



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

BLOT Catherine
CORTET-DAULY Lucille

LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA
PRESCRIPTION ORTHOPHONIQUE :
Représentation, pouvoir et légitimité

Maîtres de Mémoire

JAUBERT Guillaume
LECLERC Caroline

Membres du Jury

BASSETTI Fanny
GUILHOT Nicolas
PERDRIX Renaud

Date de Soutenance

28 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. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION

ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
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 chaleureusement

Nos maîtres de mémoire, Caroline Leclerc et Guillaume Jaubert pour leur soutien, leur écoute et l'enrichissement qu'ils ont su apporter à notre travail, une aide bien précieuse durant ces deux années ;

Tous les membres de l'équipe de sciences sociales pour leur encadrement tout au long de l'élaboration du mémoire, et plus particulièrement Renaud Perdrix pour sa disponibilité et ses conseils avisés ;

Nos maîtres de stage pour leur expérience et les échanges sur la profession qui ont fait naître chez nous ce questionnement ;

Tous les médecins interviewés en période de petits rhumes et d'épidémies en tout genre, qui nous ont accueillies malgré leurs emplois du temps très remplis...

Nos familles.

Martin et Abel pour le quotidien un peu remué par ces dernières années.

Mes parents et fratrie pour leurs longues heures de relecture.

Nos amis pour nous avoir sorti la tête hors de l'eau.

Les bonbons Haribo® et France musique pour leur accompagnement durant les longs mois de rédaction du mémoire.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
1. Université Claude Bernard Lyon1.....	2
1.1 Secteur Santé :	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :	2
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE.....	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	7
PARTIE THEORIQUE	8
I. SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS DE SANTE : DEFINITION, INTERACTIONS, TERRITOIRES	9
1. Une définition plurielle des professions	9
2. La division du travail médical.....	11
II. INTERACTIONS ENTRE REPRESENTATIONS SOCIALES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	13
1. Les représentations professionnelles au sein des représentations sociales	13
2. Influence réciproque entre pratiques et représentations.....	14
III. LA MEDECINE GENERALE AU SEIN DU SYSTEME DE SOIN	16
1. Représentation de la santé et médicalisation	16
2. Fragilité de la place de la médecine générale dans la redistribution de la division du travail..	20
3. Relation interprofessionnelles et réseaux libéraux.....	23
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	26
PARTIE METHODOLOGIQUE	29
I. S'APPROPRIER LA POSTURE SOCIOLOGIQUE	30
1. Choisir comme approche sociologique le courant interactionniste	30
2. Construire son objet de recherche pour sortir du sens commun.....	30
3. Une impossible neutralité à questionner	31
4. Les conditions de validité	31
II. LA REALISATION DES ENTRETIENS	32
1. La méthode par entretien : une rencontre entre enquêteur et enquêté.....	32
2. Le choix des acteurs.....	34
3. L'entretien.....	35
III. L'EXPLOITATION DES DONNEES	38
1. Comment produire du sens ?	38
2. L'analyse de contenu, étape indispensable pour interpréter les données	39
PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	41
I. LA PLACE DE L'ORTHOPHONIE DANS LE SOIN, AUX DIRES DES MEDECINS GENERALISTES	42
1. Représentation de la patientèle orthophonique : une population enfantine.....	42
2. L'orthophonie, une réponse à l'échec scolaire	43
3. Un problème médical ou social ?	45
II. L'ORTHOPHONIE, UN ETRANGE ETRANGER.....	47
1. Des représentations amendées qui puisent plus dans l'expérience que dans la science.....	47
2. Une prescription à part	51
3. Particularités et contraintes de la pratique libérale du médecin généraliste	54
III. RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES ENTRE MEDECINE GENERALE ET ORTHOPHONIE : INSTITUTIONNALISATION, RHETORIQUE ET REALITE SOCIALE.....	56
1. Des relations interprofessionnelles institutionnalisées et régulées : le rôle du compte-rendu de bilan	57
2. Une rhétorique professionnelle du lien idéal	58
3. Trouver sa place dans la division du travail : légitimités croisées.	61
DISCUSSION DES RESULTATS	66
I. PROPOSITION D'UNE TYPOLOGIE BINAIRE	67
II. REPONSE AUX HYPOTHESES	68

INTRODUCTION

À la base de notre réflexion, notre questionnement s'est porté sur les relations entre orthophonistes et médecins généralistes, ces derniers étant les premiers intervenants du secteur médical en lien avec la profession, en tant que prescripteurs. Il nous a alors paru intéressant de partir à la rencontre de cette population afin de sonder les représentations sociales que celle-ci pouvait avoir du groupe « orthophonistes », et leur manière de concevoir au sein de leur pratique l'acte de prescription. C'est donc naturellement que notre travail de recherche s'est inscrit dans le champ des sciences sociales.

Avant l'étude Kalliopé coordonnée par Laurence Tain dont la plupart des résultats sont regroupés dans l'ouvrage paru en 2007 : « Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession », peu d'études sociologiques s'étaient intéressées à l'orthophonie. En revanche nous avons découvert une littérature riche au sujet des médecins. C'est ainsi qu'au fur et à mesure de nos lectures et de notre appréhension du terrain notre questionnement s'est déplacé. Au départ c'est un sentiment d'incompréhension face au manque d'autonomie de la profession qui a soulevé une problématique identitaire concernant notre future pratique. Notre objet de recherche s'est ensuite affiné en s'intéressant aux problématiques identitaires complexes inhérentes à la médecine générale du fait de sa place au sein de la médecine actuelle. Nous avons donc recherché l'impact que celles-ci pouvaient avoir sur la relation des médecins généralistes avec l'orthophonie à travers leur investissement dans la prescription.

Aussi nous définirons le cadre théorique de notre étude en s'intéressant dans un premier temps à la notion de professions dans la littérature en sciences sociales et à leur organisation au sein de la division du travail médical. Nous nous pencherons ensuite sur les représentations sociales et les pratiques professionnelles mises en jeux dans notre enquête pour enfin s'intéresser plus précisément à la médecine générale et ses interactions dans le champ de la santé au sens le plus général incluant la dimension sociale du phénomène. Nous développerons dans une autre partie les outils méthodologiques utilisés pour notre enquête et les difficultés auxquelles nous nous sommes confrontées. La présentation de nos résultats s'articulera avec les éléments d'analyse dans un plan hiérarchisé sur le modèle du déroulement du discours des acteurs enquêtés qui ont adopté une posture réflexive. Nous passerons ainsi d'une description des indications au constat d'une absence de formation qui induit une méconnaissance de la profession, puis nous aborderons le lien entre médecine générale et orthophonie à la lumière des enjeux identitaires des médecins interrogés. Nous proposerons ensuite une typologie binaire sous forme d'*idéal-types* du médecin prescripteur, puis synthétiserons nos résultats en répondant aux hypothèses initiales en regard des éléments théoriques, et proposerons enfin une réflexion critique sur notre travail.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I. Sociologie des professions de santé : définition, interactions, territoires

Nous tâcherons dans cette partie de balayer les données théoriques de la sociologie des professions dans le champ de la santé qui nous intéressent pour notre étude. Nous proposerons d'abord différentes pistes de réflexion sur la conception des professions par les différents courants sociologiques, pour ensuite se centrer sur les interactions dans le champ de la santé, et enfin approfondir les notions de division du travail et de territoires professionnels, au centre de notre recherche.

1. Une définition plurielle des professions

La définition du terme de profession est à la source de notre réflexion. Les différents courants sociologiques ont cherché à définir ce concept et son inscription dans la société, Freidson mentionne qu'il « ne croi[t] pas que l'on puisse résoudre le problème en se battant pour imposer une définition unique. Le caractère historique et concret du concept et la pluralité des perspectives sous lesquelles on peut légitimement le saisir annihilent tout espoir de définition à la fois largement acceptée et analytiquement utile. C'est précisément à cause de l'absence de solution à ce problème qu'[il] pense que les auteurs sérieux qui écrivent sur ce sujet devraient être obligés de révéler à leurs lecteurs ce qu'ils ont en tête en utilisant ce terme » (Freidson 1994, cité par Champy, p.27) ; c'est donc à la lumière des définitions que nous retiendrons que se déroulera notre analyse.

Il nous a paru intéressant d'ouvrir cette partie par une perspective historique : Alain Rey explique que le terme dérive du latin *profession*, déclaration, introduit avec le sens de « déclaration ouverte d'une croyance, d'une opinion, d'un comportement ». Ce n'est qu'au XIV^{ème} siècle qu'il prend l'acception de métier mais « ayant un certain prestige par son caractère intellectuel ou artistique, ou la position sociale de ceux qui l'exercent » ce qui l'oppose à *métier*, utilisé pour les occupations plus triviales. Au XVIII^{ème} siècle, le terme englobe les groupes « représentant une certaine force sociale » (A.Rey et coll., 2006) C'est cette distinction que l'on retrouvera chez les fonctionnalistes.

1.1. Courant fonctionnaliste : l'orthophonie, une profession ?

Le courant fonctionnaliste issu de la sociologie anglo-saxonne est le premier à s'être intéressé aux professions. Son postulat est que « les professions impliquent une technique intellectuelle spécialisée, acquise au moyen d'une formation prolongée et formalisée permettant de rendre un service efficace à la communauté » (Carr-Saunders et Wilson, 1933, p.284 dans Champy) ; elles sont regroupées en associations autonomes qui régulent l'organisation de la profession. Cette définition remettrait en cause l'appartenance de l'orthophonie à une profession, en effet, pour les fonctionnalistes une profession se doit d'être unifiée autour de savoirs et de techniques spécifiques : « trop diverse, une profession perdrait en légitimité » (Champy, p.20). Or l'orthophonie du fait de sa position paramédicale est une discipline carrefour qui partage des inférences avec nombre d'autres activités (Perdrix dans Tain, 2007, p.152), elle est de plus soumise à la prescription

médicale et ne peut donc pas revendiquer son autonomie complète, elle se rapprocherait donc plus du concept d'occupation applicable à tous les autres métiers, en opposition à celui de profession. Claudine Philippe (dans Tain 2007, p.38-39) retrace la structuration historique de la profession en vue d'obtenir cette autonomie et souligne l'acquisition d'« une certaine indépendance vis-à-vis des médecins (...) par le décret de compétences de 2002 qui permet à l'orthophoniste de fixer lui-même le nombre de séances à prescrire ». L'orthophonie semble donc gagner peu à peu du terrain vers la reconnaissance en tant que profession autonome vis-à-vis de la profession médicale.

1.2. Courant interactionniste : quelques notions-clefs

Dans la critique du fonctionnalisme, les interactionnistes revendiquent un égal intérêt pour toutes les activités, en s'intéressant plus particulièrement aux carrières des acteurs et aux interactions au sein des groupes professionnels et avec l'environnement afin de mettre en exergue des processus communs. En ce sens, ils reprochent au fonctionnalisme une certaine forme de déterminisme qui implique de s'accorder au discours des acteurs pour le généraliser et élever les professions par des concepts stéréotypés.

1.2.1. Licence et mandates (Hugues)

Ces notions touchent à ce que Hugues nomme division morale du travail, une répartition des missions fondée non sur les techniques spécifiques à chaque activité mais sur leur valeur sociale. Se joue alors un territoire d'exercice qui va être balisé par la licence, soit la reconnaissance exclusive de tâches allouées au groupe professionnel en question, limitant ainsi la concurrence et instituant un champ de compétences ; dans le cas de l'orthophonie, le décret de compétences, document officiel qui inscrit les actes orthophoniques dans la législation, correspond à la forme institutionnelle de la licence. Le mandat tient quant à lui à l'autonomie et la valorisation du groupe par son organisation interne qui consiste à fixer ses propres normes d'exercice et en tirer ainsi une position de force vis-à-vis des pouvoirs politiques, des groupes professionnels avec lesquels ils ont des inférences communes et des clients, établissant ainsi la profession :

« En tant que groupe, ils prétendent indiquer à la société ce qui, dans tel domaine de l'existence, est bon et juste pour l'individu et pour la société. En fait, ils définissent les catégories dans lesquelles ce problème peut être pensé. Par exemple, les médecins ne se contentent pas de définir les termes de la pratique médicale, ils cherchent également à définir pour tous la nature même de la santé et de la maladie. Quand la prétention d'un groupe à disposer d'un mandat d'une telle ampleur est reconnue comme légitime, explicitement ou implicitement, on peut considérer qu'une profession est établie » (Hugues, 1996, p.100, dans Champy).

C'est alors les représentations d'une profession qui vont être matérialisées et acceptées dans les pratiques de tous les acteurs qui interagissent avec elle. Dans le cas de la médecine ce phénomène se traduit par la médicalisation de faits extérieurs au purement médical sur lesquels les médecins vont prendre le pouvoir en les acceptant dans leurs compétences.

1.2.2. Un monde social du soin de proximité

Le concept de monde social définit la coopération des acteurs de manière plurimodale. Strauss le définit en quatre points : un niveau routinier, formel, un « *univers de réponses réciproques régularisées*. C'est ensuite un espace : une *arène où existe une sorte quelconque d'organisation*. C'est aussi un ensemble de codes culturels *permettant une communication efficace*. C'est enfin un *potentiel de créativité* (Shibutani dans Dubar, p.115) qui permet aux acteurs de développer des stratégies de résolution de problèmes communs. L'analyse par ce biais permet d'avoir une vue plus globale des « univers cognitifs et relationnels » (Becker, 1988, dans Dubar, p.115) des réseaux libéraux de soin et la coopération mise en œuvre qui « peut revêtir une forme éphémère mais devient souvent plus ou moins systématique, engendrant des structures d'activité collective » (Becker, 1982, p.27 dans Champy). Françoise Bouchayer illustre en partie ce concept par son enquête sur la « fonction soignante de proximité » (dans Bloy et Schweyer, 2010). Elle a en effet étudié les professions de médecin généraliste, infirmières et kinésithérapeutes sur un plan horizontal, amenant « à reconsidérer la partition habituelle entre prescripteurs et prescrits » (Bouchayer dans Bloy et Schweyer, 2010, p.171). Elle explique que cette division peut être reconsidérée sous un angle différent dans les faits :

« En matière de détermination par le soignant du contenu de son travail, l'autonomie professionnelle ne se présente donc pas comme l'apanage des seuls médecins généralistes et la dépendance vis-à-vis de ces derniers des professions paramédicales exerçant en libéral se trouve largement modulé dans les faits. » (Bouchayer dans Bloy et Schweyer, 2010 p.172).

Les différents acteurs partageraient en outre un certain nombre de « positions et de fonctions sur le marché des soins » (Bouchayer, 2010), notamment vis-à-vis du patient, dans l'installation du contact et de la relation thérapeutique, l'intervention à domicile, etc. Ces éléments évoquent alors « la fonction soignante de proximité » comme une forme de monde social.

2. La division du travail médical

La spécificité de la division du travail médical est qu'elle se joue d'une part à un niveau horizontal entre les différentes spécialités médicales, et d'autre part à un niveau vertical avec la médecine générale puis entre les médecins et les professions paramédicales. La place occupée dans la division du travail est le témoin de la position sociale et de l'évolution de la profession. Le médecin généraliste se retrouve ainsi dans une position paradoxale puisqu'il se situe sur un plan vertical à la fois ascendant et descendant dans la division du travail. En effet, il a le pouvoir sur les paramédicaux mais bien qu'il partage des inférences avec les médecins spécialistes il est moins formé qu'eux et a donc moins de pouvoir.

2.1. Délimitation des territoires et institutionnalisation des professions

La division du travail induit une certaine forme de lutte entre les professions qui vont développer différentes stratégies pour acquérir la reconnaissance de leurs compétences. Pour Abott, la légitimité d'une activité est sans cesse remise en questions par la concurrence interprofessionnelle, « les frontières des compétences sont perpétuellement en débat » (Abott, 1988, p.2 dans Dubar p.143), c'est alors sur le renouvellement permanent des savoirs et des techniques que va se jouer le pouvoir professionnel. Ce phénomène est accentué dans le milieu de la santé du fait de la crise qu'il traverse, les groupes sont donc d'autant plus en quête de légitimation et vont argumenter dans ce sens. Selon R. Perdrix, la pluridisciplinarité des disciplines paramédicales et plus particulièrement de l'orthophonie multiplie le partage d'inférences avec les disciplines voisines. Aussi, chaque acteur va se positionner vis-à-vis du groupe qui lui semble le plus concurrent selon ses croyances et sa pratique, « ce serait le repérage d'un groupe adjacent considéré comme particulièrement menaçant qui rendrait nécessaire un travail d'élaboration d'une frontière interprofessionnelle. » (Perdrix, 2008, p.155). Le processus de légitimation se ferait alors de manière clivée entre les croyances partagées avec les groupes rivaux et l'argumentation sur les techniques spécifiques au groupe. Ces frontières mobiles sont évoquées par Abott en 2003 lorsqu'il développe sa théorie des écologies liées qui éclaire, selon lui, la manière dont certaines professions vont prendre le dessus sur d'autres, il décrit ce phénomène comme des « systèmes d'éléments aux interactions multiples et pour la plupart indépendants » (Abott, 2003n dans Dubar p.145) qui interagissent entre eux, c'est donc dans un nouvel espace que se joue la légitimation des groupes professionnels, puisque « tout événement relève en fait d'une stratégie qui satisfait aux exigences de toutes les écologies concernées en même temps » (Abott, 2003, dans Menger p.39), c'est donc précisément sur les « charnières » entre les écologies que se jouerait la reconnaissance exclusive de certaines compétences et par là l'institutionnalisation des professions par rapport aux occupations, soit la légitimité des groupes.

2.2. Légitimité et autonomie dans un contexte de crise du secteur médical

Nous avons évoqué plus haut le contexte de crise du corps médical, c'est à travers ce prisme que nous aborderons les enjeux de pouvoir et d'autonomie qui nous intéressent ; Aïach, Fassin et Saliba (1994) ont étudié le discours des acteurs sur les modifications de leur exercice et ont fait ressortir des revendications de différents ordre, notamment sur les conditions de travail :

« Il arrive que le contenu des activités ait subi des modifications perçues comme une déqualification. Tel est le cas des généralistes qui, confrontés à la double concurrence d'un secteur hospitalier plus performant techniquement et de spécialistes prenant en charge les malades considérés comme les plus gratifiants d'un point de vue de clinicien, se sentent confinés dans les tâches peu valorisantes (certificats) et des activités concernant des problèmes pour lesquels ils peuvent se sentir désarmés (ce qui relève du « social ») » (Aïach, Fassin et Saliba, p.17).

