétoriques normatives et les stéréotypes professionnels pour découvrir la réalité des processus subjectivement significatifs et des dynamiques d'interactions avec les autres, entre les différentes professions, mais aussi à l'intérieur de chacune d'elle.

1.2. L'identité

Nous avons donc à travers nos lectures de différents auteurs interactionnistes repéré et intégré des notions et concepts qui nous permettraient d'étudier notre sujet.

Le thème de l'identité nous a paru important. Pour Dubar, l'identité se définit comme « le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions » (Dubar, 2000, p109). L'identité professionnelle se trouve entre une problématique biographique et structurelle. Il s'agit alors de construire son identité par rapport à soi, son groupe professionnel, et par rapport/ et vis-à-vis du reste de la société, des groupes professionnels extérieurs. Pour l'orthophonie qui est un métier de santé, le processus d'identité va se construire par rapport aux représentations sociales du soin élaborées par le groupe. L'identité/plus largement contribue/ est étroitement liée à la recherche de légitimité.

1.3. De la médicalisation à la rationalisation

Les sociologues observent dès le XIXe une « ère de la médicalisation » (Aïach, 1998). Celle-ci touche tous les domaines de l'existence et peut-être liée à une innovation technique ou thérapeutique ou parfois même sans progrès technologique notable. La sociologie tente de décrire le processus par lequel la raison médicale s'impose dans les champs de la vie où régnaient jusqu'alors d'autres formes de rationalité et elle montre comment, échappant le plus souvent au contrôle des médecins eux-mêmes, elle « envahit les esprits et s'insinue dans les espaces où peut se manifester une préoccupation de santé. » (Aïach, 1998, p.26). On remarque alors dans le domaine de la santé, la volonté d'offrir les meilleurs soins possibles aux usagers rejoignant ainsi l'obligation de tous les professionnels de santé de contribuer à l'amélioration de la qualité de service et à la rationalisation du système de santé. Il s'agit à la fois d'optimiser l'organisation et l'allocation des ressources en veillant à la bonne utilisation des fonds publics, et de satisfaire les usagers en leur donnant accès à des soins de qualité. Cette double démarche conduit les professionnels de santé à s'engager dans un processus continu d'amélioration des pratiques reposant notamment sur le principe « d'Evidence Based Medicine » Ce principe est fondé sur la valorisation de l'approche expérimentale vis-à-vis de ce qui n'est pas prouvé en s'appuyant sur deux outils : l'essai randomisé et la recommandation de pratique clinique qu'elle veut optimale dotée de preuves scientifiques, d'efficacité et d'efficience. Cette ambition de normalisation s'inscrit dans l'histoire des politiques de santé, et plus précisément des politiques de maîtrise de dépenses de soins et du système de santé. (Castel & Merle, 2002) Les pouvoirs publics se proposent de limiter les dépenses « inutiles » en éliminant « les mauvaises pratiques » (*ibid.*, p.338), cela au profit d'une efficacité accrue. En France, c'est en particulier la Haute Autorité de Santé (HAS), successeur de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES), qui remplit la mission de contrôle de la qualité des soins médicaux. L'orthophonie, comme l'ensemble des professions de soins prises en charge par la Sécurité sociale, est concernée par ces évolutions. En 2002, la Sécurité Sociale lance un « contrat de bonne pratique » destiné aux orthophonistes, qui consiste, sur la base du

volontariat et par le biais d'une incitation financière, à suivre des formations conventionnelles et à respecter un ensemble de normes dans la rédaction et la conduite des bilans. On peut voir dans ce phénomène l'illustration d'une « rationalisation professionnelle ».

1. L'évaluation en orthophonie

« En orthophonie, l'évaluation est d'une part relative au bilan initial ; d'autre part, sous la pression de l'Assurance maladie dans le contexte actuel de la maîtrise des dépenses de santé, l'évaluation prend le sens de l'estimation des résultats d'une rééducation orthophonique. » (Dictionnaire d'orthophonie, 2004, p.98).