La perte d'autonomie quand à elle se situerait à deux niveaux : vis-à-vis des pouvoirs publics (formalités administratives imposées, etc.) et au sein du monde médical, liée au jeu de la concurrence et à la délimitation du territoire évoqués plus haut : « les espaces d'autonomie professionnelle conquis le sont donc par rapport à ceux qui occupent une position dominante dans le champ médical, et l'Etat n'y est plus acteur, mais avant tout médiateur, imposant en dernier ressort la vérité de la loi » (Aïach, Fassin et Saliba, 1994, p.19), c'est cette dimension que nous chercherons à explorer à travers notre recherche, puisqu'à travers ces observations, « c'est la légitimité même des professions qui est en cause, c'est-à-dire leur reconnaissance au sein du champ médical comme vis-à-vis des usagers et des pouvoirs publics » (Aïach, Fassin et Saliba, p.21). Le paradigme scientifique étant le plus couramment accepté actuellement dans le monde médical, ce sont les valeurs, savoirs et techniques issus de la recherche scientifique qui sont valorisés. Les médecins hospitaliers et spécialistes auraient alors l'apanage de cette légitimité qui leur donnerait un pouvoir sur les autres groupes professionnels par « une reconnaissance et une valorisation de la médecine moderne qui apporte quotidiennement la preuve de son efficacité dans la gestions des pathologies organiques » (Aïach, Fassin et Saliba, p.36). C'est sur d'autres paradigmes que devront alors se construire les stratégies de légitimation des autres professions, notamment la dimension relationnelle du soin, que l'on retrouve chez les généralistes qui feront valoir « le caractère plus global et plus humain de leur prise en charge » (Aïach, Fassin et Saliba, p.40), c'est donc dans un contexte d'« évolution des représentations et des pratiques concernant la santé » (Aïach, Fassin et Saliba, p.42) que les enjeux d'autonomie et de légitimité vont être perçus.

Le terme de profession étant désormais défini, il nous paraît nécessaire de nous pencher sur la notion de « représentations professionnelles », concept au centre de notre questionnement.

II. Interactions entre représentations sociales et pratiques professionnelles

Le concept de « représentation collective » a été introduit pour la première fois par Durkheim en 1895 puis repris par Moscovici en 1961 pour spécifier que les faits sociaux, objets de la sociologie, sont de nature représentative. Depuis, de nombreux auteurs se sont intéressés à cette notion, dont Blin qui a développé l'idée de « représentations professionnelles »

1. Les représentations professionnelles au sein des représentations sociales

La communauté scientifique s'accorde pour définir les représentations sociales comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Moscovici, cité par Blin, 1997, p.70). Elles participent donc à la conscience collective et permettent aux groupes de pouvoir communiquer, s'organiser et orienter leurs conduites.

Contrairement à l'approche cognitive, l'approche sociale des représentations est traitée d'une manière concrète et directement observable. Une représentation sociale est toujours

la représentation d'un objet réel ou fictif. : « Celui-ci peut être aussi bien une personne, une chose, un événement matériel, psychique ou social, un phénomène naturel, une idée, une théorie, etc. ; (...), mais il est toujours requis. Il n'y a pas de représentation sans objet » (Jodelet, 1989, p.37). La représentation sociale est également représentation de quelqu'un puisque chaque sujet a sa propre perception du monde. Par ce biais, la représentation peut avoir un décalage avec son référent. Elle a donc un « caractère constructif, créatif, autonome (...) qui comporte une part de re-construction, d'interprétation de l'objet et de l'expression du sujet » (Jodelet, 1989, p.37).

S'inscrivant dans un contexte particulier, les représentations professionnelles sont à analyser comme « produit et processus, sous-jacentes à des pratiques mises en œuvre dans des contextes professionnels par des individus socialement situés » (Blin, 1997, p.80). Effectivement, « celui qui s'exprime le fait à partir de son entreprise, de son travail » (Grize et Verges, 1987).

Ces représentations s'élaborent au sein de groupes de même profession, c'est pourquoi elles sont dites « sociales ». « Il ne s'agit pas d'un savoir de sens commun ou de pensée naïve car les professionnels ont un rapport de connaissance, d'action et d'implication avec leurs activités professionnelles qui les différencie des autres catégories de la population » (Blin, 1997, p.83). Liées aux statuts professionnels des acteurs, et à leur degré d'engagement et d'implication dans leurs activités professionnelles, elles sont sujettes à des transformations en fonction des contextes.

« Toujours spécifiques à un contexte professionnel (elles) sont définies comme des ensembles de cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives portant sur des objets significatifs et utiles à l'activité professionnelle et organisées en un champ structuré présentant une signification globale » (Blin, 1997).

Les représentations professionnelles sont spécifiques par les objets qu'elles représentent. En effet, ceux-ci doivent être pertinents et utiles pour l'exercice des activités professionnelles. Elles ont donc une dimension instrumentale, dans le sens où elles « constituent un niveau de référence qui structure et oriente les niveaux cognitifs de l'action (représentations des tâches, intention...) » (Blin, 1997, p.83).

2. Influence réciproque entre pratiques et représentations

Nous l'avons abordé en définissant les représentations sociales, celles-ci ont un impact sur notre manière d'appréhender le monde. Nous exposons ici les différents rôles que peuvent occuper les représentations sociales, et les relations qu'il existe entre représentations et pratiques.

2.1. Rôle des représentations au quotidien

Il nous paraît important de citer ici les quatre fonctions essentielles auxquelles les représentations sociales répondent.

Selon Moscovici, les représentations faciliteraient la communication et les échanges sociaux en permettant aux individus de comprendre et d'expliquer la réalité en lien avec leur fonctionnement cognitif et les valeurs auxquelles ils adhèrent. Les représentations seraient alors synonymes de savoirs « naïfs » ; les représentations ont donc une fonction de savoir.

Elles ont également un rôle identitaire puisqu'elles « ont aussi pour fonction de situer les individus et les groupes dans le champ social... [elles permettent] l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec des systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminés » (Mugny et Carugati, 1985, p.183). Cette fonction intervient dans les processus de socialisation ou de comparaison sociale.

Les représentations sociales guident les conduites et les comportements des individus. En effet, elles permettent aux sujets d'anticiper, de produire des attentes en interprétant ou en sélectionnant des informations pour rendre la réalité conforme à leurs représentations. « La représentation est prescriptive de comportements ou de pratiques obligés. Elle définit ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné » (Abric, 1994, p. 17). En ce sens, elles ont une fonction d'orientation.

Elle peut également intervenir a posteriori et ainsi servir à justifier nos choix et nos attitudes dans une situation particulière. Cela peut notamment être le cas lors de rapports compétitifs entre des groupes adverses ; ainsi la représentation joue un rôle de « maintien ou de renforcement de la position sociale du groupe concerné ». Elle a « pour fonction de pérenniser et de justifier la différenciation sociale, elle peut (...) viser la discrimination ou le maintien d'une distance sociale entre les groupes concernés » (Abric, 1994, p.18).

2.2. Quand les pratiques influencent les représentations

De nombreuses études ont été réalisées, mettant en exergue que, comme le dit Flament, « les pratiques sont la principale source, sinon la seule, des transformations des représentations » (cité par Guimelli, dans Abric, 1994, p.83). Pour illustrer notre propos, nous avons choisi de nous intéresser à une étude réalisée par Guimelli. Celui-ci s'est penché sur le cas de la fonction d'infirmière dans laquelle pratiques et représentations étaient en pleine évolution.

Effectivement, depuis 1946, date de la première définition légale de la profession d'infirmière, les fonctions de l'infirmière ont évolué pour comporter aujourd'hui deux rôles distincts : un rôle « prescrit » dans lequel l'infirmière est perçue comme une simple exécutante des actes prescrits par le médecin ; un rôle « propre » dans lequel elle fait preuve d'autonomie et où elle met en pratique son propre savoir, notamment concernant des compétences techniques mais surtout relationnelles.

Nous avons choisi cette étude spécifique, sentant que nous pouvions faire un parallèle (plus ou moins éloigné) avec les médecins généralistes, eux aussi en pleine crise professionnelle et amenés à modifier leurs pratiques face à l'essor des médecins spécialistes.

Guimelli a réalisé une étude auprès de différents groupes d'infirmières qui expérimentaient de manière plus ou moins importante, en fonction de leur lieu d'exercice, ce rôle « propre ».

Il concluait cette étude en disant qu'« on observe des mouvements importants dans la structure de la représentation lorsque les sujets accèdent à des pratiques nouvelles ». Autrement dit, plus les infirmières modifient leurs pratiques en favorisant leur rôle propre, plus leurs représentations évoluent en accordant une place prépondérante aux prescriptions relatives à leur propre savoir dans le champ représentationnel.

Ainsi, les pratiques jouent un rôle important dans la modification des représentations. Notons cependant que cette influence entre pratiques et représentations sociales est un mouvement bidirectionnel. Parfois, ce sont les représentations sociales qui ont des effets sur la pratique sociale. Palmonari stipule que « les représentations sociales (...) deviennent (...) des instruments de connaissance sociale en mesure de produire des significations, d'avoir des effets sur la pratique sociale, d'organiser et d'orienter les comportements et les communications sociales » (Palmonari dans Jodelet, 1989, p 310).

Alors que les concepts clés de notre analyse ont été abordés précédemment, il nous semble pertinent de présenter ici dans quel contexte la médecine générale évolue aujourd'hui, en abordant notamment les notions de division du travail et de relations interprofessionnelles.

III. La médecine générale au sein du système de soin

Nous approfondirons dans cette partie les paradoxes de la position de la médecine générale dans la division actuelle du travail médical et ses relations avec les autres professions médicales et paramédicales. Pour cela nous aborderons dans un premier temps les représentations de la santé et de la maladie influentes sur l'exercice de la médecine générale et les enjeux de la médicalisation ; nous nous intéresserons ensuite à la fragilité de la construction de l'identité professionnelle des médecins généralistes et aux paradoxes présents dans leur pratique professionnelle ; enfin nous nous pencherons sur les relations interprofessionnelles qu'ils entretiennent avec les autres acteurs du secteur médical.

1. Représentation de la santé et médicalisation

Les représentations de la santé et de la maladie ont subi des modifications qui s'inscrivent dans la socialisation professionnelle des médecins et les invitent à envisager la santé de manière globale. Aussi, de nouveaux champs de compétences se voient rattachés à la médecine que les médecins doivent par conséquent inclure à leur exercice.

1.1. Représentation sociale de la santé et de la maladie

Pour éclairer notre analyse du discours des acteurs dans le cadre d'une prescription de soins paramédicaux, il nous a paru important d'élargir notre champ d'étude aux représentations de la maladie et de la santé. Claudine Herzlich mentionne qu'actuellement dans notre culture, la santé et la maladie ne sont plus uniquement conçues comme des ensembles de faits objectifs de nature organique mais comme des « faits psychosociaux ». Cette conception s'inscrit progressivement dans les formations des médecins et du personnel hospitalier et est largement diffusée aux clients par le biais des médias. Cependant le paradigme scientifique dominant induit un clivage au sein du monde médical entre « les théories centrées sur l'objectivation de la maladie dans le corps [et] celles qui envisagent santé et maladie davantage comme un mode de relation - équilibre et déséquilibre - de l'homme avec son milieu ; où interviennent donc facteurs humains, conditions écologiques et structures sociales » (Herzlich, 1996, p.14). Elle ajoute que pour le médecin le concept de santé n'est pas primordial, contrairement à celui de maladie. Cela induit une non-prise en compte des différentes dimensions de la norme, « l'absence de maladie, souvent invoquée, est le plus souvent considérée comme un critère inadéquat, rendent compte d'un « minimum » nécessaire mais non suffisant » (Herzlich, 1996, p.79). La définition de la santé serait bien plus complexe et impliquerait la prise en compte de l'individu dans sa globalité incluant ses interactions avec l'extérieur, « sa performance doit être évaluée en fonction de sa situation dans l'environnement physique et social » (Herzlich, 1996, p.79). Le concept de santé serait donc pluridimensionnel et inclurait des facteurs sociaux, il se définirait comme un « mode de relation de l'individu avec le milieu » (Herzlich, 1996, p.89).

1.2. Enjeux de la médicalisation pour les non-médecins

L'acception de la médicalisation qui nous intéresse la situe comme l'« extension du champ de compétence de la médecine et de tout ce qui s'y rattache » (Aïach, 1998, p.15), du fait de la supériorité du paradigme scientifique, les groupes ne le partageant pas ne pourraient pas être reconnus comme experts, parce que « [leur] crédibilité ne paraît pas suffisante » (Aïach, 1998, p.15), cependant, la nouvelle conception de la santé intégrant les dimensions sociale et psychique est valorisée dans notre société (cf. supra), ce qui implique de nouvelles demandes de soins. Les problèmes relevant de ces nouveaux champs de la santé vont donc être médicalisés, c'est-à-dire qu'on va « requérir la compétence d'un médecin pour définir la nature d'un phénomène qui pose problème, pour établir s'il relève de son intervention et, finalement, si c'est le cas, pour le traiter selon les moyens qui sont à sa disposition » (Druhle et Clément dans Aïach, 1998, p.71), ce processus va donc contre les croyances des médecins qui n'adhèrent pas forcément à cette conception de la santé, surtout quand la « réalité problématique » se situe dans des champs plus éloignés de la médecine « organique » et sur lesquels ils auraient moins de prises. Se pose alors la question du contrôle et de la coordination des soins, pour lesquels ils pourraient se positionner en tant que référents les plus légitimes du fait de leur expertise et de leur position dans la division du travail, ce biais pourrait engendrer une modélisation médicale de l'intervention de soin quelle qu'en soit la nature, « si c'est le cas, le processus en jeu est celui d'un prolongement du rapport social médical au sein duquel l'autorité médicale, issue d'une certification de compétence spécifique, instaure une relation de supériorité vis-à-vis du non-médecin » (Druhle et Clément dans Aïach, p.72).

Les auteurs insistent aussi sur la subjectivité des représentations des acteurs quant aux « réalités problématiques », et plus globalement entre les différentes spécialités médicales, selon leur formation et leur type de clientèle. Cette question va alors s'articuler autour de trois enjeux :

- « L'enjeu du classement des réalités problématiques » consiste à accepter ou non ces réalités dans le domaine du médical, ce qui « structure les transactions entre les médecins et les autres « prétendants » à l'intervention » ((Druhle et Clément dans Aïach, 1998) en attente de validation médicale de la réalité-problème et du droit de la traiter.
- « L'enjeu du mode d'intervention le plus approprié au sein du médical » qui va déterminer les spécialités les plus à même de superviser le traitement, c'est à ce niveau-là que l'on observera la relation du médecin généralistes aux spécialistes.
- « L'enjeu du pilotage des opérations et de la direction des alliances avec des spécialistes autres que médicaux » qui va organiser les relations entre médecins et les autres intervenants (paramédicaux, travailleurs sociaux, enseignants, etc.).

Ces trois enjeux se rassemblent dans « la détermination d'une classification, la légitimité d'une intervention et les propriétés de compétence et de performance de certains agents » (Druhle et Clément dans Aïach, p.72). Il reste à définir le contexte de ce processus de médicalisation, à savoir d'où provient la demande. Comme nous l'avons vu plus haut, la conception actuelle de la santé influence pour beaucoup le déclenchement de ce processus en acceptant de nouveaux champs au sein du médical ; chez les médecins cette impulsion ne peut se faire que si ses fonctions sont légitimées au sein de l'intervention, mais la demande peut venir « des non-médecins [qui] font pression sur des médecins pour qu'ils prennent en charge certaines réalités qu'ils excluent de leur pratique » (Druhle et Clément dans Aïach, p.73). Ce sont ces demandes qui ont « permis que l'accroissement considérable des effectifs des professionnels de santé se produise sans qu'il n'y ait jamais de saturation de la demande de soins. » (Aïach, Fassin et Saliba, 1994, p.27), cependant, la régulation se fait par l'Etat via le financement alloué aux différents actes, certains actes ne bénéficiant pas de remboursements par la sécurité sociale malgré les indications médicales (ergothérapie, psychomotricité, etc.), c'est à travers ces divergences que se jouent les rapports entre médecine institutionnelle et médecine libérale.

1.3. Les médecins généralistes face à la dimension sociale et psychologique de la demande

Claudie Haxaine, Philippe Genest et Philippe Bail se sont intéressés aux pratiques des médecins généralistes face à la souffrance psychique, cette étude nous a paru intéressante pour notre mémoire car elle aborde des thèmes que nous avons retrouvés lors de notre enquête. Ils abordent notamment la difficulté pour les médecins généralistes de poser un diagnostic : « les praticiens « ressentent » la souffrance de leurs patients mais ne disposent pas de la clinique pour la diagnostiquer en tant qu'entité » (Haxaine, Genest et Bail, dans Bloy et Schweyer, 2010, p.135).

L'écoute est alors leur première réponse, « dans l'idéal, l'écoute est proposée comme outil de soin » mais elle n'est pas proposée sous la même forme qu'en psychothérapie, elle apparaît sous une forme d'échange fondé sur le contexte de vie du patient, avec une dimension de conseil, qui va parfois revêtir la forme d'injonction afin d' « affirmer leur prescription » (Haxaine, Genest et Bail dans Bloy et Schweyer, 2010, p. 136), cependant, l'enquête démontre que les praticiens s'approprient cette pratique en brochant avec leurs apports personnels autour de leur contraintes professionnelles, notamment la contrainte temporelle. D'où le ressenti de leurs limites qu'ils « évoquent en terme de savoir qui fait défaut » (Haxaine, Genest et Bail dans Bloy et Schweyer, 2010, p. 137), émerge alors une demande de formation face à ces problématiques qui les mettent en position de doute. « Cette limite de compétence renvoie également à la recherche d'un partenaire qui, lui, serait plus compétent, détiendrait le savoir-faire, « la technique » (Haxaine, Genest et Bail dans Bloy et Schweyer, 2010, p.137) les auteurs précisent que l'adresse n'est fondée sur aucun critère précis mais sur des arguments personnels de l'ordre du ressenti. Ce serait donc à travers l'écoute que se dessineraient les limites de l'action du médecin généraliste entre le « « franchement médical » et le « plutôt social » face auquel le généraliste se retrouve démuné » (Haxaine, Genest et Bail dans Bloy et Schweyer, 2010, p.137).

Ils ajoutent que « le social, dans bien des cas, déplace leurs pratiques de prescription des normes de la médecine basée sur la preuve » (Haxaine, Genest et Bail dans Bloy et Schweyer, 2010, p.139). Les médecins généralistes s'éloigneraient donc ainsi du paradigme scientifique dominant dans le champ de la santé, ce qui marquerait encore plus l'écart constaté avec les médecins spécialistes et hospitaliers. Bien qu'ils aient conscience de ce déplacement de leur champ d'action, ils se sentiraient impuissants, du fait de leur rôle de prescripteurs intimés à « produire un acte thérapeutique ». Ce manque de prise sur la prescription serait donc source de souffrance pour le généraliste lui-même, démuné face à la souffrance du patient, insolvable par la médecine organique. En conclusion les auteurs soulignent que la souffrance psychique serait donc pour le médecin généraliste « une confrontation aux limites: du médical, de l'action des traitements, de l'efficacité de la médecine » (Haxaine, Genest et Bail dans Bloy et Schweyer, 2010, p.144). Il appartient alors à chaque praticien « d'inventer la réponse qu'il apporte » (Haxaine, Genest et Bail dans Bloy et Schweyer, 2010, p.144) de l'extraire de son expérience personnelle et des outils qu'il a en main en s'appropriant la démarche afin de ne pas se sentir dépossédé de sa prescription.

« Ceci borne le pouvoir médical et s'impose au médecin généraliste comme une insuffisance en terme de savoir, de capacité diagnostique ou thérapeutique. Il se trouve atteint au cœur même de sa fonction ce qui génère une souffrance pour lui-même ».

C'est l'identité professionnelle qui est alors touchée, comme nous le verrons plus loin dans le contexte de crise de la médecine latent depuis la fin du XX^{ème} siècle en France.

2. Fragilité de la place de la médecine générale dans la redistribution de la division du travail

La construction de l'identité professionnelle du médecin est fragilisée par la crise que traverse la médecine générale ; aussi, les champs de compétences du médecin ont été redistribués et ne correspondent pas forcément aux représentations que les médecins se font de leur exercice. Ce décalage génère alors un flou sur les pratiques des médecins généralistes, corrélées aux autres intervenants du secteur médical en interaction avec eux.

2.1. Construction d'une identité professionnelle dans un contexte de crise de la médecine générale

Les premières enquêtes sociologiques sur la médecine générale ont mis en lumière la fragilité de l'identité professionnelle du groupe des médecins généralistes en proie à des représentations professionnelles qui se reflètent à travers « un défaut de construction historique, une socialisation professionnelle insuffisante (...), un déficit de reconnaissance matérielle et symbolique » (Bloy dans Bloy et Schweyer, 2010, p.23). En découlerait un sentiment d'illégitimité diffus accentué par l'isolement libéral et le prestige de la médecine hospitalo-universitaire. Bien que l'activité libérale garantisse dans les représentations communes un cadre d'écoute et de proximité relationnelle qui ferait que « le généraliste en son cabinet reste « le plus médecin des médecins » » (Herzlich et *al.*, 1993, p.104 dans Bloy et Schweyer, 2010, p.27), elles ne tiennent pas compte de la pression temporelle, de la gestion du cabinet dans le but du maintien du niveau de vie et des tâches administratives qui influent inexorablement sur la qualité des soins apportés aux patients. En effet, la profession médicale en général est étroitement liée à l'Etat du fait du mandat qu'il lui a accordé (cf. I.1.2.a), en lui donnant son autonomie il est aussi le seul à pouvoir la retoucher, et notamment via le système solidaire de financement des soins qui assure une grande partie des revenus des médecins. Les médecins généralistes seraient les plus touchés par la crise qui affecte la profession médicale en ce qu'ils sont devenus « des « poly spécialistes » ne pouvant éviter une critique comparative de leurs compétences vis-à-vis de chaque catégorie de spécialistes patentés » (Lazar, 1990, p.23 dans Aïach et Fassin, 1994, p.124). Aussi, les récentes recherches médicales et progrès techniques seraient l'apanage des seuls spécialistes, induisant un « déclin professionnel » (Freidson, 1986) de la médecine générale qui se caractériserait par une diminution des champs d'activités et une baisse de reconnaissance des autres acteurs et des clients. « La médecine générale devient durablement, malgré l'importance de ses effectifs, un segment dominé du monde médical qui ne trouve longtemps à se définir qu'en creux, comme en retrait de l'évolution scientifique et technologique. » (Bloy dans Bloy et Schweyer, 2010, p.33), ce résultat est le fruit du processus de spécialisation de la médecine enclenché dès le XIX^{ème} siècle et accompli à la veille de la seconde guerre mondiale, où l'on voit s'opérer un inversement des tendances dans le sens d'une valorisation des savoirs et pratiques spécialisés qui va s'inscrire dans les universités par les chaires accordées aux différents segments professionnels :

« L'autonomisation successive de branches spécialisées fait évoluer la conception même de la clinique générale. A mesure que celle-ci se voit soustraire une part de plus en plus importante de la pathologie, elle perd

sa cohérence épistémologique et tend à être redéfinie comme un domaine par défaut, matrice de futurs territoires spécialisés. D'où le renversement de la hiérarchie symbolique au profit des spécialités et finalement la disparition des chaires de clinique générale médicale » (Pinell, 2004, p.1069 dans Bloy et Schweyer, p.30)

La domination des spécialités a donc redéfini les pratiques des médecins généralistes « en fonction de leur complémentarité avec la médecine spécialisée » (Pinel, 2005, dans Bloy et Schweyer, 2010, p.36). Les champs de compétences alloués à ce groupe ne sont donc pas clairement définis mais relèvent de la déontologie et il appartient à chaque acteur de « ne pas entreprendre ou poursuivre des soins ni formuler de prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence ou ses possibilités » (décret du 29 juin 1979 relatif au code de déontologie médicale in Broclain, dans Aïach et Fassin, 1994, p.131). Il semble important de relever l'existence de différences interindividuelles entre les acteurs qui selon leur environnement, leur sensibilité, leur représentation du groupe auquel ils appartiennent vont s'approprier différemment ce nouveau territoire d'exercice. Pour Isabelle Baszanger chaque médecin généraliste « a une part active dans la construction de son objet de travail » (Baszanger, 1983 dans Broclain, dans Aïach et Fassin, 1994, p.135) en définissant son champ d'action et ses limites tout en tenant compte des demandes de la clientèle qui doit suffire à subvenir à ses besoins. Il est donc important pour lui de maintenir une image sociale solide malgré le flou sur lequel s'est reconstruite l'identité professionnelle du groupe, c'est sa légitimité qui est en jeu. C'est alors la spécificité relationnelle, comme nous l'avons dit plus haut, réminiscence de l'âge d'or de la médecine générale, qui va être mise en exergue, ainsi que le rôle d'orienteur et de pivot au sein du parcours de soin du patient qui lui est plus récent et pourrait élever la médecine générale à une forme de spécialisation (bien que dans les faits elle figure au concours d'internat en tant que telle depuis 2004). Cependant, la concurrence entre les universités se jouant sur la qualité de la formation des spécialistes, la formation des généralistes est souvent mise de côté et « les conditions de renouvellement du groupe professionnel (...), à l'identité déjà incertaine, en sortent globalement dégradées » (Bloy dans Bloy et Schweyer, 2010, p.37), c'est de plus la spécialité la plus accessible, « les généralistes apparaissent comme le rebut du concours au sein d'un corps médical plus hiérarchisé qu'avant » (ibid.). C'est donc à partir de cette expérience que vont se forger les représentations professionnelles du groupe spécialistes et « savoirs spécialisés » et autour de cette relation originelle que vont se jouer rapports entre les professions, « entre établis et *outsiders* » (Elias et Scotson, 1997 ; Bloy, 2008 dans Bloy et Schweyer, 2010, p.38).

2.2. Paradoxes et spécificités des pratiques du médecin généraliste

Comme nous l'avons vu, les pratiques des médecins généralistes se déploient sur un spectre très large allant du relationnel, du social, à la technique en passant par l'administratif, certaines de ces activités sont jugées par les acteurs comme chronophages et dévalorisantes, cependant le lien direct avec les organismes financeurs les contraint d'exercer un rôle de régulation et des activités de santé publique qui les éloigne du purement médical, domaine dans lequel ils sont censés être plus à l'aise mais peuvent déplorer une limite des connaissances et des actions possibles dans certains domaines plus pointus dans lesquels leur formation fait défaut (outre certains domaines médicaux, en psychologie, social, etc.), « l'enseignement reçu est en décalage avec leur pratique et ils poursuivent la construction de leurs savoirs par une formation *sur le tas* » (Sarradon-Eck

dans Schweyer, dans Bloy et Schweyer, 2010, p.259). Cette position de front impliquerait pourtant d'être compétent dans tous les domaines afin d'éviter toute erreur médicale qui serait dommageable pour le patient et en même temps toute dépense inutile qui serait dommageable pour l'Etat ; des responsabilités qui pèsent lourd sur les épaules des médecins qui d'un autre côté se retrouvent face à de fréquentes situations de « *bobologie* », actes dévalorisants que Sarradon métaphorise en « tri des déchets (...) pour exprimer la polyvalence du médecin de proximité et la réception des patients présentant des problèmes indifférenciés » (ibid. p. 259). C'est là que réside le paradoxe de cette position de pivot au sein du système de soin, « ce qui fait la spécificité de la médecine générale de premier recours est aussi source de tensions pour le praticien qui doit assumer des choix parfois difficiles et inconfortables. » (Schweyer dans Bloy et Schweyer, 2010, p.56), c'est en effet lui qui se retrouve face aux plaintes du patient et se doit de centraliser les informations et d'orienter au plus juste tout en prenant le risque de se tromper et de « perdre la face » face aux autres acteurs qui gravitent autour du patient ; car sa démarche s'inscrit au sein de réseaux de soin qui s'articulent selon différentes modalités et sont « de véritables outils de travail » (Schweyer dans Bloy et Schweyer, 2010). En effet le quotidien des médecins généralistes inclut le recours à d'autres professionnels avec lesquels ils sont en lien et qui façonnent sa propre pratique : « Les réseaux de soins informels ne sont pas une simple addition de pratiques individuelles, ils constituent des espaces dans lesquels se construisent et se transforment des identités professionnelles » (Sarradon-Eck et *al.*, 2004) ces réseaux sont donc le berceau des questions de territoires professionnels, de concurrence, de mouvements d'affranchissement de la hiérarchie tout en maintenant un triple idéal de travail en équipe sur le modèle hospitalier, d'organisation autonome du travail et de proximité relationnelle (Sarradon-Eck et *al.*, 2004, p.15-16) qui modélise les relations avec les autres groupes ; aussi, c'est l'intérêt des patients et des différents praticiens qui régule ces réseaux et structure les relations entre soignants. C'est ainsi qu'une typologie est née des travaux de Sarradon-Eck et *al.* pour établir le rôle que se donnent les médecins généralistes au sein de ces réseaux et du système de soin en général, vis-à-vis du parcours des patients, elle définit trois figures de médecins généralistes :

- « Le médecin de famille-pivot » dont l'image est à la fois celle transmise par l'Etat (via la réforme de médecin traitant notamment) et celle traditionnelle du médecin de famille, pour lequel le relationnel prime mais avec une nuance de paternalisme, et une importance accordée à la centralisation des données patient.
- « Le médecin de famille-coordonateur » toujours sur un mode relationnel privilégié vis-à-vis du technique mais avec une plus grande autonomie accordée au patient, il revêtira plutôt un rôle de conseiller et de coordination du parcours de soin entre les différentes voies proposées.
- « L'orienteur » quand a lui laisse le patient diriger sa trajectoire de soin en lui proposant des soins généraux et en passant la main dès que la limite de ses compétences est atteinte, il n'attend pas forcément de retour des professionnels l'essentiel de la coordination se faisant par le patient.

La coordination des soins serait donc au centre des pratiques des médecins généralistes et impliquerait d'être la plateforme d'échange entre le patient et les autres acteurs du système de soins, c'est pourquoi nous nous intéresserons aux modalités de l'échange avec les autres professionnels.

3. Relations interprofessionnelles et réseaux libéraux

La position de centralisateur du médecin généraliste le met dans une position de se sentir responsable du patient dans la globalité de son parcours, mais n'a paradoxalement que « rarement une vision horizontale de la prise en charge » (Sarradon dans Bloy et Schweyer, 2010, p.265). Ce constat serait dû à une mauvaise connaissance des acteurs et de leur travail auprès des patients, de plus on remarque un désir d'autonomie de la part des professionnels et notamment vis-à-vis des autres groupes, phénomène majoré chez les professions prescrites, ce qui rend difficile le partage de la prise en charge, chaque acteur voulant maintenir sa patientèle, il faudra trouver un équilibre pour « définir les responsabilités dans le soin » (Sarradon dans Bloy et Schweyer, 2010, p.266). Ces relations sont aussi régulées par l'Etat qui impose des règles d'échanges d'informations (compte-rendu de bilan par exemple pour les orthophonistes) qui confortent le généraliste dans son rôle spécifique de coordinateur et lui donne l'impression de maîtriser le parcours du patient et sa prise en charge. Cependant au delà des tensions autour du partage de la prise en charge se joue un partage de la légitimité à prendre en charge, du fait de la division du travail médical qui induit « des superpositions de territoires professionnels pouvant entraîner des interfaces conflictuelles ».

Les généralistes sont plus exposés à ces conflits territoriaux en raison de l'absence de territoire déterminé et spécifique à la médecine générale » (Sarradon dans Bloy et Schweyer, 2010, p.267) c'est ainsi qu'en centralisant les informations il détient un pouvoir spécifique et une légitimité du diagnostic qui le pose en interlocuteur privilégié du patient. En effet le patient « est souvent le seul vecteur de l'information entre professionnels et il est amené à donner oralement à chaque acteur les informations qu'il juge nécessaires sur son diagnostic ou son traitement, lorsque le professionnel n'a pas reçu de lettre du correspondant ou du prescripteur » (Sarradon dans Bloy et Schweyer, 2010, p.268), ils attendent ainsi en retour un échange des professionnels autour de leur cas afin de se sentir bien pris en charge. Cependant, les échanges avec certains groupe professionnels seraient absents du discours des généralistes comme le montrent les matériaux issus de l'enquête ethnographique de Sarradon et *al.*, 2004, notamment lorsqu'il existe une concurrence directe liée aux champs de compétences, ou avec « des professionnels dont l'activité est peu connue » (podologues, orthophonistes, etc.) ; la prise en charge du malade serait donc vue à travers un kaléidoscope dont l'image renvoyée symboliserait l'éclatement des professions qui gravitent autour du patient. Cependant, l'enquête démontre quand même que « le projet thérapeutique est, dans la majorité des cas, supervisé par le généraliste qui articule les compétences et actions des autres soignants selon ses propres conceptions du rôle de chacun » (Sarradon dans Bloy et Schweyer, 2010).

Les ethnographes ont aussi cherché à définir les différents modes de « relation professionnelle » entre les acteurs et ont ainsi proposé une typologie quadripartite : collaboration, coopération, instrumentalisation, négation et les réseaux qui en découlent.

- La collaboration renvoie à une relation forte, privilégiée, dans laquelle l'implication personnelle et le professionnelle se rejoignent, et se caractérise par une grande confiance mutuelle. C'est dans ce contexte que « le médecin n'hésite pas à montrer ses failles, ses doutes et ses faiblesses, il accepte en outre que l'autre l'influence et acquiesce à ses propositions sans chercher à les discuter ni à les contrôler. »

(Sarradon-Eck et *al.*, 2004, p.26). Ce sera rarement le cas avec les professionnels paramédicaux du fait de l'asymétrie de base due à la prescription.

- La coopération se définit par un lien moins fort mais dans la même confiance ne nécessitant par contre pas d'engagement personnel. Dans ce système, les acteurs conservent leur autonomie et travaillent ensemble dans le respect du territoire de chacun, c'est le critère de compétence qui sera mis en valeur dans le choix de ces interlocuteurs. L'investissement en temps dans la relation est relativement faible ce qui permet de maintenir son autonomie et son exercice tout en ayant ce recours en cas de besoin, « les propositions du partenaire seront plus ou moins acceptées, elles seront discutées et contrôlées » (Sarradon-Eck et *al.*, 2004, p.27), la relation est fondée sur la réciprocité des échanges.
- Plus impersonnel encore, l'instrumentalisation est une manière de travailler ensemble où le partenaire n'est pas pris en compte en tant que personne mais seulement dans le service qu'il peut rendre : « l'autre n'est identifié qu'à son rôle professionnel » (Sarradon-Eck et *al.*, 2004) et sera cité par exemple comme « une rééducation », la communication s'articule alors autour de la prescription et des échanges normalisés (cf. compte-rendu de bilan) dans une « logique purement utilitaire dont la réciprocité est la donne essentielle. Par exemple, si le médecin généraliste se sert de son partenaire pour effectuer une tâche qu'il ne veut ou qu'il ne peut pas faire, ce partenaire se sert également du médecin généraliste comme « un fournisseur de clients » (Sarradon-Eck et *al.*, 2004). C'est donc un réseau fondé sur le hasard, l'adressage n'étant pas pratiqué. « Les réseaux de prestataires de service ont cependant une place importante dans la pratique quotidienne de l'ensemble des acteurs, ils correspondent à tout acte routinier qui doit être géré rapidement et efficacement en perdant le minimum de temps et d'énergie » (Sarradon-Eck et *al.*, 2004, p.33). La relation prend alors forme à travers le patient et chaque acteur maintient sa complète autonomie (y compris le patient), les partenaires sont alors imposés par les patients et le médecin a un rôle de consultant qui le limite à la rédaction de l'ordonnance (voire à la centralisation des données).
- Enfin la négation se caractérise par l'absence de relation due à la représentation de l'autre qui est nié dans sa globalité, aussi bien sur un plan personnel que professionnel, cet anonymat se retrouve chez des professionnels qui sont soit exclus du discours des généralistes du fait d'une omission, d'une méconnaissance, soit volontairement mis à part. Ce type de relation apparaît assez fréquent chez les médecins généralistes interrogés pour l'enquête de Sarradon et *al.* en 2004, deux logiques se dessinent : « Soit la non-reconnaissance de la spécificité du travail de l'autre par sa rareté ou son altérité » (sont notamment cités : orthophoniste, médecin-conseil, etc.) (Sarradon-Eck et *al.*, 2004, p.28) qui, du fait de la méconnaissance des pratiques des acteurs empêcherait au médecin de jouer son rôle de coordinateur des soins (ibid. p.34). Soit des enjeux de territoires communs et d'appropriation de la clientèle comme avec les pédiatres. Ce n'est plus alors l'autonomie qui prime mais l'exclusion « active ou passive », « l'autre n'est l'objet d'aucune reconnaissance parce qu'il est soit trop proche soit trop loin » (Sarradon-Eck et *al.*, 2004).

L'enquête relève que les modalités d'instrumentalisation et négation sont les plus prégnantes chez les médecins interrogés ; modalités que les auteurs retrouvent appliquées dans les réseaux avec les orthophonistes.

Enfin, il nous a paru intéressant dans le paradoxe de recherche d'autonomie au sein du travail en réseau de s'intéresser aux acteurs interrogés dans l'enquête de Sarradon et al. qui se rapprochent le plus dans leur revendication d'autonomie au groupe orthophoniste : les kinésithérapeutes. Il ressort de leur discours qu'ils se situent « aussi dans un processus de reconnaissance identitaire à l'égard des médecins » (Sarradon-Eck et *al.*, 2004, p.58), en effet, en tant que profession prescrite, ils remettent en question ce rôle de subordination du fait du défaut de savoirs et techniques du médecin généraliste dans les domaines investis par la pratique de leur discipline. Par ailleurs ils mettent en avant leurs compétences médicales, notamment leur capacité à poser un diagnostic et leurs spécificités dans certains champs d'activité. Se dessine alors « une volonté de conquête de nouveaux territoires professionnels - avec changement de rôle et mise en concurrence directe avec le médecin » (Sarradon-Eck et *al.*) qu'ils accusent d'un désinvestissement de la prescription. « Certains kinésithérapeutes développent même des stratégies de contournement du généraliste en établissant des alliances avec les médecins spécialistes » (Sarradon-Eck et *al.*, 2004, p.59), ce qui participe de cette conquête du territoire, car en se faisant le coopérateur direct du spécialiste le kinésithérapeute ôte le rôle de coordinateur du généraliste. Cependant, toujours dans cet idéal d'autonomie les acteurs interrogés mentionnent la qualité de la relation avec le généraliste comme vecteur de leur liberté d'action, « l'idéal de coordination du travail passerait au second plan face au positionnement identitaire et aux revendications d'autonomie » (Sarradon-Eck et *al.*). C'est donc dans ce contexte de revendication d'autonomie que se tissent les relations entre médecins généralistes et kinésithérapeutes, il nous a paru intéressant de mentionner ces éléments d'enquête dans la mesure où ils rejoignent notre questionnement de départ, questionnement identitaire qui s'est transformé au cours de notre travail en questionnement plus large que nous développerons dans la partie suivante.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Les notions théoriques que nous avons exposées précédemment nous ont permis de définir la notion de profession et ses spécificités dans le domaine de la santé. En abordant ce concept nous avons été amenées à nous interroger sur les enjeux de pouvoirs qui existent entre les différents professionnels de santé au sein du système de soin. Effectivement, la notion de légitimité, en lien avec celle de division du travail, est un thème prégnant au cœur de la crise du monde médical qu'il nous a semblé bon de définir.