Le bilan orthophonique est à la fois une investigation qualitative (analyse clinique) et quantitative (passation de test) des aptitudes d'une personne. Il naît en 1971 de la propre initiative des orthophonistes dans le but « de créer un cadre commun, uniformisé à l'échelon national, qui fût tout à la fois un instrument de travail et une information sur notre profession » (Zeller, 1980, p.100-101). Inscrit en 1972 à la nomenclature générale des actes professionnels puis reconnu par le décret de compétence de 1983, il permet à l'orthophoniste de poser un diagnostic : le « bilan est l'indispensable outil clinique qui permet à l'orthophoniste thérapeute de la communication, l'élaboration d'un authentique diagnostic » (Ferrand, 1996, p.137). Il « est l'acte fondateur de toute thérapie applicable à l'ensemble des pathologies langagières. Sa place est au cœur même de notre pratique » (Ferrand, 2000, p.119). Il évolue au fil des années en intégrant dans sa démarche les différentes découvertes scientifiques qui intéressent la profession (contraintes externes) et dans un même temps, il s'adapte au sujet en difficulté qui se présente à l'orthophoniste (contraintes internes)

Exécuté sur prescription médicale, le bilan orthophonique est avant tout un outil clinique de dépistage, de diagnostic et de prévention. Toute décision thérapeutique résulte des observations et interprétations des résultats obtenus lors de la passation du bilan. En 2001, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé précise que le « bilan orthophonique fait l'objet d'un compte-rendu écrit, détaillé, argumenté et clairement explicite mentionnant les tests utilisés et leurs résultats. » (ANAES)

I. Problématique/ Hypothèses

Le bilan orthophonique est un acte clinique fondamental dans la pratique de tout orthophoniste. Historiquement, il existe depuis les origines de la profession. Evoluant au fil des ans, il intègre dans sa démarche les différentes découvertes scientifiques qui modèlent la profession.

Aussi, l'étude du concept de profession envisagée comme une identité à construire, des statuts à défendre et des territoires à protéger, dans un contexte d'évolution vers plus de rationalisation, nous amène à nous interroger sur l'évolution de l'orthophonie à travers les tests comme outil d'évaluation :

Comment les tests participent-ils à la définition du territoire professionnel et de la construction d'une légitimité ? Comment les orthophonistes perçoivent-ils leur évolution et l'évolution de leur usage ? Quelle part accordent-ils aux normes, chiffres et étalonnages ?

Hypothèse 1

Nous formulons une première hypothèse selon laquelle l'évolution des pratiques du bilan orthophonique s'inscrit dans une évolution sociale des savoirs, des pratiques et de la culture professionnelle.

Hypothèse 2

L'évolution du bilan orthophonique et son compte rendu participe à redessiner la place des orthophonistes dans les interactions avec les autres professionnels, les patients et leurs familles, les instances externes.

Hypothèse 3

La demande officielle des bilans orthophoniques formalisés est vécue par certains orthophonistes comme une perte de liberté professionnelle, un déni de l'expertise qualitative, traditionnellement véhiculée dans la profession orthophonique.

MATERIEL ET METHODE

2. Le choix d'une méthode

Pour répondre au mieux à notre sujet d'étude inscrit dans le domaine des Sciences Sociales, nous avons choisi une approche dites qualitative. Cette méthodologie qualitative se dit « compréhensive » dans le sens où elle cherche à comprendre certains phénomènes sociaux, dans une perspective interactive. De là s'établit alors une interaction constante entre l'hypothèse de travail énoncée et les données recueillies. De cette sorte, l'hypothèse peut être modifiée au fur et à mesure que s'accumulent les données d'observation pour mieux rendre compte de la situation examinée ainsi que pour calibrer plus parfaitement les interventions à amorcer.

Ainsi, l'outil qui nous est apparu comme le plus approprié à cette démarche d'approche des réalités sociales est l'entretien semi-directif. En effet, ce dernier permet un contact direct avec les acteurs choisis, privilégiant l'interaction afin de récolter les informations nécessaires à l'analyse de notre objet d'étude. « Un entretien est une méthode économique et facile d'accès : un petit magnétophone, de l'audace, quelques personnes, quelques qualités pour obtenir des informations et le « tour est joué » écrit Kaufmann (1996, p.7).