Nous avons également explicité ce qu'étaient les représentations professionnelles, et les différentes fonctions auxquelles celles-ci pouvaient répondre. En effet, les représentations ont une influence sur les pratiques professionnelles, ce qui peut s'observer au sein du système de soin, comme nous l'avons mis en évidence avec l'exemple de la profession d'infirmière.

Enfin, nous avons défini l'exercice des médecins généralistes puis nous avons précisé dans quel contexte ceux-ci étaient amenés à travailler au quotidien suite à la crise du secteur médical : bien qu'au centre du système de soin, les médecins généralistes ont la sensation que leur pratique est dévalorisée face à l'essor des spécialisations.

Dans ce contexte de crise du domaine médical, et alors que nous nous positionnons en tant que futures orthophonistes amenées à travailler avec les médecins généralistes - puisque dépendantes de leur prescription - nous en avons dégagé la problématique suivante :

« Selon quelles modalités les médecins généralistes envisagent-ils la prescription orthophonique et en quoi leur quête de légitimité au sein du système de soin interfèrent-elles dans les relations qu'ils entretiennent avec les orthophonistes ? »

Nous avons donc formulé les hypothèses suivantes :

- La crise identitaire de la médecine générale influencerait ses relations avec l'orthophonie, qui illustreraient une perte de pouvoir réelle ou supposée de la professions face aux autres disciplines médicales et paramédicales.
- Les caractéristiques de la profession orthophonique (développement des champs de compétences, autonomisation) et la méconnaissance de la profession de la part des médecins généralistes joueraient un rôle dans les interactions entre ces deux professions.
- La prescription définirait de manière formelle les interactions avec les professions prescrites. Dans le cas de l'orthophonie, l'évolution du cadre institutionnel de la prescription refléterait la perte de contrôle des médecins généralistes en redéfinissant leur pouvoir professionnel.

-
- Face à cette nouvelle détermination des rôles au sein de la division du travail, différentes tendances se dessineraient parmi les médecins généralistes. Certains d'entre eux remettraient alors en question la dimension médicale de l'orthophonie du fait de la représentation des troubles traités en orthophonie comme appartenant aux domaines pédagogique et social.
 - On pourrait alors dresser une typologie selon deux types : d'une part, les prescripteurs actifs et d'autre part, les prescripteurs passifs ; leurs représentations respectives de l'orthophonie influenceraient leur façon d'envisager l'acte prescriptif.

Chapitre III

PARTIE METHODOLOGIQUE

I. S'approprier la posture sociologique

1. Choisir comme approche sociologique le courant interactionniste

En nous intéressant à l'histoire de la sociologie, nous nous apercevons que deux courants s'opposent au sein même de cette discipline : d'un côté le fonctionnalisme soutenu par Durkheim et repris par Parsons dans les années 50-60 avec le structuro-fonctionnalisme ; de l'autre l'interactionnisme, né de l'école de Chicago.

« Quand les sociologues structuro-fonctionnalistes conçoivent la société comme un système structuré par l'adéquation logique d'un ensemble de statut à un ensemble de rôle, les interactionnistes insistent au contraire sur la complexité de ces rôles, en étudiant la distance que l'acteur peut jouer par rapport à ceux-ci, et le caractère dynamique et souple de l'organisation formelle » (Goffman, 1974).

Ainsi, à l'inverse du courant fonctionnaliste, les interactionnistes sont les premiers à valoriser « l'observation directe et une conception de la société comme le produit de l'action des acteurs sociaux dans la vie quotidienne » (Gay, 2010, p.60). Une place est redonnée au sujet, c'est pourquoi la démarche associée à ce courant est qualitative. Effectivement, elle s'intéresse davantage au vécu des acteurs qu'aux données chiffrées. « Le terrain n'est plus une instance de vérification d'une problématique préétablie mais le point de départ de cette problématique » (Kaufmann, 2008, p.23), elle est dite inductive. On parle de sociologie compréhensive ou d'interactionnisme symbolique dans le sens où « les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais (...) dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur, par le biais du système de valeurs des individus » (Kaufmann, 2008, p.26) .Il s'agit donc d'un travail d'interprétation et d'explication à partir de données recueillies par entretien.

Compte tenu de notre objet d'étude, qui nous amène à analyser le sens que les médecins généralistes donnent à leur pratique, il nous a semblé pertinent d'utiliser comme méthodologie une approche qualitative interactionniste.

2. Construire son objet de recherche pour sortir du sens commun

Au commencement de tout travail d'enquête, se trouve le choix du sujet. « Tous les sujets sont possibles. N'importe quel aspect de la société, qu'il soit banal, insignifiant, étrange, mystique ou politisé, peut donner lieu à une investigation sociologique » (Kaufmann, 2008, p.34). Pour notre part, notre intérêt s'est porté sur les relations entre orthophonistes et médecins généralistes, ces derniers étant les premiers intervenants du secteur médical en lien avec notre profession, en tant que prescripteurs. Il s'agit ensuite de « construire l'objet », c'est-à-dire mettre en question des conceptions issues « de la connaissance commune et de la perception subjective du sujet grâce à des procédures scientifiques d'objectivation » (Kaufmann, 2008, p.21). Ce travail de distanciation permet l'élaboration d'une problématique.

3. Une impossible neutralité à questionner

Le choix d'un objet d'étude est rarement dû au hasard. Il « est souvent guidé par des sensibilités ou des orientations qui n'ont rien de scientifique » (Paugam, 2010, p.7). Le piège est donc d'être happé par nos propres représentations et ainsi de perdre toute objectivité lors de l'interprétation des données. C'est d'ailleurs souvent la critique faite aux études qualitatives, qu'on dit manquer de rigueur, de fiabilité et d'objectivité.

« La différence n'est pas entre la science qui opère une construction et celle qui ne le fait pas, mais entre celle qui le fait sans le savoir et celle qui, le sachant, s'efforce de connaître et de maîtriser aussi complètement que possible ses actes, inévitables, de construction et les effets qu'ils produisent tout aussi inévitablement » (Bourdieu, cité par Perdreix, 2007, p.283).

Effectivement, connaissant les possibles dérives liées à la proximité existant entre le chercheur et son objet d'étude, celui-ci s'efforce de créer une certaine distanciation avec l'objet, tout au long de son cheminement. Bourdieu défend l'idée d'une « réflexivité réflexe », qui consiste à appliquer à son propre travail l'analyse sociologique.

Concernant notre étude, une des difficultés que nous avons rencontrée a été d'appartenir à l'un des deux groupes professionnels que nous étudions. Cette situation nous faisait perdre en objectivité. Effectivement, dans un premier temps, nous avions tendance à percevoir les médecins généralistes avec une certaine « hostilité ». Puisque nous nous sentions sous leur dépendance institutionnelle par le biais de la prescription, nous ressentions un manque de légitimité certain, qui nous amenait à durcir nos représentations de la profession. Mais au fil des lectures et des premiers entretiens notre positionnement a changé, tout comme notre regard s'est modifié, et nous avons pu affiner notre questionnement.

4. Les conditions de validité

Contrairement à l'approche quantitative qui repose sur des données chiffrées, l'approche qualitative provoque souvent des débats concernant la validité des résultats. Or, « il est primordial de saisir que les méthodes qualitatives ont davantage vocation à comprendre, à détecter des comportements, des processus ou des modèles théoriques qu'à décrire systématiquement, à mesurer ou à comparer » (Kaufmann, 2008, p.28).

Comme nous l'avons abordé précédemment, cette méthode est dite inductive. Elle va à l'inverse des conceptions formalistes dans lesquelles la construction de l'objet s'organise d'une manière très codifiée, où l'enquête de terrain permet de vérifier une problématique et des hypothèses précédemment établies. Ce renversement du mode de construction de l'objet est régulièrement remis en cause. Mais il faut comprendre qu'« il n'y a pas deux phases, l'une de formulation, l'autre de falsification des hypothèses, mais un double mouvement d'engendrement des codes, des catégories, de leurs propriétés, et de leurs relations dans l'analyse des données » (Strauss et Corbin, 2003 cités par Kaufmann, 2008, p.28). Ce continuels va-et-vient amène à l'élaboration progressive d'une théorie ayant été confrontée à l'expérience du terrain.

Alors que le protocole d'enquête du modèle classique permet d'affirmer la validité des résultats à lui seul, un travail qualitatif demande « une attention particulière » (Kaufmann, 2008, p.29). Effectivement, « la cohérence de l'ensemble de la démarche de recherche, la façon dont les hypothèses sont appuyées sur des observations et articulées entre elles, les généralisations contrôlées » (Kaufmann, 2008, p.29) sont des preuves d'une bonne interprétation de la part du chercheur.

Il faut reconnaître que la preuve de la validité des résultats n'apparaît pas toujours immédiatement dans le cadre de recherche qualitative, mais la cumulativité des résultats dans la durée permet d'apporter un gage de confiance au chercheur. De plus, la saturation des modèles constitue l'un des outils internes aidant à tester la validité des faits énoncés : il s'agit du moment où, au cours de la recherche sur le terrain les dernières données collectées n'apprennent plus rien ou presque, elles ne font que confirmer les grandes lignes, présider des points de détails.

II. La réalisation des entretiens

1. La méthode par entretien : une rencontre entre enquêteur et enquêté

La méthode par entretien est avant tout une rencontre. Rencontre entre deux protagonistes, interviewer et interviewé, où chacun intervient avec ses propres représentations du monde, liées à sa culture, son histoire, son vécu, son statut. Ainsi, chaque entretien est singulier, ce qui rend cette approche à la fois passionnante et déstabilisante, puisque les apprentis sociologues que nous sommes ont dû faire face à cette « improvisation réglée » comme la qualifie Bourdieu (Bourdieu, 1980). Effectivement, la méthode par entretien nécessite d'adapter sa posture à son interlocuteur, afin de créer un climat bienveillant l'amenant à se confier sans crainte d'être jugé. « Pour atteindre les informations essentielles, l'enquêteur doit (...) s'approcher du style de la conversation sans se laisser aller à une vraie conversation » (Kaufmann, 2008, p.48).

Une des difficultés auxquelles nous avons été confrontées a été de nous positionner face à notre population, des médecins généralistes. « De manière générale, la proximité sociale (...) rend l'entretien plus aisé dans la mesure où interviewer et interviewé se situent dans un univers de référence partagé » (Blanchet et Gotman, 2011, p.71). Or, dans notre cas, nous, étudiantes en orthophonie, nous retrouvions face à une population composée en majorité d'hommes, professionnels et expérimentés, avec un statut social valorisé. Ce déséquilibre a eu un certain impact sur les représentations que les médecins se faisaient de leur rôle dans l'entretien, cela se ressent dans les propos que nous avons pu recueillir, et nous avons essayé d'en tenir compte lors de notre analyse. Nous avons cependant observé des relations d'enquête très différentes d'un médecin à un autre, ce qui illustre le poids des représentations de chacun dans leurs comportements. Plusieurs ont joué de leur position hiérarchique : soit en adoptant un discours paternaliste et rassurant :

- Enquêté : « Non mais, si j'ai un message, enfin, si je peux me permettre parce que je suis un peu plus âgé que vous quand même... Ne partez pas dans l'infériorité et dans la culpabilité de vous dire... Au contraire, au contraire ! Vous avez vraiment votre place et vous avez un partenariat à donner aux patients ! »

Soit, en position défensive, ils tentaient de « garder la main » sur ce qui était dit, avec une réaction de méfiance tout au long de l'entretien :

- Enquêteur : Dans votre formation, y'a pas forcément beaucoup d'heures sur le langage, sur...
- Enquêté : J'entends bien mais... Oui, mais là n'est pas la chose, d'avoir un détail précis ça me sert à rien, c'est pas le fait d'avoir été formé à. Même si j'étais formé à, et que j'étais très compétent pour détailler tous vos tests j'en aurais pas l'usage, l'utilité donc c'est pas une non-formation, c'est une non-utilité de cette information redondante, enfin pas redondante mais trop abondante. Dring ! On avait dit 14 minutes hein. J'ai le compteur !

De même, certains médecins ont tenu un discours très professionnel, alors que d'autres se sont très facilement confiés sur un ton proche de la conversation. Enfin, une partie d'entre eux craignaient de ne pas répondre à nos attentes et semblaient mal à l'aise face à nos questions :

- Enquêté : Non mais du coup, enfin, s'il faut que je réponde à des questions c'est facile, sinon ça va être compliqué mais... Surtout si vous enregistrez, je pense que ça va être difficile !

Tous en tout cas nous ont fait part d'un manque de temps, auquel nous avons dû nous adapter en réalisant des entretiens de courte durée, vingt à trente minutes en moyenne.

Nous avions dans l'idée de réaliser des entretiens semi-directifs, c'est-à-dire ni totalement ouverts, ni canalisés par un grand nombre de questions précises. L'interviewer s'appuie sur une grille d'entretien que nous détaillerons dans les pages suivantes, afin de garder en tête les grands thèmes à aborder au cours de l'interview. Il laisse cependant parler l'interviewé sans lui imposer d'ordres ou de contraintes. Le chercheur doit savoir justement doser entre se taire pour laisser la personne suivre le cours de sa pensée et intervenir pour recentrer l'entretien sur les thèmes qui l'intéressent ou poser les questions qui n'ont pas été abordées, et ce de manière la plus naturelle possible. Cette technique demande donc à la fois de la souplesse et de la rigueur.

Suite à la réalisation de quelques entretiens exploratoires, afin de tester notre grille, nous sommes aperçues que certains médecins étaient déstabilisés par cet aspect informel et attendaient de notre part des questions précises et directes :

- Enquêté : Alors vous avez quoi ? Un questionnaire ? Vous avez un truc précis ?
- Enquêteur : Heu, non en fait c'est assez informel...
- Enquêté : D'accord, allez-y, je réponds aux questions
- Enquêteur : D'accord, ben qu'est ce que vous pouvez nous dire...
- Enquêté : Je réponds aux questions précises !!

Face à ce constat, nous avons décidé de modifier notre méthodologie. En effet, nous avons privilégié la technique par entretien semi-dirigé lorsque cela était possible, mais dans le cas contraire, nous avons utilisé la technique d'entretien centré. Avec cette approche, le chercheur possède « une liste de points précis relatifs au thème étudié »

(Quivy et Van Campenhoudt, 2006, p.174) qu'il aborde impérativement sans ordre prédéfini puisqu'il l'adapte selon le déroulement de la conversation. Dans ce cadre relativement souple, il est néanmoins amené à poser de nombreuses questions à son interlocuteur, ce qui n'empêche pas « l'interviewé [de pouvoir] dégager toute son expérience personnelle sur le problème posé par l'entretien » (Morin, 1966, p.62).

2. Le choix des acteurs

Lors d'une étude qualitative, le choix des acteurs est primordial. Ceux-ci doivent être choisis parce qu'on « estime qu'ils sont susceptibles de produire des réponses aux questions que l'on se pose » (Blanchet et Gotman, 2011, p.47). Après avoir hésité à interroger à la fois des médecins et des orthophonistes, pour obtenir des informations complémentaires et pouvoir les comparer entre elles, nous avons finalement choisi de nous focaliser sur les médecins généralistes uniquement. Ce choix nous a paru plus pertinent dans le sens où notre objet d'étude porte avant tout sur les représentations des médecins généralistes concernant la prescription de soins orthophoniques et les échanges avec le groupe.

Ainsi, nous avons interrogé seize médecins généralistes. Ce nombre peut paraître restreint, mais lors d'une enquête par entretien, « les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence » (Blanchet et Gotman, 2011, p.50). « Ce qui importe c'est d'avoir couvert, au mieux des possibilités du chercheur la variété des témoignages possibles ». (Bertaux, 2005, p.30)

Il existe deux modes d'accès à la population : **directs**, c'est-à-dire en utilisant des fichiers, des annuaires existants, ou encore le porte à porte – ce mode d'accès est le plus neutre possible ; ou **indirects**, soit en passant par l'intermédiaire d'un tiers. Nous avons choisi d'utiliser ces deux modes d'accès, par le biais de trois entrées distinctes :

- Une entrée directe, aléatoire, par le biais de l'annuaire téléphonique
- Une entrée indirecte, en passant par le président de l'association des médecins généralistes d'une part ; par le biais d'un cabinet d'orthophonie d'autre part.

Nous nous demandions si le fait d'être « introduit » par une tierce personne pouvait influencer les propos des médecins interrogés. Malheureusement, au vu des entretiens que nous avons recueillis, il ne nous paraît pas possible de tirer de conclusion à ce sujet.

Médecins	Sexe	Entrée utilisée
Parataxe	Homme	Aléatoire
Apocope	Femme	Cabinet d'orthophonie
Analepse	Femme	Association de médecins
Catachrèse	Homme	Association de médecins
Enallage	Homme	Association de médecins
Homéotéleute	Femme	Cabinet d'orthophonie
Hyperbate	Homme	Association de médecins
Hypotypose	Homme	Association de médecins
Isocolie	Homme	Aléatoire

Litote	Femme	Association de médecins
Métaplasme	Homme	Aléatoire
Paronomase	Homme	Association de médecins
Synérèse	Femme	Cabinet d'orthophonie
Stichomythie	Femme	Association de médecins
Trope	Homme	Aléatoire
Zeugma	Homme	Aléatoire

En utilisant ces différentes entrées, nous avons obtenu un échantillon de médecins qui peut paraître déséquilibré. En effet, nous n'avons pas un nombre égal d'hommes et de femmes, nous n'avons pas non plus pu vérifier les âges de nos participants ou encore leur situation familiale. Notons qu'« il n'est (...) pas justifié de pousser cette pondération à l'extrême, surtout pour les petits échantillons » (Kaufmann, 2008, p.42), puisque rien ne nous assure que la personne sélectionnée aura un discours se rapportant à la catégorie qu'il est censé représenter. Il faut donc simplement veiller à ce qu'il n'y ait pas un déséquilibre manifeste de l'échantillon et des oublis de grandes catégories. Ne pouvant pas interroger une population rurale, nous avons donc ciblé nos informateurs en interrogeant des médecins généralistes exerçant sur la région lyonnaise.