La technique dite « semi-directive » se situe entre l'entretien directif et l'entretien non-directif. En outre, il est « ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises ». (Quivy et Campenhoudt, 1995, p.195) Les thèmes à aborder sont fixés à l'avance, mais l'ordre et la forme de présentation des thèmes sont libres. Selon les mêmes auteurs, c'est la forme qui est certainement la plus utilisée en recherche : le chercheur dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes à propos desquelles il veut obtenir une information de la part de l'interviewé. Il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre prévu initialement.

Dans le cadre de notre recherche, cette technique présentait le double avantage de permettre à l'interlocuteur de choisir la manière d'aborder la question posée, tout en centrant l'échange sur l'objet de notre étude : les tests. Nous souhaitions en effet laisser les orthophonistes s'exprimer le plus librement possible, en nous basant sur un guide d'entretien : une série de questions et de thèmes à aborder (cf. Annexe I.). Ainsi, cela a favorisé l'obtention d'informations et des éléments de réflexion très riches, nuancés et précis, sur un échantillon restreint. De plus, cette méthode, très souple, a permis d'analyser le sens donné par les orthophonistes à leurs pratiques actuelles. Il a également permis d'effectuer plus facilement que ne l'aurait permis une enquête par questionnaire des allers/retours entre le terrain et nos hypothèses.

3. Notre population

Nous avons choisi de nous intéresser à des orthophonistes diplômés avant 1983, date clé dans l'histoire de l'orthophonie. En effet, lors du décret du 24 août 1983 la profession se voit préciser son champ de compétences et le bilan orthophonique est reconnu : « décret n°83-766 du 24 août 1983 [et le décret du 1er avril 1992] fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes » (Que sais-je, 1991, p. 27).

Afin d'être au plus près des réalités sociales, nous avons jugé nécessaire que les enquêtés soient encore en activité, nous permettant l'analyse de données ancrées dans le réel. Aussi, nous avons veillé à inclure dans notre population des orthophonistes exerçant dans différents cadres (libéral, institution, hôpital) et selon les possibilités de formations différentes (école, année). Ces critères nous semblaient être susceptibles de pouvoir faire varier les positions. Nos premières rencontres nous ont permis de mener des entretiens exploratoires participant à l'élaboration de notre guide d'entretien. Ces premiers contacts avec le « terrain » nous ont fourni un aperçu des questions centrales concernant notre sujet. Au final, notre échantillon total est constitué de 14 professionnels : 10 exerçant en libéral, 1 en salariat et 3 en activités mixte.

4. Procédure : l'élaboration de notre questionnaire

Lors de la conduite d'un entretien semi-directif on s'appuie sur ce que l'on appelle un «guide d'entretien ». Il comprend l'ensemble des thèmes que l'on souhaite explorer et se trouve à l'interface du travail de conceptualisation de l'enquête et de sa réalisation. Cette technique permet donc, du moins en principe, d'obtenir à la fois un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de la recherche. En outre, il est important que le guide d'entretien ne soit pas considéré comme un outil figé mais réellement comme « un outil évolutif dont le détail est modifié, précisé, rectifié au fil des entretiens conduits et de ce qu'ils apprennent.» (Perdrix, 2007, p.285)

Par rapport à sa réalisation, nous avons choisi des thèmes et trouvé des questions visant à soulever de près ou de loin ces thèmes. Ces derniers reprenaient les idées maitresses de notre problématique et nos hypothèses de départ. Ils étaient le résultat de nos questionnements sur le sujet.