3. L'entretien

3.1. Préalable à l'entretien

Selon Blanchet et Gotman (2011), trois dimensions dictent les principes de fonctionnement de l'entretien : « l'environnement matériel et social, le cadre contractuel de la communication et les interventions de l'interviewer ».

Nos premiers échanges avec les médecins généralistes ont eu lieu par téléphone. Il a été fréquent que la secrétaire soit notre premier interlocuteur, transmettant le message aux médecins généralistes dans un second temps. Nous nous présentions alors comme étudiantes en quatrième année d'orthophonie qui réalisaient un mémoire sur les relations entre orthophonistes et médecins généralistes. Nous demandions si les médecins étaient d'accord pour nous recevoir afin d'échanger sur ce sujet. Cette présentation succincte nous a semblé adéquate pour mettre en confiance le sujet sans l'amener à induire de représentations sur notre objet d'étude. Nous garantissons dès lors l'anonymat, et annonçons une durée de trente minutes environ.

Nous nous sommes adaptées du mieux possible aux médecins que nous interrogeons, c'est pourquoi les rencontres ont le plus souvent eu lieu dans le cabinet des médecins, aux horaires qui leur convenaient, c'est-à-dire entre deux rendez-vous avec des patients. Ce contexte particulier a pu amener les interviewés à s'inscrire « davantage dans un rôle professionnel qui facilite la production d'un discours soutenu et maîtrisé sur des thèmes opératoires » (Blanchet et Gotman, 2011, p.68). Nous avons d'ailleurs observé une nette différence entre les propos rapportés par les médecins lorsque les entretiens avaient lieu dans un cadre professionnel, et lorsque l'interview avait lieu dans un cadre moins « officiel ». Nous avons effectivement interrogé un de nos sujets au restaurant à l'heure du déjeuner, et celui-ci s'est davantage confié, nous racontant dans les détails des

anecdotes personnelles sur un ton conversationnel. Cet entretien a d'ailleurs été le plus long en terme de temps, puisqu'il a duré une heure et demie.

3.2. La conduite de l'entretien

Lors de nos entretiens exploratoires, nous commençons par nous présenter et par redéfinir le thème général de notre mémoire, à savoir les relations entre orthophonistes et médecins généralistes. Les médecins étant souvent en attente de questions, nous demandions en premier lieu « à quelle fréquence prescrivez-vous de l'orthophonie ? » Mais nous nous sommes aperçues que cette formulation suggérait qu'une liste de questions les attendait, ce qui installait les médecins dans une posture passive, moins propice à la confiance.

Pour les entretiens qui ont suivi, nous avons donc modifié notre consigne de départ en précisant que l'entretien était assez informel, afin de les amener à s'exprimer librement. Nous leur demandions leur point de vue concernant « le métier de généraliste, leur relation avec les orthophonistes et les autres paramédicaux ». Avec cette formulation assez large, nous les incitions à évoquer leurs représentations sur notre objet d'étude.

Lorsque les médecins « jouaient le jeu », nous avons pu alimenter l'entretien à l'aide de plusieurs techniques : les relances, les consignes, les silences et les contradictions :

- Les relances « ne s'opposent pas aux arguments énoncés, mais elles se coulent dans ce discours qui prend une fonction d'acte directeur dans le dialogue » (Blanchet et Gotman, 2011, p.79). Elles permettent donc de souligner, synthétiser, nuancer ou de demander des précisions concernant les propos de l'interviewé.
- La consigne, quant à elle, permet d'introduire une nouvelle séquence thématique, elle apporte donc une logique au discours. Il ne faut cependant pas en abuser, puisqu'en structurant l'entretien, elle risque de perturber la pensée de l'interviewé, et donc d'appauvrir ses propos.
- L'enquêteur ne doit pas avoir peur des silences puisqu'ils amènent l'enquêté à construire sa pensée. Ces temps de pause lui permettent de faire des associations. Ainsi l'enquêté peut percevoir une cohérence interne dans le discours de la personne interrogée.
- Enfin, la contradiction est à utiliser avec parcimonie, une fois que la relation de confiance est instaurée, puisqu'elle amène l'interviewer à quitter son statut de neutralité. Elle est cependant intéressante puisqu'elle « contraint l'interviewé à soutenir l'argumentation de son discours » (Blanchet et Gotman, 2011, p.78).

Mais il nous est arrivé à plusieurs reprises, comme nous l'avons stipulé précédemment, que des médecins refusent d'entrer « dans la logique discursive du contrat de communication » (Blanchet et Gotman, 2011, p.87). Cohen (cité par Blanchet et Gotman, 2011, p.86) dit avoir rencontré cette situation en interrogeant des dirigeants souvent « plus disposés à s'exprimer à partir de questions multiples, clairement formulées ». C'est ce que nous avons constaté avec certains médecins qui attendaient que nous les interrogeions afin de leur déléguer « de fait une part importante de la responsabilité de l'énonciation » (p.86). Nous avons donc adapté nos entretiens en utilisant la méthode des entretiens centrés, comme nous l'avons exposé ci-dessus.

Nous avons demandé à enregistrer nos entretiens. Tous ont répondu favorablement sauf un médecin qui s'y est opposé. Nous nous sommes donc efforcées de rapporter ses propos le plus justement possible en sortant de notre entrevue.

Concernant les autres interviewés, même s'ils ont accepté d'être enregistrés, nous avons observé à plusieurs reprises des commentaires ou des attitudes montrant une certaine gêne face au dictaphone :

- Enquêté : D'ailleurs pour tout vous dire, et être encore plus franc mais je sais pas vu que je suis enregistré si je peux tout dire, mais...

De même, nous avons observé quelques médecins reprenant ou complétant certains de leurs propos à l'arrêt de l'enregistrement ou avant que nous passions la porte de leur bureau. Il est important d'en tenir compte lors de l'analyse, puisque ce comportement est porteur de signification.

3.3. L'appropriation de la grille d'entretien

Avant de se confronter au terrain, le chercheur doit anticiper la rencontre en préparant une grille d'entretien. Ce guide est un support « pour faire parler les informateurs autour du sujet » (Kaufmann, 2008, p.45). Composé de questions ouvertes, il se construit en traduisant les hypothèses de recherche en questions d'enquête que l'on organise en grands thèmes et sous-thèmes à aborder au cours de l'entretien.

« Il faut construire une grille un peu comme on construit un objet scientifique, en travaillant à la cohérence, en renforçant ce qui est central, en contrôlant ce qui est périphérique, en éliminant sans faiblesse ce qui est superflu ». (Kaufmann, 2008, p.46)

Il est important de bien avoir assimilé cette grille au préalable afin de pouvoir s'en détacher lors de la rencontre et ainsi « déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème » (Kaufmann, 2008, p.45)

Nous avons réalisé notre grille d'entretien (cf. annexe I) « en écrivant [des questions] les unes après les autres à mesure qu'elles [venaient] à l'esprit, et en les rangeant par thème » (Kaufmann, 2008, p.46). Une fois organisé, notre guide reprenait les grands thèmes de notre problématique qu'il était important d'aborder en entretien, à savoir la formation des médecins généralistes, leur parcours personnel, la prescription orthophonique, les relations entretenues avec les acteurs paramédicaux et la lecture des comptes-rendus de bilan.

Outil au service de la méthode inductive, ce guide d'entretien est à caractère modulable. Il évolue au fil des entretiens, ceux-ci faisant émerger de nouvelles questions ou amenant le chercheur à affiner ses hypothèses. Effectivement, nous avons été amenées à modifier notre grille au cours de notre recherche. Des questions auxquelles nous n'avions pas pensé au départ se sont retrouvées au centre de notre questionnement, comme « comment expliquez-vous votre position de prescripteur en orthophonie ? » ou « pourriez-vous faire un parallèle entre une prescription en kinésithérapie et une prescription orthophonique ? »

Au fil des entretiens, nous avons observé une évolution dans notre comportement d'enquêteur. En effet, familiarisées avec notre objet d'étude, nous avons pris de l'assurance ce qui se ressent dans notre manière de guider la conversation avec les généralistes. Ainsi, les derniers entretiens que nous avons réalisés nous paraissent plus riches que les premiers.

III. L'exploitation des données

Kaufmann (2008), pense que le « vrai départ de l'enquête » a lieu une fois les entretiens réalisés, au moment de la phase de traitement des informations recueillies, « pour aboutir enfin à un texte sociologique élaboré ».

1. Comment produire du sens ?

Afin de répondre à nos questions de recherche un travail d'analyse s'impose puisque les entretiens que nous avons réalisés ne sont qu'une « simple matière première » (Kaufmann, 2008, p.73) qu'il va falloir exploiter.

Il est donc nécessaire de détailler ces entretiens et de les organiser pour dégager, parmi l'ensemble des données, les informations pertinentes avant de pouvoir les confronter à nos hypothèses.

« Le traitement (...) prend la forme d'une véritable investigation, approfondie, offensive et imaginative : il faut faire parler les faits, trouver des indices, s'interroger à propos de la moindre phrase » (Kaufmann, 2008, p.73).

Le travail d'analyse consiste donc à produire du sens, en réalisant d'incessants allers-retours entre la théorie sociologique, les hypothèses et les données recueillies sur le terrain. C'est ce que nous avons qualifié plus tôt de « méthode inductive ».

Précisons qu'il ne s'agit pas de résumer les propos tenus par les personnes interrogées mais bien d'un travail d'interprétation, « qui permet d'aller au-delà du contenu apparent et de donner du volume à l'objet » (Kaufmann, 2008, p.74). Effectivement, chaque individu possède ses propres représentations du monde, et l'intérêt du chercheur en sociologie est de mettre en lumière les mécanismes qui sous-tendent les discours des personnes interrogées, de déceler les logiques sociales ou individuelles masquées sous la surface des propos des enquêtés. Il faut « travailler les ambiguïtés et contradictions, (...) découvrir les catégories implicites » (Kaufmann, 2008, p.89) à la fois au sein du discours mais également dans le comportement ou les attitudes des enquêtés, car ces données non-verbales sont souvent chargées de significations.

« [Le chercheur] évalue si la personne lui semble sincère ou si elle ment, il remet en cause une hypothèse ou la maintient, il pointe sa loupe sur la biographie de l'informateur ; ou sur un concept ; ou sur le plan. Certaines de ces décisions sont organisationnelles, d'autres prennent la forme d'un choix d'interprétation » (Kaufmann, 2008, p.92).

Cette interprétation est indispensable à la production théorique, puisqu'il est nécessaire de se décoller des faits pour construire un objet sociologique. Elle occupe donc une place à la fois paradoxale et primordiale.

2. L'analyse de contenu, étape indispensable pour interpréter les données

Avant toute analyse, il est indispensable de passer par une étape de retranscription des entretiens puisque « l'analyse à l'écoute ne permet pas la communicabilité des procédures effectives de production des résultats » (Blanchet et Gotman, 2011, p.89). C'est donc le premier pas vers un travail d'analyse approfondie des données.

Il existe plusieurs types d'analyse de contenu qui permettent chacune d'étudier des objets bien spécifiques. Pour notre part, il nous a paru judicieux de privilégier l'analyse thématique à l'analyse par entretien. Effectivement, cette technique semble adaptée à notre question de départ, puisque nous voulions mettre en lumière un « modèle explicatif de pratiques et de représentations » (Blanchet et Gotman, 2011, p.96) des médecins généralistes concernant la prescription orthophonique.

Pour ce faire, nous avons commencé par relire l'ensemble de nos retranscriptions avant de procéder à une analyse thématique « verticale » (Blanchet et Gotman, 2011, p.96) de chacune d'elles. Celle-ci, bien que rapide et succincte, nous a permis de dégager les grands thèmes abordés par chaque médecin séparément avant d'en faire une synthèse, base de notre analyse thématique « horizontale ».

« L'analyse thématique défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un discours à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens » (Blanchet et Gotman, 2011, p.96).

Nous avons retenu des thèmes prégnants, en lien avec notre problématique et nos hypothèses, bien que ces dernières aient été modifiées au cours de notre cheminement. En effet, la réalité du terrain, reflétée par notre corpus, nous a amenées à les repréciser, et à affiner notre objet d'étude.

Une fois ces thèmes retenus, nous avons conçu une grille d'analyse :

« La grille d'analyse doit, autant que possible être hiérarchisée en thèmes principaux et thèmes secondaires (spécifications), de façon à décomposer au maximum l'information, séparer les éléments factuels et les éléments de signification, et ainsi minimiser les interprétations non contrôlées » (Blanchet et Gotman, 2011, p.97).

Cet « outil explicatif », qui permet de découper de manière identique tous les entretiens, nous aide à interpréter les données.

En parallèle à cette analyse « horizontale », nous avons réalisé des portraits de chaque médecin interviewé. Ces fiches récapitulatives synthétisaient les grandes lignes de leur discours et expliquaient en quelques mots nos impressions et ressentis lors de notre rencontre. Ces portraits nous ont aidées à garder une part d'objectivité lors de l'analyse, puisqu'ils nous ont amenées à réfléchir sur la relation qui nous engagée lors de ces échanges.

Ce travail d'analyse a donné lieu à l'élaboration d'une typologie que Schnapper définit comme « un tableau simplifié et schématisé de l'objet de la recherche auquel l'observation systématique du réel (...) doit être confrontée » (Schnapper, 1999, p.15). Elle correspond effectivement à une synthèse de notre analyse horizontale et verticale. De ce fait, l'idéal-type dégagé est « reconstruit et non réel » (Blanchet et Gotman, 2011, p.99).

Cette typologie forme une « construction utilitaire permettant d'introduire, avant d'être dépassé, une meilleure intelligibilité des phénomènes sociaux étudiés » Grosser (1999, p.855), elle doit donc pouvoir être transposée à d'autres populations que celle qui a permis son élaboration.

Nous sommes conscientes qu'à l'échelle de notre mémoire nous n'avons pas acquis la phase de saturation garantissant la validité des faits énoncés, c'est pourquoi nous exposons nos résultats « avec prudence, en signalant qu'ils demandent à être confirmés » (Kaufmann, 2008, p.32).

Chapitre IV
PRESENTATION ET ANALYSE DES
RESULTATS

I. La place de l'orthophonie dans le soin, aux dires des médecins généralistes

Les champs de compétences des orthophonistes semblent assez vagues dans les représentations de certains médecins interrogés. Nous avons relevé dans le discours de nombreux acteurs sur la prescription orthophonique la prégnance d'une patientèle enfantine dans le cadre de troubles des acquisitions scolaires, déplaçant ainsi la discipline hors du champ du médical.

1. Représentation de la patientèle orthophonique : une population enfantine

Pour la plupart des médecins que nous avons interrogés, la prise en charge orthophonique serait principalement adressée à un public enfantin. Effectivement, alors que tous affirment réaliser « *des prescriptions très systématisées* » (docteur Parataxe), la majorité des médecins, à l'image du docteur Métaplasme, nous ont dit adresser « *plus des enfants quand même. (...) Sept, huit fois sur dix des enfants et deux fois sur dix des adultes à peu près* ».

Ce constat peut s'expliquer chez certains par le type de patientèle qu'ils reçoivent : « *J'ai une jeune patientèle donc oui, ça va surtout être sur les enfants* » (docteur Litote). Mais nous avons remarqué cette tendance chez tous les médecins, même chez ceux consultant régulièrement en maison de retraite. Dans la plupart des cas, l'idée qu'il existe une éventuelle patientèle adulte apparaissait dans un second temps, comme l'illustrent les propos du docteur Catachrèse : « *J' parle de l'orthophonie des enfants, c'est vrai qu'il n'y a pas que les enfants en orthophonie mais... (Rires)* ». Il a même parfois fallu que nous évoquions nous-mêmes l'idée d'une prise en charge orthophonique pour les adultes afin que les médecins abordent ce type de patients.

Nous avons ressenti un clivage dans les représentations des médecins lorsqu'ils évoquaient l'orthophonie, comme s'il existait deux métiers bien distincts : l'un auprès d'une patientèle adulte, très spécifique et rattaché à leurs propres domaines d'intervention ; l'autre auprès d'enfants, qui semble être le plus prégnant. C'est ce que nous fait remarquer le docteur Hypotypose lorsqu'il dit : « *Moi, c'est essentiellement des enfants. Les orthophonistes pour les personnes âgées, j'ouvre tout de suite la parenthèse, j'ai le cas dans les maisons de retraite, en E.H.P.A.D, c'est-à-dire les patients dépendants où les orthophonistes font appel à moi pour avoir une prescription pour rééduquer la voix ou pour réapprendre à déglutir, mais 90% des contacts qu'on a c'est par rapport à des enfants sur des troubles du langage et des troubles d'acquisition scolaire* ».

En définitive, la plupart des médecins généralistes auraient tendance à prescrire une rééducation orthophonique principalement à une patientèle enfantine, pour des difficultés langagières ou scolaires.

Cependant, il nous semble important de relever que la grande majorité des médecins généralistes interrogés ont de grandes réticences concernant la prescription orthophonique

pour des enfants d'âge préscolaire. Un grand nombre d'entre eux nous ont confié qu'ils préféreraient attendre les trois ans de l'enfant avant d'adresser un patient en orthophonie. Ainsi, le docteur Trope stipule *« quand c'est avant trois ans, qu'on connaît un peu le gamin j'me dis que c'est peut-être un petit peu tôt »*.

Pour eux, ces difficultés de langage pourraient s'estomper d'elles-mêmes, puisqu'elles seraient dues à une certaine immaturité : *« Les maîtresses en maternelle, elles orientent parfois très, très jeune chez les orthophonistes pour des troubles du langage qui disparaissent très bien en attendant un ou deux ans »* (docteur Analepse) ; ces difficultés pourraient également, selon les médecins, s'expliquer par un manque de stimulations familiales, c'est ce que paraît sous-entendre le docteur Litote en disant : *« Des fois dès qu'ils rentrent à l'école, tout le monde parle bien, donc ça rentre tout seul dans l'ordre »*.

D'autres médecins, comme le docteur Catachrèse, émettent également des réserves quant à l'orientation chez l'orthophoniste des enfants d'âge préscolaire, mais celles-ci semblent plus liées à une méconnaissance de l'intervention orthophonique : *« J'ai l'impression, moi j'ai mis une frontière, ça dépend de l'enfant, entre trois et quatre ans mais avant je sais pas si y'a de la prise en charge vraiment possible, ça doit pas être facile, je sais pas, (...) souvent j'ai l'impression qu'avant trois ans on peut pas faire grand chose... »*. Pour ces médecins, les possibilités de prise en charge orthophonique seraient donc concomitantes à la scolarisation des enfants. Dans le même sens, le docteur Stichomythie précise : *« On a reçu une plaquette sur les troubles du langage de l'enfant de 3 ans, là. Du coup j'en ai envoyé un peu dans ce cadre-là ! Voilà, je savais pas, (...) avant cette plaquette-là, je ne pensais pas trop chez les tout petits »*. Elle rajoute *« Là, j'ai une maman qui (...) doit avoir un enfant qui a deux ans, qui bégaye (...), et du coup elle m'a demandé s'il était judicieux de faire un bilan orthophonique et j'avoue que j'étais un peu prise au dépourvue et je savais pas trop ! Donc j'ai prescrit un bilan orthophonique, (...) mais j'étais pas persuadée que l'orthophoniste puisse faire grand-chose avec cet enfant de 2 ans ! »*

Finalement, dans de nombreux cas, la discipline serait envisagée, dans les représentations des médecins interrogés, que sous certains aspects de son champ de compétences, notamment ceux liés aux apprentissages. Ceci impliquerait une certaine confusion entre le travail de l'orthophoniste et celui de l'enseignant, les indications majoritaires concernant pour eux des retards en langage oral ou en langage écrit, et ce sans autres difficultés majeures.