5. L'analyse du contenu

La méthode dite des « tas » est celle que nous avons retenue pour « dépouiller » nos entretiens. Il s'agit d'établir une grille d'analyse avec des thèmes et sous-thèmes en fonction de ceux abordés par les interviewés et non en fonction de ceux de la grille d'entretien. Les thèmes sont tous insérés dans la grille au fur et à mesure de leur apparition dans les entretiens. C'est la « mise en tas » qui permet de façon structurée de mettre en évidence les discours des orthophonistes. Pour Demazière et Dubar, la réussite d'une telle procédure inductive exige un « non-savoir théorique » au départ. Le chercheur, précisent-ils, « doit se dire qu'il ne sait rien. » (1997, p.277).

Ainsi, l'analyse de ces « tas » nous a permis de cerner les thèmes les plus récurrents nous servant de « terreau » pour établir nos hypothèses et présenter nos résultats.

RESULTATS

A la lecture des différents thèmes, la notion d'évolution était très prégnante, mettant en avant une opposition passé-présent. En effet, les orthophonistes n'hésitaient pas à faire des allers-retours entre leur pratique ancienne et actuelle. C'est pourquoi nous avons choisi de valoriser cette notion à travers les différents domaines évoqués, afin de dresser un tableau global de l'évolution de la profession, en lien avec l'évolution de la société.

6. Evolution d'une profession dans l'évolution d'une société

6.1. Evolution des savoirs

La profession a beaucoup évolué, élargissant progressivement ses champs d'intervention en lien avec l'avancée des sciences et techniques, de la recherche engendrant de nouvelles approches influençant la profession. De nouveaux concepts aujourd'hui enseignés dans

les centres de formation participant à l'enrichissement de la formation initiale qualifiée par les orthophonistes de « *plus approfondie, plus affinée* » (Mr Queribus), « *beaucoup plus technique* » (Mme Saissac) ou encore : « *plus pointue, plus solide* » (Mme Roquefixade). Pour certains, ces recherches ont conféré à la profession un aspect plus « médicalisé » ayant un impact sur les troubles des apprentissages, prenant pour exemple celui de la dyslexie. Aussi, ce trouble considéré avant d'origine « psychologique » a été reconnu peu à peu par les médicaux comme relevant de la neurologie, lui conférant un aspect plus médical, désormais pris en charge par les orthophonistes. Outre la dyslexie, d'autres pathologies ont pu faire l'objet d'une nouvelle définition, telles que les maladies du grand âge « *ce qui fait qu'on pratique plus de la même façon* » (Madame Minerve).

6.2. Evolution de la pratique

Les progrès de la médecine ces dernières années ont favorisé l'émergence de nouvelles pratiques chez les orthophonistes. Ces derniers ont alors dû s'adapter, se retrouvant parfois « démunis » dans leur prise en charge par manque de connaissances de ces nouvelles techniques médicales, déclencheuses d'une demande plus spécifique. Ainsi, le décuplement des connaissances et techniques, leurs accès par le biais de formations, colloques, groupes de travail ont favorisé le développement des pratiques orthophoniques devenus selon le discours des orthophonistes « plus sûres et « efficaces. C'est notamment par le biais de l'émergence des tests de plus en plus précis, étalonnés et normés, en lien avec le contexte sociétal de rationalisation, que les pratiques de l'évaluation se voient modifiées. Les orthophonistes relèvent alors la nécessité de se former à ces nouveaux tests, élargissant leurs discours aux autres domaines de la pratique sans cesse en évolution.

7. Evolution d'une profession dans l'évolution d'une société

7.1. Avant : le qualitatif

D'après les orthophonistes interrogés la psychologie a inspiré les débuts de leur pratique orthophonique. « *on parlait quand même beaucoup de l'aspect psy ; c'était très dominant* » (Mme Montseret). Cette dimension était plus importante aussi parce qu'elle était plus enseignée en centre de formation, et l'école de Lyon particulièrement était connue pour son enseignement très axée sur la psychologie. Les orthophonistes revendiquent souvent avoir été formés de façon très « psychologique », et encore aujourd'hui, s'il y a des avancées en tous genres, cette façon « psy » de fonctionner existe toujours chez notre population formée avant 1983.