2. L'orthophonie, une réponse à l'échec scolaire

Concernant la prescription orthophonique, bien que celle-ci émane parfois d'une demande des parents ou du médecin lui-même qui aurait repéré un dysfonctionnement, un très grand nombre des médecins interviewés s'accordent à dire qu'elle est essentiellement réalisée à la demande des établissements scolaires : *« Ah c'est souvent l'institutrice ou le professeur des écoles qui nous dit « il a besoin d'orthophonie », bon, c'est rarement... une fois sur vingt ça vient de nous. 19 fois sur 20 ça vient de l'institutrice »* (docteur Métaplasme).

Certains médecins admettent cette réalité en précisant qu'ils ne sont pas assez en contact avec l'enfant, comme l'explique le docteur Hyperbate : *« Nous on n'a pas tellement*

l'occasion de repérer ce genre de choses vu que les gamins, (...), on les voit 10 minutes ou un quart d'heure, on peut pas se rendre compte d'un problème, surtout des problèmes de dyslexie ou de trucs comme ça. Comment on s'en rendrait compte ? C'est impossible ». Il ajoute : « c'est souvent un adulte qui connaît bien l'enfant qui l'a vu plusieurs fois et qui dit y a un retard d'acquisition ou il fait des fautes, y a quelque chose qui ne fonctionne pas ». Cette argumentation s'appuierait donc sur les modalités de leur exercice libéral qui les empêcherait d'effectuer cette mission de repérage.

De même, les médecins ont fréquemment abordé le fait que les demandes de prescriptions étaient liées au calendrier de l'année scolaire, le docteur Trope nous annonce : « Ah ! Bah alors, c'est par vagues, parce que là, on a eu la vague de la rentrée, là y a le premier trimestre donc on va avoir la vague de Noël, où les gamins ont des difficultés (...) dans l'apprentissage de la lecture ceux qui tirent la langue alors que normalement arrivé Noël/février ils savent lire(...). Et puis on a la vague de la fin d'année là, du mois de juin. Ouais, c'est des fois deux ou trois fois par jours ».

Comme le docteur Trope le sous-entend, d'autres médecins nous ont fait comprendre qu'ils jugeaient cette demande de la part de l'école excessive : « [On rencontre] des instits qui sont souvent beaucoup plus inquiètes que la réalité des choses, donc y'a énormément de bilans qui sont faits comme ça qui sont négatifs » ; « Y'a souvent une sur-inquiétude scolaire, une sur-inquiétude du prof » (docteur Enallage). De même, le docteur Zeugma nous confie « Y'a certains enseignants qui sont complètement obnubilés, qui veulent faire passer des bilans à tout le monde, sans discernement ». Puis il continue : « De moi-même (...), je prescris jamais, de toute façon les enseignants demandent déjà plus qu'il en est besoin donc on va pas en rajouter, nous, (Rires) ».

Dans ce cas, les médecins peuvent jouer leur rôle de régulateur et tenter de limiter ces prescriptions : « C'est pour ça, pour moi, quand c'est vraiment une demande de la maîtresse et que les parents eux-mêmes sont pas convaincus, parce que eux, ils ont rien remarqué, j'essaie plutôt de freiner ! » (docteur Analepse). Le docteur Trope, lui, stipule, « Non, j'veux bien, mais quand vous avez toute la classe qui doit aller faire un bilan d'orthophonie, c'est qu'il y a un souci ».

D'autres, au contraire, valorisent plutôt le rôle de l'enseignant, qui serait plus proche des enfants donc plus à même de déceler leurs difficultés ; Ainsi, le docteur Homéotéleute nous dit : « Je pense que les maîtresses sont plus pointues qu'avant là-dessus ». Le docteur Paronomase va plus loin en se questionnant sur l'intérêt de son intervention dans le parcours de soin en orthophonie: « Mais finalement c'est vrai que oui, pourquoi pas des professionnels, les enseignants eux pourraient parfaitement être aptes à dire, « écoutez, je trouve qu'il y a un problème ce serait bien que » ». Il explique en précisant : « Ca me choque pas parce qu'ils sont pas formés en termes médical mais eux, ils ont une formation sur le comment se développe un enfant, que doit savoir un enfant et ils connaissent les points d'alerte, c'est leur métier ! ». Il termine en disant : « Est-ce qu'après, derrière, il faut que techniquement ce soit validé par un médecin, un docteur en médecine ? Je suis pas forcément convaincu ! ». Du fait du manque d'emprise sur la prescription, ces médecins préfèrent s'en désengager en renvoyant la responsabilité aux intervenants pédagogiques qu'ils opposent aux intervenants médicaux qui légitiment leur prescription. Dans ce sens le docteur Métaplasme nous livre : « C'est l'institutrice qui décide, alors c'est l'institutrice qui a le pouvoir un peu » ; il poursuit : « Quand on envoie un malade au chirurgien c'est nous qui décidons. Là, on a fait le bilan, on dit « bah

écoutez Monsieur, vous avez des calculs à la vésicule, il faut aller voir là ». Donc c'est nous qui avons posé le diagnostic. C'est que là, on le pose pas ». Le docteur Synérèse décrit très bien ce sentiment d'illégitimité qui entraîne un comportement de désengagement face à la prescription: « Bon ben si l'institutrice demande un bilan je prends un papier et je lui donne, hein ! Que voulez-vous que je fasse ? Donc je sers de juste ... je suis juste là pour faire une démarche administrative ! Qui n'a pas beaucoup d'intérêt, mais bon ... Faut remplir ce papier je remplis... (Rires) ».

Ce phénomène soulève des rivalités de territoire entre les différents acteurs du monde médical, et plus particulièrement les pédiatres et les médecins scolaires comme le traduit le docteur Trope dans son discours : *« Je pense que ceux qui savent vraiment ce que c'est que l'orthophonie, les indications, je pense que ce sont des médecins scolaires, ils bossent trente-cinq heures... Il a le temps d'aller faire les formations, il va les faire pendant son temps de boulot. Le hic, pour nous, c'est que c'est en dehors de notre temps de boulot, qui déjà nous bouffe douze heures minimum par jour ».*

En définitive, les enseignants seraient les premiers demandeurs de prescription orthophonique, par l'intermédiaire des parents. Ces prescriptions seraient principalement en lien avec des difficultés scolaires, c'est pourquoi une partie des médecins généralistes éprouveraient un sentiment d'illégitimité. Lorsque les demandes de prescriptions ne concernent pas directement le milieu scolaire, ces médecins généralistes retrouvent toute leur légitimité et ce sentiment de « savoir ». C'est le cas notamment lorsqu'ils rencontrent une plainte concernant un bégaiement, comme l'illustre le docteur Homéotéleute en disant: *« Bon le bégaiement je vais peut-être m'alerter plus vite »*, comparativement à d'autres difficultés qui seront, selon elle, détectées par l'école ou le milieu familial. Il en va de même lorsque les médecins suspectent des troubles plus graves que les « habituels » retards de parole et de langage. Lors de suspicion d'autisme, de surdité ou de troubles neurologiques importants, les médecins sauront contacter leurs collègues spécialistes afin d'orienter ces patients à bon escient. Ils retrouvent alors leur statut de coordinateur.

3. Un problème médical ou social ?

Comme nous venons de l'aborder, les médecins généralistes se sentent plus à l'aise dans la réalisation d'une prescription orthophonique, chez l'enfant, suite à un trouble neurologique ou autistique avéré, que lors d'une demande de prescription émanant d'un enseignant. Dans le même sens, la réalisation de nos entretiens nous a permis de déceler deux types de prescriptions que les médecins ont tendance à bien dissocier au sein de leur système de représentations : d'une part, la prescription concernant une patientèle adulte et pour laquelle ils semblent avoir un certain contrôle, puisque elle présente une dimension « médicale » ; de l'autre, la prescription orthophonique destinée aux enfants et plus perçue comme émanant d'une demande « sociale », sans lien direct avec leurs champs de compétences.

En effet, lorsque les médecins abordent la question d'une patientèle adulte en orthophonie, ils se sentent beaucoup plus impliqués et investis. Il est d'ailleurs très fréquent que le bilan soit réalisé à leur demande, comme l'exprime le docteur Hyperbate : *« Les adultes, soit ils me disent « j'ai un problème », soit nous on le sait. Quelqu'un qui a fait un A.V.C et qui a une dysarthrie ou une aphasie, on le repère, on lui dit « monsieur vous avez besoin d'orthophonie ». Là, c'est différent, hein ! Donc, soit, ils le demandent*

parce qu'ils disent qu'ils ont des problèmes pour écrire ou pour... Soit, c'est parce qu'ils ont une pathologie qui entraîne un truc... Là, oui, c'est de la prescription de première intention, bien sûr ! » ; Le docteur Enallage, quant à lui, nous dit : « Tous les trucs comme ça, pour lesquels y'a une demande qui est évidente et qui est incontournable, donc là oui, on prescrit beaucoup, ou on prescrit suite à des prescriptions hospitalières ». Ce type de patients renvoie à des connaissances médicales, puisque leurs troubles sont dus à des lésions cérébrales ou à une pathologie déterminée. Les médecins généralistes, se sentant à l'aise dans ce champ de compétences, retrouvent toute leur légitimité face à la prescription. Cette réalité peut être illustrée par les propos du docteur Enallage qui nous énumère, confiant et sûr de lui, tous les domaines « médicaux » pour lesquels un orthophoniste est susceptible d'intervenir : « Y'a déjà toute la partie post-cancéro pour toutes les... les néo du larynx, tous les trucs comme ça, (...) et puis après, y'a tous les types accidents vasculaires, toutes les aphasies de Broca ou d'autres, de post-AVC ». Il nous expose ces cas comme s'il était face à des sujets « profanes ».

Nous avons été étonnées, en réalisant cette étude, de voir que certains médecins n'étaient pas conscients du rôle que pouvait jouer l'orthophonie auprès d'adultes atteints de pathologies acquises. Ainsi, le docteur Zeugma s'exclame : « *Les adultes qui sont en orthophonie c'est rarissime ! Ouais, c'est rarissime !* » ; Puis il continue : « *Ah oui ! Mais en post-AVC d'accord. Ouais, ouais, mais bon d'accord, si vous...* ».

Nous avons également observé que de nombreux généralistes avaient tendance, lorsqu'ils étaient confrontés à des patients présentant de grosses difficultés O.R.L ou langagières (enfants comme adultes), à les orienter, dans un premier temps, chez un confrère spécialiste afin que celui-ci pose un diagnostic. En effet, les médecins généralistes ne pensent pas spontanément à l'orthophonie dans ce genre de cas. Ce sont donc souvent les médecins spécialistes qui orientent ces patients en orthophonie :

- Enquêté : « *J'ai eu pas mal de problème de, mais plutôt des personnes qui forcent avec leur voix, des choses comme ça, mais que j'ai plutôt envoyé chez des phoniâtres que vraiment des orthophonistes en fait.*
- Enquêteur : *Dans ce cas là, de toute manière, le circuit se refait...*
- Enquêté : *Oui, parce que pour le coup le phoniatre l'a renvoyé chez l'orthophoniste, là notamment une patiente, il l'a renvoyé chez une orthophoniste un peu spécialisée dans les problèmes de voix* » (docteur Stichomythie).

Lorsque certains médecins se trouvent face à une demande de prescription orthophonique pour un enfant, on observe un désinvestissement de leur part quasi-systématique. Comme nous l'avons expliqué dans la partie précédente, l'école est souvent à l'origine de cette demande, ce qui lui fait perdre toute légitimité médicale. Dans ce cas, les médecins généralistes voient la rééducation orthophonique comme un simple moyen de venir en aide aux personnes en difficultés scolaires et/ou sociales ; Ainsi le docteur Zeugma soutient : « *Ça dépend des milieux, dans les milieux défavorisés on en prescrit très fréquemment, tout simplement parce qu'il y a des retards scolaires au sein de la famille. (...) Souvent ça traîne, ça traîne, ça peut traîner pendant plusieurs années, quasiment une décennie. (Rires)* ». Il va même plus loin en disant, à propos des orthophonistes : « *Si elles peuvent être utiles au retard scolaire, je ne suis pas contre ! Enfin, éviter l'échec scolaire, remettre l'enfant à peu près à niveau, pourquoi pas... C'est tout ce que j'en*

attends. C'est pas du tout une démarche médicale, c'est du paramédical, c'est de l'assistantat, c'est des cours de soutien financés par la sécurité sociale ! ».

Par ces propos, le docteur Zeugma illustre très bien la représentation que certains médecins peuvent avoir du métier d'orthophoniste, plus proche du domaine pédagogique que médical. Effectivement, en évoquant les « *cours d'orthophonie* » ou en expliquant, pour justifier son désintérêt pour cette profession que : « *Les cours scolaires, je ne supporte pas ça (rire) ! Les dictées c'est pas mon truc* », le docteur Zeugma ne perçoit pas la prise en charge orthophonique comme tenant du soin, et appartenant au domaine paramédical. Pour lui, comme pour beaucoup d'autres médecins, les problématiques d'ordre langagières émaneraient d'un problème sociétal, qui sort de leurs champs de compétences. De fait, le docteur Métaplasme nous confie à propos des enfants suivis en orthophonie : « *Bon, c'est un avis hein, que je donne. Mais, je crois que s'ils lisaient plus, ils feraient moins de fautes d'orthographe. (...) Et puis, la vie en famille, qu'on parle ensemble, on ne se coupe pas la parole, etc. A table, on met pas la télé... Oulah ! Problème d'éducation !* ».

Finalement, il semblerait que certains médecins associent le métier d'orthophoniste au domaine pédagogique et social, plus que médical ou paramédical. Ce faisant, ils déplacent le territoire orthophonique hors du champ de la santé du fait du manque de contrôle qu'ils ont sur cette partie de l'activité puisqu'ils n'en partagent ni le langage ni les savoirs. C'est donc une rhétorique d'exclusion du domaine médical qui émerge dans leurs discours, en réaction à l'impossibilité de mettre en place un contrôle dans les domaines investis par l'orthophonie. Il est intéressant de constater que lorsque des pathologies langagières avérées sont dépistées, la plupart des médecins ne pensent pas à adresser directement ces patients en orthophonie, mais les orientent d'abord chez un médecin spécialiste. Ces observations permettent de relever que les médecins généralistes ne reconnaissent que les rééducations qui répondent à des étiologies organiques alors que ce qui relève de la sphère cognitive est dévalorisé.

II. L'orthophonie, un étrange étranger

La socialisation professionnelle des médecins se faisant en parallèle de celle des orthophonistes du fait de la structuration de leur formation initiale, les deux groupes partagent très peu de savoirs et de techniques. Ce manque a une incidence sur la prescription face à laquelle de nombreux médecins se sentent dépourvus. En outre, les spécificités de la pratique de la médecine générale jouent un rôle dans la méconnaissance des professions adjacentes.

1. Des représentations amendées qui puisent plus dans l'expérience que dans la science

Les savoirs et techniques partagés avec l'orthophonie n'étant pas assez consistants, ce sont par des éléments biographiques que vont se construire les représentations du groupe chez les médecins qui ont été confrontés à l'orthophonie dans leur parcours.

1.1. Une formation structurée par la domination du paradigme scientifique

Tous les médecins interrogés ont exprimé ce manque de prise sur les domaines de l'orthophonie du fait de la structuration de leur formation, incluant uniquement des disciplines médicales dans les enseignements. Ainsi le docteur Stichomythie nous confie : *« Nous on a zéro formation par rapport à l'orthophonie ! » ; « Enfin moi à la fac, (...) j'ai pas de souvenir d'un cours sur l'orthophonie ! »*. Effectivement, le contenu de la formation de médecine est articulé autour d'enseignements purement médicaux impliquant une socialisation professionnelle des médecins en vase clos. S'ils ont des inférences communes avec certains paramédicaux avec lesquels ils partagent plus de savoirs, l'absence de savoirs partagés avec les orthophonistes témoigne d'une division du travail de soin marquée par l'autonomisation de la profession orthophonique de part la structuration de son territoire et l'institutionnalisation de ses pratiques. Il n'y a donc pas de langage partagé entre les deux professions : *« C'est vrai que ces mots-là on les a pas appris ! (...) Ouais, dyslexie, dyspraxie, je les connais en gros parce que j'ai fait de la neurologie mais c'est vrai que c'est pas des mots que, la définition précise je la connais pas, non »* (docteur Paronomase). Dans le même sens, le docteur Stichomythie explique : *« J'imagine que c'est comme, (...)comme quand un dermatologue écrit, si on comprend pas le mot, enfin, « mycomycose » ou je n'sais quoi, si on a jamais entendu ce mot-là, ça nous parle pas mais donc là, (...) c'est pareil, c'est vraiment un manque de formation, en fait »* ; elle poursuit en disant : *« Dermato, on a fait le module dermatologie, après voilà, il nous manquerait je pense, il manque un module orthophonie pendant les cours de médecine, pendant la fac, quoi »*.

En plus de cet absence de vocabulaire commun, les médecins évoquent une méconnaissance de nos outils d'évaluation ; le docteur Enallage semble confondre les outils des différentes professions adjacentes, mais sa représentation de son rôle de médecin l'incite à nous présenter quand même : *« Ah oui, c'est vrai que souvent on voit apparaître le test de « l'Alouette », je voudrais bien savoir ce que c'est que « l'Alouette » ! Alors « patte noire », je commence à comprendre un p'tit peu... »*. Les méthodes de rééducation des orthophonistes leur échappent également, le docteur Analepse confie : *« C'est vrai que sur l'orthophonie, si y a plusieurs méthodes, plusieurs trucs, je sais pas ! Je les connais pas ! »* ; Elle dit aussi *« On n'est pas très au courant des méthodes de rééducation orthophoniques, sauf quand on a des enfants qui en ont fait mais j'en ai pas ! »*, comme si, pour maîtriser le domaine de l'orthophonie, il était nécessaire d'y avoir été confronté d'une manière ou d'une autre.

Pour certains, les champs de compétences des orthophonistes restent très flous, comme nous le fait comprendre le docteur Paronomase : *« Vous vous occupez aussi de la déglutition ? Hein, vous voyez c'est des choses, c'est imprécis hein, tout ce que vous savez faire ! »* ; Ou le docteur Trope : *« Ouais bah là c'est... J'ai pas ces notions-là donc, mais c'est vrai que ça me, ça me serait même pas venu à l'idée de penser à l'orthophonie dans un trouble de la mémoire, ou attentionnel »* ; Il termine par dire : *« je défie un médecin généraliste de comprendre ce que vous faites ! »*. De même, le docteur Zeugma confie : *« En orthophonie, moi, je ne me sens pas capable (rires) »*.

Cette absence de formation dans les domaines du langage dans le cursus universitaire de tout étudiant en médecine est donc évidente. Mais chaque médecin a sa manière propre de

ressentir les faits. Aussi certains généralistes nous ont dit se désinvestir de la prescription en orthophonie : Puisqu'ils ressentent un manque de connaissances sur ce domaine, ils ont tendance à rédiger l'ordonnance à la demande de la famille ou de l'enseignant, afin que l'orthophoniste pose elle-même un diagnostic. Ainsi, le docteur Paronomase, évoquant les repères d'âge concernant le développement du langage, nous dit : *« c'est vrai qu'on n'a pas ces grilles-là, du moins on ne les a jamais apprises. Dans le cursus général de la ville de Loukoum on n'en parle pas beaucoup de l'orthophonie, hein. Donc c'est vrai qu'on n'a pas forcément les points d'accroche »*. D'autres, au contraire, bien que conscients de cette absence de formation, ne ressentent aucun manque : Ainsi, le docteur Enallage explique : *« D'avoir un détail précis ça me sert à rien, c'est pas le fait d'avoir été formé à... Même si j'étais formé à, et que j'étais très compétent pour détailler tous vos tests j'en aurais pas l'usage, l'utilité donc c'est pas une non-formation, c'est une non-utilité de cette information redondante, enfin pas redondante mais trop abondante »*. Il illustre ainsi la division du travail dans les techniques et savoirs mobilisés entre médecins et paramédicaux.

Finalement, cette représentation clivée des médecins est liée à une formation médicale centrée autour du raisonnement médical et scientifique (Cicourel). Pour certains, c'est le manque de formation dans les domaines du langage qui va les amener à déléguer le diagnostic orthophonique en n'intervenant dans le processus que pour rédiger la prescription ; pour d'autres, il serait inutile d'insérer un module « orthophonie » au sein de leur formation initiale, puisque ces connaissances ne leur seraient pas utiles dans leur pratique quotidienne. Quoi qu'il en soit, ces deux types de raisonnements conduisent les médecins généralistes à se reposer sur l'orthophoniste pour poser un diagnostic. Les médecins joueraient donc un rôle assez restreint dans le processus de soin concernant les domaines langagiers selon la définition institutionnelle du travail de soin entre médecins et orthophonistes.

1.2. Lorsque la carrière des acteurs les amène à côtoyer l'orthophonie

Comme nous venons de l'expliquer, les médecins généralistes n'abordent pas spécifiquement les domaines de l'orthophonie au cours de leur formation initiale. C'est ce qu'illustre le docteur Hyperbate par ses propos : *« On n'a pas de formation spécifique en orthophonie, etc. On dit juste que ça existe, hein (rires)! Mais on n'a pas vraiment de... C'est comme pour la kiné, on nous explique mais on nous donne aucune technique, rien ! Donc, en fait, si on voit pas les gens qui le font, on sait pas comment ils bossent, quoi »*. Les connaissances que les généralistes peuvent avoir concernant ce domaine proviennent donc d'un autre canal...

Une partie des médecins interrogés a pu côtoyer des orthophonistes durant les stages qu'ils ont effectués lorsqu'ils étaient étudiants. En effet, s'ils ont été affectés en institutions, comme le docteur Catachrèse, ils ont pu entretenir des relations avec le personnel paramédical : *« Oui, j'ai eu la chance pendant mes études de travailler dans des centres où il y avait [une équipe] multidisciplinaire de rééducation, de réhabilitation, etc. Et là, effectivement, c'était une prise en charge, y'avait les kinés, y'avait les orthophonistes, y'avait l'ergothérapeute, etc. Et donc c'est un travail d'équipe qui se fait »*. Il poursuit : *« J'étais dans le service de neurologie en plus, donc c'était pas le service de rééducation orthopédique, donc c'est vrai qu'on avait plus matière à faire de l'orthophonie, dans le service d'ergothérapie »*. On remarque à nouveau que malgré

l'expérience d'un travail pluridisciplinaire, les attributions spécifiques à chaque profession adjacente semblent floues.

D'autres médecins n'ont pas eu l'occasion de côtoyer des orthophonistes lors de leur formation clinique, ainsi le docteur Isocolie se souvient : *« Je suis pas passé en O.R.L, je suis passé à plein d'endroits mais pas en O.R.L. Je pense qu'en O.R.L ou en pédiatrie j'aurais peut-être plus entendu parler de ces choses-là »*. Le docteur Synérèse, quant à elle, nous dit : *« J'ai pas du tout été formée, quand j'ai débuté, je connaissais, je ne me souviens pas que mon stage interné chez mon généraliste, qu'il envoyait souvent chez les orthophonistes. Six mois de stage, je me souviens pas qu'on ait envoyé quelqu'un en orthophonie »*.

Si l'opportunité de rencontrer des orthophonistes ne s'est pas présentée pendant leurs périodes de stage, les médecins généralistes ont pu aborder des notions liées à l'orthophonie au cours de formations postuniversitaires ; Le docteur Stichomythie explique : *« J'avais fait une formation (...) sur l'autisme y'a pas très longtemps donc du coup on en a parlé un petit peu et puis j'avais fait aussi les troubles de apprentissages des enfants, de zéro à six ans là, donc là, on en avait aussi pas mal parlé, après c'est des formations en général qui se font sur deux jours, donc on parle effectivement de tout ce qui est problème de dys- mais y a aussi tout ce qui est les T.D.A.H, les, donc après c'est vite englobé dans des tas de trucs »* ; Elle continue : *« C'est trop léger, enfin c'est vraiment très léger ! C'est, vraiment, nous on est un peu axés dans le dépistage et si y a le moindre doute, orthophoniste quoi »*. Dans le même sens, le docteur Homéotéleute nous dit : *« J'ai fait des mini formations mais c'est encore pas assez... pour pouvoir être efficace rapidement, comme je vois beaucoup de gamins, j'aurais envie d'être efficace rapidement quoi »*.

Outre le milieu professionnel, les médecins généralistes peuvent avoir été amenés à côtoyer des orthophonistes au sein de leur milieu familial et/ou amical. Dans ce cas, ces rencontres ont parfois permis aux généralistes d'accroître leurs connaissances dans le domaine de l'orthophonie ; ainsi, le docteur Parataxe a évoqué à de nombreuses reprises le nom d'une amie orthophoniste, qui travaille dans son quartier et qui suit son enfant en rééducation. Ce dernier étant dysharmonique, on a senti que ce professionnel était très au courant et à l'écoute face à ce type de difficultés. Il semble très investi dans le champ de l'orthophonie, et son discours envers ces professionnels est très positif : *« Il faut vraiment que vous vous sentiez à votre place quoi. Parce que, on a besoin de vous quoi. Si vous aviez un doute, faut pas l'avoir ! (Rires) »*. Les propos qu'il tient mettent en évidence qu'il échange régulièrement avec cette orthophoniste et qu'il a eu l'occasion de discuter avec elle des champs de compétences de cette discipline paramédicale.

De même, une expérience personnelle amène parfois les médecins à prescrire plus systématiquement de l'orthophonie dans des cas spécifiques : *« Alors si, il y a quelques chose que je vérifie beaucoup maintenant, ce sont les enfants qui sont appareillés, qui on des troubles de la déglutition secondaire avec des contractures cervicales. J'ai eu le problème pour ma fille donc je suis, je suis très à cheval là-dessus, je surveille beaucoup »* (docteur Synérèse) ; Le docteur Homéotéleute nous confie, quant à elle : *« Ah oui, quelqu'un qui arrive avec un Alzheimer, j'ai mon père qui est Alzheimer et ça l'a tellement aidé, même si il a rien gagné avec l'orthophonie, mais ça l'a tellement aidé ce dialogue avec une personne que... Je le donne instantanément, quoi. (...) Ca me paraît vraiment... une grande aide pour les gens quoi ! »*.

Au contraire, il arrive également qu'une expérience négative amène un médecin généraliste à modifier les représentations qu'il s'était construites de la profession, et ainsi à modifier sa pratique. C'est le cas du docteur Analepse qui raconte : « *Un truc perso, un de mes fils, il lui manquait les deux dents de devant à 4 ans quoi et on m'a dit « bah il arrive pas bien à dire cheval, il dit ...v... ». Après, essayez de dire cheval quand vous avez pas les deux incisives supérieures ! Donc, elles m'ont dit « faudrait aller voir une orthophoniste ». Ben là, voilà... Je trouve qu'il y a un petit trop d'envois chez les tous petits qui pourraient attendre un an voir vraiment si ils n'y arrivent pas tout seul apprendre à dire correctement les « ch ». Et maintenant qu'il a ses dents de devant, il dit bien les « ch »* ». En lien avec cette expérience, ce médecin fait partie de ceux estimant que les orthophonistes reçoivent de manière trop systématisée les très jeunes enfants pour rééduquer des troubles d'articulation.

En définitive, ces différents témoignages mettent en évidence l'importance des expériences des acteurs dans les représentations. En effet, la formation initiale en médecine ne traitant pas des domaines touchant l'orthophonie, les médecins généralistes se construisent des représentations de ce métier par le biais de diverses expériences personnelles et/ou professionnelles. Imprégnées par ce vécu, leurs pratiques professionnelles s'en retrouvent influencées.

2. Une prescription à part

La prescription orthophonique est alors envisagée différemment chez les médecins qui ont pu étoffer leurs représentations du groupe et de ses champs de compétences par l'expérience. Pour les autres, ce sera souvent un acte difficile à concevoir, effectué sans visée spécifique, duquel le prescripteur se désengagera facilement.

2.1. Un acte qui échappe au prescripteur

Nous avons évoqué dans les parties précédentes plusieurs facteurs pouvant amener les médecins généralistes à occuper un rôle assez limité dans la prescription orthophonique. Nous allons exposer ici les différentes modalités de prescription d'actes orthophoniques, ainsi que le ressenti des médecins face à cette demande quasi-quotidienne au centre de leur pratique professionnelle.

Une minorité de médecins nous ont dit intervenir dans la demande de prescription orthophonique, en réalisant un examen clinique auprès des patients : « *On est très, enfin moi, je surveille de très près* » nous dit le docteur Synérèse avant d'expliquer : « *En examinant les enfants. En les faisant parler en regardant leur comportement, en les faisant écrire, on s'en aperçoit quand même assez rapidement. Puis en interrogeant les parents* » ; De même, le docteur Parataxe raconte : « *Alors on le fait parler le gamin, on raconte, alors la maîtresse ceci, tout ça. Et là, le gamin (sifflement) il se lâche... Et on voit si... Et là, on dit ben ouais, ce serait bien que vous ayez de l'orthophonie* ».

Cependant, la plupart des médecins ne s'impliquent pas autant dans le processus de prescription, puisqu'ils répondent plutôt à une demande déjà existante de la part du patient : « *Souvent ça vient, enfin, on fait pas de consultation pour ça, je fais pas de dépistage de troubles du langage, j'avoue que bon, je marque au cours de la*

consultation, on dit y'a tel ou tel problème et si on demandait un bilan orthophonique ? Ça vient un peu en plus, en surcroît, y'a pas de consultation dédiée aux troubles du langage quoi » (docteur Hypotypose). De la même manière, le docteur Enallage commente : « Je fais le papier puis ils passent prendre le papier, j'ai pas besoin de les re-revoir (...). Ça fait partie des x lettres qui traînent sur le bureau dans l'entrée où les gens viennent se servir, c'est tout ». Dans ce cas, il arrive que les médecins réalisent des prescriptions ante-datées ; ainsi, le docteur Catachrèse mentionne : « Ça arrive de temps en temps, c'est pas gênant, ça me pose pas de problème, j'me suis pas offusqué que les parents n'aient pas pensé à : « Allô docteur, faut qu'on ait votre autorisation pour aller voir l'orthophoniste », au contraire ».

Lorsque la demande vient de l'extérieur, le docteur Paronomase explique : « Donc c'est vrai que si il n'y a pas d'autre plainte particulière c'est vrai que je dis bah ok, si vous dites que, enfin, si un professionnel (cf. instituteur) pense qu'en effet l'enfant a besoin d'avoir un bilan donc moi j'exécute, entre guillemets ». Comme le dit ce médecin, il « exécute », comme un simple subalterne, sous les ordres d'un supérieur hiérarchique, perdant ainsi son rôle de contrôle de l'activité du paramédical orthophoniste. La vision fonctionnaliste de la domination de la profession médicale est donc ici abandonnée au profit de l'analyse interactionniste qui conçoit les relations entre professions à travers les carrières des acteurs et leurs interactions avec l'environnement.

Le docteur Isocolie commente : « En fait les parents présentent très mal les choses. Ils arrivent chez le confrère en disant « bonjour docteur je viens c'est pour faire une ordonnance pour aller faire de l'orthophonie. » Et le docteur il se sent complètement squizzé « Ah bon ? Si c'est vous qui le dites, bon bah alors je vais faire ». Alors y a les grincheux qui disent « Mais... Ah bon ? Vous croyez ? Je suis pas sûr, machin » et puis ceux qui disent « Vous voulez une ordonnance, bah on la fait voilà ». Il n'est alors pas étonnant d'entendre plusieurs médecins nous dire concernant la prescription orthophonique : « Je le mettrais sur le même plan la prescription que nous quand on fait, vous savez, les certificats de sport » (docteur Parataxe). En effet, se sentant dévalorisés par cette prescription qui leur échappe, ces médecins généralistes auraient tendance à la considérer comme un acte purement administratif : « C'est vrai que la prescription de l'orthophonie c'est plus quelque chose pour moi qui est de l'ordre de l'administratif. Donc qui est plutôt de l'ordre de perte de temps » (docteur Paronomase). Ces propos illustrent les représentations qu'ont ces médecins de leur pratique et notamment le sentiment d'une déqualification évoquée par le travail administratif qui leur est alloué, ils auraient l'impression d'être « (des) distributeur(s) automatique(s) d'ordonnances » (docteur Isocolie). Le fait que la prescription orthophonique soit réduite dans leurs représentations à un acte administratif pourrait être dû au manque de contrôle qu'ils ont sur cet acte du fait de l'absence de partage des savoirs. Ils se sentiraient alors dépossédés de la dimension soignante de cette prescription. Aussi certains médecins seraient confortés par la nouvelle définition institutionnelle de la division du travail entre les deux professions accordant plus d'autonomie aux orthophonistes comme le docteur Isocolie l'explique : « Maintenant on a une rédaction des ordonnances qui est bien plus adaptée, puisqu'on dit : « Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire ». Parce qu'avant on prescrivait le bilan, puis après on nous disait : faut vous revoir pour prescrire les séances ». Effectivement, avant l'évolution des intitulés concernant la prescription orthophonique, les généralistes étaient d'autant plus sollicités.

Finalement, bien que certains médecins généralistes orientent d'eux-mêmes leurs patients en orthophonie, la plupart d'entre eux ont la sensation de n'être qu'un simple exécutant au sein de ce parcours de soin. Ils assimilent cet acte à une démarche administrative, coûteuse en temps et peu valorisante. Leurs représentations concernant la prescription orthophonique seraient assez négatives, et produiraient un sentiment d'écart de la fonction soignante qui leur est attribuée. Pour contrer ce sentiment, ils auraient tendance à se désinvestir de la prescription, en privilégiant d'autres tâches plus gratifiantes dans leur pratique.

2.2. Un autre monde : connaissance des acteurs et réseaux

Le fait que la prescription échappe aux médecins généralistes est aussi dû au fait qu'ils ne connaissent pas ou peu les acteurs qui vont la réaliser. En effet la multiplicité des correspondants paramédicaux induit une impersonnalité de l'échange comme le souligne le docteur Analepse : *« C'est vrai finalement qu'on travaille avec des gens qu'on ne connaît pas par rapport aux autres spécialistes médicaux avec qui on travaille, on sait à qui on l'envoie et du coup on décroche souvent le téléphone pour demander quelque chose, là c'est vrai qu'on envoie de façon un peu plus impersonnelle, c'est plus difficile. »*. A travers ce phénomène se dessine le clivage entre professions médicales et paramédicales ; en effet au sein des professions médicales la plupart des médecins généralistes ont quelques collaborateurs par spécialité avec lesquels ils travaillent régulièrement ; ce n'est pas le cas pour les orthophonistes, même si parfois des noms sont évoqués l'interlocuteur reste multicéphale et flou, le docteur Paronomase s'explique cette différence par la fréquence de la prescription mais il revient sur cette justification : *« même si c'est quasiment quotidien à certaines périodes, on les connaît moins bien. C'est des paramédicaux (rires). »* C'est donc ce critère de classification qui semble organiser les réseaux de soin ; cette méconnaissance des acteurs paramédicaux semble ancrée dans la culture médicale, ce que décrit le docteur Homéoteleute : *« Non, c'est vraiment un... Nous on a nos années d'études qui sont Dieu sait, énormes, énormes, et tout le monde parallèle, tous les paramédicaux, on les connaît pas, on échange des prescriptions mais en fait on les connaît pas ! »*. C'est souvent la proximité géographique qui permet une vision plus précise des acteurs voisins, aussi certains médecins travaillent préférentiellement avec les orthophonistes qui sont venus se présenter en s'installant, comme le docteur Trope : *« Bah nan mais les orthophonistes moi du coin je les connais parce que je discute volontiers donc je les croise puis j'en reçois quelques unes donc du coup je les connais »*. Cependant, dans la majorité des cas cette connaissance reste superficielle et ne va pas influencer leur prescription : *« Mais je les connais pas personnellement, c'est, c'est des collègues, je les aperçois dans des réunions, et puis on a des relations épistolaires (rires) »* (docteur Hyperbate).

En effet, l'adressage des patients vers des orthophonistes connus du médecin n'est pas une pratique systématique, souvent, le patient a déjà contacté directement l'orthophoniste qui a demandé une prescription médicale, le médecin ne propose donc pas naturellement un de ses interlocuteurs : *« les parents ne m'en parlent pas trop, ils se débrouillent. Parfois ils me disent « vous connaissez quelqu'un ? ». Alors j'dis bah oui, moi je connais qui ? Les deux plus proches de moi. Y en a une à 100m, 150m de ce côté, et l'autre à 200m là, donc je donne les deux noms, très déontologiquement, je donne les deux noms les plus proches, puis après elles s'arrangent quoi »* (docteur Isocolie). Outre l'argument déontologique que l'on retrouve chez plusieurs médecins c'est le côté pratique qui prime

comme le souligne le docteur Trope, fort de son expérience personnelle : « *Parce que l'orthophonie c'est long pour y avoir vécu chez moi, et que même si y'a une super orthophoniste à l'autre bout de Lyon, il faut y aller une fois par semaine, c'est hyper fastidieux pour les parents, on part pour plusieurs mois voire des fois des années, donc il faut que ce soit pratique.* ». Les indications particulières divisent les médecins généralistes, si certains connaissent les spécialités des différents acteurs au sein de la profession orthophonique dans les domaines auxquels ils sont le plus sensibilisés comme le docteur Homéotéleute, sensible aux méthodes parallèles qui va adresser ses patients quand une première prise en charge a échoué ; pour d'autres ces spécialités sont souvent méconnues, le docteur Zeugma affirme même « *Ah non, non, non y'a jamais de spécialisation (rires) dans ce domaine-là.* », la plupart des médecins sont plus nuancés et estiment juste n'avoir pas une assez grande connaissance des acteurs « *Je ne dirige pas spécifiquement, je ne connais pas suffisamment leurs compétences* » (docteur Isocolie). Ils laissent alors le réseau « profane » guider les patients ; en effet, il semble qu'un réseau se crée via l'école, les parents ou comme le dit le docteur Parataxe : « *Le filon pour le savoir c'est la pharmacie. C'est le bouche-à-oreille.* ».