7.2. Aujourd'hui : la culture du chiffre

Les débuts de l'orthophonie perçus par Mr Queribus comme « *un grand champ de friches dans lequel chacun a tracé ses sillons* » ont laissé place aujourd'hui à une culture qualifiée de chiffres « abrupts » venue supplanter le côté plus « intuitif », « subjectif » « clinique » voire « empirique » de la prise en charge, avec l'arrivée de tests et bilans « beaucoup plus précis » créant un changement « du tout au tout » (Mme Lastours). Un

discours partagé par la majorité des orthophonistes rencontrés, unanimes face à ce glissement progressif de l'intuitif « *on sentait le truc, on voyait* » vers plus de « technicité », de « scientificité » : « *c'était pas normalisé comme c'est maintenant.* » . Un sentiment qui devient alors « palpable » à la lecture des tests, véritables champs fertiles à la culture vers plus de quantification, face au développement d'une médecine de preuves, tournée vers la rentabilité. Pour Mme Montseret ce glissement se rapporterait à une quête, quelque chose qui ne semblerait pas maîtrisé car « imposé » mais cependant qu'elle raccroche à une volonté.

L'analyse de ces discours emprunts de doutes, questionnements et sentiments marque alors l'opposition des registres relationnel versus technique dans une dérive du qualitatif au quantitatif vécu comme une perte de « repères » : le passage d'une identité « psy » vers une identité plus « neuropsychy » .

DISCUSSION

1. **Le bilan orthophonique dans les relations interprofessionnelles : un outil de défense du territoire et de légitimité**

1.1. **Identité pour soi/identité pour autrui**

C'est par la succession de décrets entre 1983 et 2002 que la profession se voit préciser et élargir « sa palette de compétences » devenue aujourd'hui « très vaste ». Une contribution qui participe à la reconnaissance de la profession mais qui fragilise aussi son identité. En effet, au carrefour de nombreuses disciplines (linguistique, psychologie, neurosciences, etc.) l'orthophonie doit « lutter » pour garder sa spécificité et se démarquer des groupes professionnels rivaux qui partagent avec elle une même inférence. Perdrix (2007) identifie notamment trois groupes concurrents : « les enseignants, les psychologues cliniciens, et les « neuropsychologues » ou « psychologues cognitivistes » (p.153) face auxquels la profession doit se démarquer, en élaborant « une frontière interprofessionnelle. » Pour la profession, le choix de ses « inférences » (fondement du fait professionnel) se fait en partie dans ce but, véritable enjeu de légitimation.

La formation de la profession d'orthophonie a une double dépendance : celle du Ministère de l'Education Nationale et celle du Ministère de la Santé : « *on est vraiment à cheval sur ces deux choses.* » (Mme Opoul Perillos) Ce qui rend la question des territoires complexe tant entre les enseignants que les médecins. Aussi, en analysant le discours des orthophonistes, nous avons décelé un sentiment général de « menace » face à ces différents corps professionnels et notamment face aux neuropsychologues. Ainsi, ils mettraient en avant leur spécificité : le langage, comme moyen de démarcation de territoire et de construction d'identité en réponse à la crainte de voir leur profession disparaître « au profit d'autres acteurs et d'autres pratiques. »

1.2. Le bilan comme moyen de légitimation

Bien qu'ils restent liés au médecin par la prescription médicale, les orthophonistes ont acquis une certaine autonomie dans la reconnaissance du diagnostic. Aussi cette reconnaissance participerait à leur légitimité. Cependant, évoquant le concept de rationalisation dans lequel la profession a évolué, leur discours se veut double : ils dénigrent les nouveaux tests inscrits dans cette culture dite du chiffre derrière laquelle on oublie le regard clinique. Ce côté qualitatif reste primordial aux yeux de ces orthophonistes formés à une époque où la « psy » était très prégnante dans leur formation. En définitive, les orthophonistes veulent à la fois suivre le mouvement influé par le processus de rationalisation, et être reconnus, tout en gardant leur côté « humain », leur relationnel, comme base de leur profession, vecteur de leur légitimité. Ils se retrouvent « coincés » entre ces deux volontés, et cela crée un mal-être, un état de crise de la profession.

a. Le bilan de tiers temps

Le bilan de tiers temps est un élément important à prendre en compte dans notre analyse. En effet, il s'agit là d'un exemple concret de l'évolution de la pratique orthophonique vers une pratique plus quantitative. Désormais, le qualitatif ne suffit plus aux yeux des instances externes, telles que la MDPH. Pour que l'évaluation de l'orthophoniste soit validée dans le cadre de la demande de tiers temps, elle impose implicitement plusieurs tests chiffrés. Nous avons trouvé intéressant de développer ici un exemple bien particulier : celui du test de « l'Alouette » systématiquement évoqué au cours de chacun de nos entretiens. L'Alouette est apparue comme un thème récurrent au cours des entretiens avec les orthophonistes. Aussi, la lecture de nos résultats permet de mettre en avant le rejet, par un certain nombre des sujets interrogés, de ce test vu comme « imposé ». Plusieurs arguments sont ainsi mis en avant dans les discours : Mme Cabrespine, par exemple, ne voit pas l'intérêt d'utiliser ce test « *qui ne teste pas ce qu'il compte tester* », avançant ainsi des arguments de non-validité. Elle le décrit comme un test « *inepte* » : « *c'est complètement un leurre* ». D'autres avancent un argument de « violence ». Ainsi, Mme Montseret reproche à ce test d'être « *horrible pour les enfants [...], ça les met très mal* » à cause de sa difficulté et des scores obtenus « *je trouve que ça majore quand même presque toujours, on se retrouve avec des vitesses de lecture, très, très, très...bien plus basses que la réalité.* »

Malgré cela les orthophonistes interrogés l'utilisent pour les demandes de tiers temps, car ils s'en sentent contraints et forcés par la MDPH. Ne le sont-ils pas ? Ils ne voient d'intérêt dans ce test que de pouvoir se justifier auprès de la sécurité sociale. L'Alouette constituerait pour Mme Cabrespine un moyen de chiffrer de façon précise un déficit : « *ces tests, ils sont pour qui ? Ils sont pour justifier la prise en charge auprès de la Sécu ? Et faire semblant d'annoncer des chiffres au niveau de l'Alouette et des machins ?* »

Cet exemple de l'Alouette illustre parfaitement la problématique que soulève ces orthophonistes qui se sentent « prisonniers » en se voyant imposer « implicitement » des outils producteurs de chiffres ; ceci sous peine de ne pas se voir reconnaître et accepter leur demande par l'instance publique. A travers les discours des orthophonistes, il semble souvent difficile pour eux de pouvoir envisager une pratique qui serait à la fois définie

comme quantitative et qualitative, opposant dans leur rhétorique le registre relationnel-affectif au registre cognitif et technique bien que ces deux clivages se retrouvent dans leur pratique.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous sommes en mesure d'apporter des réponses à nos hypothèses.

Premièrement, l'évolution des pratiques du bilan orthophonique dans l'évolution sociale des savoirs, des pratiques et de la culture professionnelle, accorde une place de plus en plus importante à la rigueur scientifique et méthodologique, à la quantification. En effet à travers l'étude du phénomène général de médicalisation de la société, nous avons pu constater comment ce processus avait pu atteindre l'orthophonie à travers la volonté de notre population de toujours se former plus et d'utiliser les tests.

Deuxièmement, on peut affirmer que l'évolution du bilan orthophonique- inscrit dans le processus de rationalisation- et de son compte-rendu via la parution du décret de 2002 a participé à la reconnaissance de la profession dans le système de santé, donnant aux orthophonistes les moyens d'asseoir leurs compétences, de délimiter leur territoire et de valoriser leur pratique tant auprès des médecins que des enseignants ou encore des familles. Par cette avancée, ils redessinent leur place au cœur des interactions, reconnus par l'ensemble des acteurs sociaux comme interlocuteurs privilégiés et non comme rivaux, dans la prise en charge des patients. C'est ainsi que par le choix de donner ou non leur compte-rendu à certains acteurs, et par la qualité de sa rédaction que le professionnel affirme son choix identitaire et sa façon de cadrer son territoire.

Enfin, nous avons pu constater que la demande officielle des bilans orthophoniques formalisés par les instances externes, est vécue par certains orthophonistes comme une perte de liberté professionnelle, un déni de l'expertise qualitative. Face à cette domination du paradigme scientifique qui atteint la pratique des orthophonistes, ces derniers, par rejet de demande de bilans formalisés, tentent de s'en affranchir. Cependant, ils restent conscients que cette dépendance vis à vis du système de santé participe à la légitimation de la profession. Donc au-delà de cette confirmation d'hypothèse, nous avons pu remarquer à quel point le positionnement des orthophonistes étaient ambivalent quant à cette évolution quantitative.

Suite à ce travail de recherche, d'autres questionnements ont surgi. Plus que de nouvelles problématiques, nous soulevons l'intérêt qu'il y aurait à reconsidérer notre réflexion sous d'autres angles. Par rapport au glissement du qualitatif vers le quantitatif : qu'en pensent les nouvelles générations ? Y a-t-il réellement une rupture entre deux pratiques entre les générations ? Comment la nouvelle génération s'est-elle accommodée de cette culture du chiffre ? N'existe-t-il pas un consensus possible ? Aussi, que disent les textes historiques ?

BIBLIOGRAPHIE

Abbott, A. (1988). *The system of the professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago : University of Chicago Press.

Aïach, P. (1998). Les voies de la médicalisation. Dans Aïach, P. et Delanoë, D. (dir.), *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas* (p.15-36). Paris: Anthropos.

Adam, P. et Herzlich, C. (1994) *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan.

ANAES. (2002). L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. ANAES – Mai 2001. Service des Recommandations et Références professionnelles. *Rééducation Orthophonique*, 209.

Beech, J.R. et Harding, L. (1994). *Tests, mode d'emploi. Guide de psychométrie*. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Traduit de l'anglais sous la direction de J.P. Rolland et J.L. Mogenet.

Bertaux, D. (2001). *Les récits de vie*. Paris. : Nathan.

Blanchet, A. et Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes: L'entretien*. Paris: Nathan.

Brin, F., Courier, C., Lederlé, E. et Masy, V. (2004) Dictionnaire d'orthophonie. Isbergues : Ortho-Edition.

Castel, P. et Merle, I. (2002). Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du Travail*, 44, p. 337-355.

Demazière, D. & Dubar, C. (1997) *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*. Paris : Nathan

Dubar, C. (2000, 2002). *La socialisation*. Paris : Armand Colin.

Ferrand, P. (1996). Un bilan du Bilan ? *Entretiens d'Orthophonie*, 137-141.

Ferrand, P. (2000). Le bilan orthophonique en 3D. *Entretiens d'Orthophonie*, 119-122.

Kaufmann, J.C. (2004). *L'entretien compréhensif*. Paris: Armand Colin.

Kremer, JM. et Lederlé, E. (1991), *Que sais-je*, Paris : PUF.

Laplantine, F (1984) Jalons pour une anthropologie des systèmes de représentations de la maladie et de la guérison dans les sociétés occidentales contemporaines. *Histoire, économie et société*, volume 3, n° 3-4, p. 641-650

- Laurencelle, L. (1998). Théorie et techniques de la mesure instrumentale. Québec : Presses de l'Université.
- Le Breton, D. (1998). Réflexions sur la médicalisation de la douleur. Dans Aïach, P. et Delanoë, D. (dir.), *L'ère de la médicalisation* (p. 159-174). Paris, Anthropos.
- Marks, H. (1999). La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990), Paris, Institut Synthélabo.
- Martin, M.-M. (1980). Observation et essai de quantification des troubles de l'aphasique. *Rééducation Orthophonique*, 113, 233-243.
- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue Française de Sociologie*, volume 16, n° 16-2, p.229-247.
- Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Que sais-je ? Paris : PUF.
- Paradeise, C. (2008). Autonomie et régulation : retour sur deux notions-clés. *Droit et société*, 48, p.289-296.
- Perdrix, R. (2007a). Élaborer des frontières interprofessionnelles: un enjeu de légitimité. Dans L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession* (p. 149-160). Rennes : ENSP.
- Piérat, B. (dir.), (2005) *Le langage de l'enfant : comment l'évaluer ?* Bruxelles : de Boeck Université
- Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (1995). Manuel de recherches en sciences sociales, Paris : Dunod.
- Rondal, J.A. (2007). *Orthophonie contemporaine*. Isbergues : Ortho-Edition.
- Setbon, M. (2000). La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective? *Sociologie du travail*, 42, p.51-68.
- Simmel, G. (1981). *Sociologie et épistémologie*, Paris : PUF.
- Zeller, A.M. (1980). Introduction à la critique du bilan orthophonique. Historique et prospective. *Rééducation Orthophonique*, 118, 99-105.

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN

Question inaugurale : *Selon vous qu'est ce qui le plus changé (en orthophonie) depuis que vous avez commencé à exercer ?*

Thèmes généraux	Opérateurs	Questions
Formation	- Choix du métier : quand ? comment ? pourquoi quoi ? - Représentation et attentes : métier + début études - Vécu des études : satisfaction ? attentes ? étonnement	A quel moment vous est venue l'idée de devenir orthophoniste ? Avec quelles autres formations avez-vous hésité ? Quelle idée aviez-vous de l'orthophonie à ce moment là ? En quelle année avez-vous été formé ? Dans quelle école ? Avez-vous été satisfait(e) de votre formation ? Répondait-elle à vos attentes ?
Parcours professionnel	- Perspective post diplôme : orientation - Spécificités de la pratique : choix - Interruption de carrière	Depuis quand exercez-vous ? Après votre diplôme avez-vous travaillé directement ? Si oui, en libéral, institution ou autre ? Quelles pathologies preniez-vous en charge ? Avez-vous fait des formations dans des domaines particuliers ? Avez-vous interrompu votre pratique depuis le début de votre carrière orthophonique..
Représentations de la profession.	- Evolution de la pratique	Avez-vous remarqué une évolution de l'orthophonie depuis le début de votre pratique ?
Hypothèse d'une évolution des savoirs, sciences, techniques et des modes de pensée de la société.		Qu'est ce qui a changé entre le début et la fin de votre carrière ? Assistez-vous aux formations ? Pourquoi ? Quels outils utilisez-vous dans votre pratique ?
Hypothèse d'une évolution du test.	- Etat des lieux : - Achat vs photocopies	Quels tests utilisez-vous dans votre pratique ? Pour quels domaines ? Avez-vous beaucoup de tests ? en avez-vous acheté beaucoup ? Faites-vous des échanges de tests avec

	- Représentations, avis, opinions sur les tests - Situations limites : quand pas de tests : pourquoi ?	des collègues ? Avez-vous un budget test ? Depuis le début de votre exercice utilisez-vous plus ou moins de tests ? Pourquoi ? Si oui, Pourquoi pensez-vous que l'on en utilise plus maintenant ? Est-ce que dans certaines situations d'évaluations vous n'utilisez pas de tests ? si oui, pourquoi ?
Représentation de la légitimité :	- vis-à-vis des patients/famille - vis-à-vis des autres professionnels - vis-à-vis des orthophonistes	Vous sentez-vous plus « crédible » en utilisant les tests ? Comment sont perçus les tests par les parents Comment sont perçus les tests par les enseignants et les médecins ? Trouvez que ce soit bien que les orthophonistes utilisent les tests ? Qu'est ce qui crée pour vous de la légitimité en orthophonie aujourd'hui ?
Bilans :	Temps consacré Evolution de l'importance du bilan Compte rendu : qui ? famille ? Cas limites 1/3 temps ?	Combien de temps consacrez-vous en moyenne à la réalisation d'un bilan ? Transmettez-vous les CR ? A qui ? Comment abordez-vous la ? du 1/3 temps ?