La connaissance des acteurs serait donc en partie formatée par le clivage médical/paramédical et la dimension active des patients dans le soin, les inclinant à chercher eux-mêmes leurs soignants avant l'avis médical.

3. Particularités et contraintes de la pratique libérale du médecin généraliste

La pratique libérale et les rôles multiples du médecin généraliste participent aussi de cet éloignement, ce dont témoigne le docteur Hyperbate à ce sujet « *Mais c'est vrai que quand on est dans son coin comme ça en ville ça devient quelque chose du domaine du rêve, hein ! Mais bon, voilà, entre ce qui serait l'idéal et ce qu'on fait en réalité y'a quand même un certain fossé. (...) Si c'est dans l'imaginaire, dans l'idéal, on ne se préoccupe ni du temps, ni de l'argent ni de rien ! Oui, là ce serait bien, mais c'est possible dans le travail institutionnel, mais nous c'est un p'tit peu moins (...), moi je restais sur un plan très matériel donc je disais « je peux pas faire mieux » !*

3.1. Etre bons partout

La fonction de soin de premier recours peut parfois être dévalorisante pour les médecins généralistes aux prises entre les demandes spécifiques et expresses des patients et des médecins spécialistes. Aussi on entend un discours à deux voix mêlant l'intérêt et le plaisir d'un exercice diversifié avec la pression extérieure et le manque de reconnaissance. Ils ont parfois l'impression de récupérer ce dont l'hôpital et les spécialistes ne veulent pas et ce qu'ils n'arrivent pas à traiter ce que nous relate le docteur Parataxe à travers l'exemple d'un de ses patients : « *L'hôpital a dit qu'on pouvait pas grand chose. Je gère, on essaie de faire au maximum tu vois* ». Il ajoute que les décisions à prendre sont parfois complexes parce que « *(il) ne sait jamais sur quoi (il) part* » cependant pour lui cet inconnu et ces défis sont grisants, d'autant qu' « *on n'est pas dans une médecine de résultats, on est dans une médecine de moyens enfin d'obligation de moyens, donc on te le reprochera jamais* ». Il ressort quand même du discours général

que prendre les bonnes décisions est gage de légitimité auprès des spécialistes et des clients et qu'il est important « *de pas rater le coche parce que si y'a une alerte à donner faut la donner quoi* » (docteur Parataxe.). Plusieurs médecins nous présentent ainsi la richesse de leur exercice par la diversité des pathologies et de la patientèle qui implique d'être très flexible et qui est en même temps enrichissante sur un plan humain et professionnel ; mais bien souvent nous remarquons dans le discours des acteurs un sentiment de dépassement face à leurs conditions de travail qui les empêchent de trouver une place qui leur soit propre, avec l'impression de faire le « sale boulot », ce qu'expriment le docteur Isocolie : « *Bah, je fais tout ! Pourquoi je fais tout ? C'est parce qu'il y a plus de spécialistes. Y'a plus de pédiatres, y'a plus de...* », la prescription orthophonique rentre alors pour certains dans ce lot puisqu'elle lui revient alors qu'ils ne la maîtrisent pas, pour ceux-là elle serait plutôt réservée aux médecins pédiatres ou o.r.l. mais n'ayant pas le choix il l'exécute : « *Oh ça ne me gêne absolument pas, de toute façon on n'est plus à ça près on gère tout nous !* » (docteur Zeugma). Ils expriment ainsi le manque de liberté dans leur exercice puisqu'étant les premiers à intervenir ils se doivent d'être efficaces afin de ne pas entraver le travail des médecins hospitaliers ou spécialistes libéraux, ce qu'exprime le docteur Paronomase : « *on est dans les soins du premier degré hein. Donc c'est vrai qu'il faut qu'on puisse répondre rapidement. Si on répond pas rapidement de toute façon ça va déborder sur les hôpitaux, sur les urgences qui vont être occupés avec des choses qui n'ont rien à voir avec eux donc si on ne fait pas ce travail là de tri, au niveau du système de soin, on paralyse le système de soin.* ». Outre le manque de liberté quant au choix de l'exercice s'ajoute alors la pression temporelle.

3.2. Des activités chronophages

L'exercice de la médecine générale implique un lot de travail administratif et de santé publique qui se révèle chronophage, au dire des acteurs interrogés. Cela interfère sur leur travail auprès des patients et explique leur manque de connaissances autour de l'orthophonie. Le paradoxe qu'ils pointent presque tous est que leur spécificité dans la médecine est d'être proche du patient, d'écouter le patient, « *le côté administratif ça ne m'intéresse pas du tout ! C'est quand même, le côté relationnel qui est important* » (docteur Synérèse) mais qu'ils manquent de temps pour le faire ce que développe le docteur Paronomase : « *c'est vrai qu'on est aussi débordés et qu'on a du mal à discuter (...). Enfin, nous les médecins généralistes on n'a pas de temps, il faut gagner notre temps. (...) On centralise les informations, on essaie d'en faire des synthèses rapidement mais on n'est pas des médecins hospitaliers, on n'a pas de temps, (...) le médecin traitant il est quand même censé répondre tout de suite. Donc voilà, c'est vrai que non, donc on ne peut pas faire autant qu'on veut !* » Ce sentiment de frustration est très présent chez les médecins généralistes interrogés qui par cette pression temporelle perdent le sens qu'ils voudraient donner à leur exercice comme le docteur Trope qui soulève « *La problématique elle est là c'est que si on prend le temps, notre job c'est quand même de discuter* ». Le rapport à l'orthophonie rentre donc dans le discours des acteurs dans ce contexte de manque de temps, si le médecin n'a pas le temps de discuter avec les parents il en aura encore moins avec l'enfant pour lui permettre de repérer des troubles éventuels ; de plus l'obligation à aller droit au but, à mettre une étiquette sur le patient pour centraliser les données oblige le praticien à hiérarchiser ses objectifs ce par quoi conclue le docteur Trope : « *Enfin on peut pas arriver à tout bien faire, et je pense que ça malheureusement ça passera après le reste.* ». Cependant, il est intéressant de noter que ces médecins s'assigneraient plus de rôle que ne leur en donne la définition

institutionnelle de la division du travail entre les deux professions. En effet, en déplorant ainsi le manque de temps pour s'occuper de la prescription orthophonique, ils remettent en cause la part d'autonomie accordée à la profession par l'institution. Néanmoins, dans certains cas la production de ce discours peut aussi découler de la situation d'entretien qui les mettrait en position de justifier le manque d'intérêt pour cette prescription.

3.3. Une médecine de l'intuition clinique

L'abandon de ce qui les meut dans leur profession ne paraît pas concevable pour la plupart des médecins, aussi ils vont chercher à mettre en avant la relation particulière qu'ils ont aux patients et aux familles qui leur permet d'aiguiser leur sens clinique « *Ça c'est vite fait de le voir parce que nous on est les médecins de famille de base, enfin de base, c'est pas méchant, c'est pas péjoratif dans ma bouche mais c'est... On suit des fois quatre générations, donc si tu veux on voit les gens évoluer donc...* » (docteur Parataxe), il est intéressant de constater qu'ils sont conscients que c'est de ce côté trivial, « *de base* », déprécié par le monde hospitalo-universitaire dominé par le paradigme scientifique qu'ils vont se servir pour se démarquer et légitimer leur exercice, aussi le docteur Trope confie « *Mais quand on prend un peu de temps, c'est ce qui est sympa dans le métier. De tchatcher un peu (...) La plupart des diagnostics c'est à l'interrogatoire, c'est pas à l'examen.* ». Une autre manière de légitimer ce savoir clinique sera donc de privilégier ses convictions plutôt que des outils et techniques normés qui évoluent trop vite, afin d'exercer sa médecine, qui pour le docteur Synérèse est une médecine de l'intuition : « *je n'suis pas spécialiste, je suis là pour repérer, je repère tout ce qui ne va pas, voilà, et ça j'aime bien ! (...) c'est surtout repérer! Sentir ! Je sens quand ça ne va pas, je sens quand y a quelque chose.* ». C'est dans ce plaisir de la proximité du patient et dans les relations qui en découlent que les médecins généralistes vont trouver leur place comme l'exprime avec engouement le docteur Parataxe : « *Oui, on a de plus en plus de fonctions entre guillemets aussi bien médicales que sociales, (...) Enfin des trucs que j'ai pas appris à la fac, des trucs que j'ai appris sur le tas et que j'adore, j'adore faire, ça m'éclate hein (...) Et puis y a aussi les tripes que tu mets dedans ! On a une clientèle, on a des gens avec qui on a de l'affect !* » La mise en avant du registre relationnel de la production de soin (Aïach, Fassin et Saliba) dans le discours de ces médecins est aussi une stratégie de légitimation vis-à-vis des médecins spécialistes qui permet au praticien de préserver son « image de soi ». C'est une fois que cette place est reconnue chez les quelques acteurs qui l'affirment et l'assument que le lien avec les autres acteurs va pouvoir se créer dans un climat de soin plus près de la trajectoire des patients.

III. Relations interprofessionnelles entre médecine générale et orthophonie : institutionnalisation, rhétorique et réalité sociale

Les relations entre médecine générale et orthophonie sont dans un premier temps régies par l'institution et les contraintes formelles imposées aux deux groupes. Cependant, elles ne semblent pas systématiquement connues et/ou reconnues par les médecins interrogés. Nous avons remarqué dans le discours des acteurs une rhétorique du lien idéal assez séduisante à travers laquelle nous avons vu émerger en filigrane des phénomènes plus proches de la réalité sociale.

1. Des relations interprofessionnelles institutionnalisées et régulées : le rôle du compte-rendu de bilan

La particularité du travail en réseau libéral implique donc un suivi différent des patients, qui passera majoritairement par l'écrit via notamment les comptes-rendus de bilan. Il paraît important de noter que ces échanges sont structurés par la sécurité sociale et par le caractère formel imposé au praticien orthophoniste.

1.1. Une base d'échanges hermétique

Nous avons vu plus haut le manque de formation que déplorent les médecins dans les domaines de l'orthophonie ; la mention obligatoire des outils d'évaluation utilisés par le praticien orthophoniste, outils dont ne disposent pas les médecins, participe à l'exclusion du médecin prescripteur de la démarche diagnostique. Cependant cela correspond à la définition institutionnelle de la division du travail entre orthophonistes et médecins généralistes. Le décalage observé se situe entre cette définition et la représentation qu'ont certains médecins de leur propre pratique, marquée par un désir de contrôle sur les professionnels engagés par sa prescription. Aussi, le compte-rendu de bilan viendrait rappeler au prescripteur l'autonomie accordée à la profession.

La plupart des médecins que nous avons rencontrés se sentent démunis face à la terminologie employée dans les comptes-rendus comme le docteur Métaplasme qui confesse « *les bilans d'orthophonie moi j'y comprends rien (rires), ils font les tests de ci, les tests de machin dysorthographie dyslexie dys...(rires), alors, je les garde mais... des fois je comprends rien.* », cette réaction est récurrente chez les médecins interrogés, aussi, le docteur Homéotéleute développe ce sentiment d'incompréhension : « *Le problème c'est que je comprends pas son compte-rendu, si je veux être honnête. (...) Mais, j'attendrais d'elle un langage beaucoup moins hermétique... Sur quelque chose de beaucoup plus court, mais qui me fasse dire si y a quelque chose de simple ou compliqué, ça se passe dans tel domaine et puis voilà, on va y arriver avec facilité ou avec difficulté. (...) Voilà, je dirais que c'est une réponse trop compliquée pour que j'en fasse quelque chose d'intelligent ! Mais honnêtement, je me suis pas du tout préoccupée d'apprendre à comprendre ce langage ! Ca c'est ma part à moi, hein !* ». Le paradoxe réside dans le fait que pour les personnes interrogées, bien qu'elle induise un sentiment d'incompétence chez le médecin, l'utilisation de ces outils normés et de ces « *termes techniques qui sont parfois un petit peu difficiles à appréhender* » (docteur Hypotypose) semble être un gage de la qualité du travail : « *dans tous les cas ça veut plutôt dire qu'elles ont travaillé ! C'est plutôt bien, c'est vrai que c'est pas forcément utile pour nous mais c'est bien de savoir qu'elles l'ont vu, qu'elles ont fait un travail* » (docteur Analepse) et du professionnalisme de l'orthophoniste comme le décrit le docteur Paronomase : « *C'est bien pour ça qu'on est des professionnels, parce que les professionnels on parle un langage, on a des mots clés* ». Aussi, à travers le compte-rendu de bilan, c'est une forme de légitimation du travail de l'orthophoniste par la reconnaissance d'une « technique » spécifique trop lointaine de leurs propres outils, ce qui dédouanerait le médecin d'un contrôle avisé tout en restant le centralisateur des données du patient. Dans le même sens, le docteur Trope confie « *Alors je ne les lis pas je regarde juste à la fin la conclusion si j'arrive à y comprendre quelque choses (rires) mais ça s'arrête là quoi. Dyslexie ça je comprends ça, mais après le reste, je suis incapable. Donc, n'y connaissant rien je vous laisse faire.* ». Il arrive aussi que le

médecin, afin de conserver son image, de ne pas « perdre la face » repositionne cette technique dans un champ inférieur à celle spécifique à son exercice, comme le docteur Enallage qui mentionne *« ces histoires de comptes-rendus où à la limite toute votre science me dépasse on va dire un p'tit peu, toute votre technique à la limite plus que la science. Et simplement on m'en dit trop quoi. »*.

1.2. Un élément de légitimation du rôle de centralisateur

Ce constat nous ramène au caractère étranger de l'orthophonie face à laquelle les médecins se sentent désarmés mais qui n'en demeure pas incontournable vis-à-vis de leurs priorités et des contraintes de leur rôle de soignant de première ligne et de centralisation. Comme le souligne le docteur Hyperbate : *« C'est pas notre métier donc on capte peut être pas toutes les subtilités et puis c'est des fois un peu long à s'envoyer (rires)... Bon c'est toujours intéressant mais c'est vrai que quelque part c'est presque trop mais c'est bien d'avoir quelque chose quand même. (...) Voilà, mais bon, y'a à la fois le fait qu'on n'a pas toujours le temps de lire ça en détail et puis moi y a des choses qui m'échappent, c'est quand même technique (rires). »* Le manque de temps est en effet invoqué chez la quasi-totalité des acteurs qui insistent sur le volume trop important des comptes-rendus et l'intérêt pour la conclusion qui permet d'étiqueter le patient et de centraliser les données, ce que décrit le docteur Isocolie : *« Et alors ce qui serait bien, c'est que ce soit quelque chose d'assez simple, (...) facile à regarder, il arrive, je le lis, bon très bien il est classé ensuite dans le dossier patient, je le relirai peut-être jamais mais au moins je l'ai. Que j'aie au moins quelque chose sur ce qui s'est dit. »* Aussi, la plupart des médecins avouent ne lire que la conclusion et conserver le document pour l'assurance maladie *« Enfin, je les vois, je les lis heu mais bon après je les classe ! (rire). Ça peut quand même m'aider pour voir, ne serait-ce que pour prouver que les soins étaient bien indiqués et que l'enfant en a bénéficiés »* (docteur Hypotypose). Le compte-rendu de bilan a donc aussi fonction de légitimation du rôle de centralisateur des données patients qui constitue la spécificité du médecin généraliste, comme pour l'orthophoniste, il symbolise le contrôle de l'institution sur les pratiques du médecin. Lors de nos entretiens, nous avons ressenti une très forte demande de la part des médecins, qui n'étaient pas uniquement dans le constat mais dans la requête, comme le docteur Enallage *« Ah oui, ça il faut en parler, oui et non, je lis toujours la conclusion mais quand y a quatre pages où ils détaillent leurs trucs je zappe complètement. »*, ce mouvement les resitue dans leur rôle de prescripteur et cristallise la relation avec la profession prescrite représentée par les enquêteurs. Le compte-rendu de bilan est donc le vecteur de la relation médecin généraliste orthophoniste, pour beaucoup comme le docteur Litote, il constitue le seul lien et justifie ainsi par son caractère formel leur prescription : *« moi pour les orthophonistes c'est « bilan orthophoniste » et voilà, le lien médecin généraliste et orthophoniste. »*.

2. Une rhétorique professionnelle du lien idéal

Nous évoquions plus haut le paradoxe retrouvé dans le discours des acteurs autour de la prescription orthophonique, le docteur Isocolie l'exprime en résumant *« Non je crois que le lien tel qu'il est installé il est bon. Je maîtrise pas donc je prescris, voilà, en gros c'est ça hein »*. En effet, nous avons observé au cours de nos entretiens un déplacement progressif du discours de certains acteurs qui en sont venus à adopter une posture

réflexive. Chez ces médecins, on assiste à une reconnaissance de la division du travail telle qu'elle est définie institutionnellement, mais la situation d'entretien les conduit à analyser cette situation et à produire un autre discours, qui pousse plus loin leur réflexion sur le lien entre les deux professions. Cependant, ce discours étant induit par la situation d'entretien, il pourrait être modulé en fonction des acteurs en présence, puisqu'il porte sur leur groupe d'appartenance. Toutefois, il apparaît dans leurs discours qu'en partant du constat d'un lien faible mais convenu, ces médecins ont été amenés à formuler des désirs de changement. Le docteur Analepse soulève ce manque de lien : *« ça nous échappe un peu, je pense que c'est un suivi assez parallèle mais pas tellement croisé quand même. On fait la démarche de prescription mais après je pense qu'on est un peu séparés »*, c'est de ce constat que naît l'expression de la curiosité des médecins envers la discipline prescrite.

2.1. Un désir de formation exprimé par les médecins généralistes

Un désir de formation émerge du discours de nombre de médecins interrogés, cependant, on remarque que la plupart du temps il est induit par la situation d'entretien qui les amène à réfléchir sur leurs savoirs sur les champs de compétences de la profession prescrite. Cette posture se justifie par les médecins du fait de leur position au carrefour des spécialités médicales et professions paramédicales qui les met face à l'impossibilité d'être compétents partout du fait notamment du manque de temps énoncé plus haut et des tâches administratives. Pour la plupart des médecins ce désir de formation reste donc sourd compte tenu des contraintes d'organisation, ils soulignent aussi le fait que la majorité des formations qui leur sont proposées sont financées par des laboratoires, or la plupart des pathologies traitées en orthophonie n'ayant pas de traitements médicamenteux en parallèle ces sujets ne sont jamais abordés. Le docteur Trope suggère une formation organisée par les services hospitaliers, notamment de neurologie, cependant, toutes ces idées restent du domaine de l'idéal dans le discours des acteurs. En opposition, quelques médecins semblent mûrir une réflexion active autour de ce manque, par exemple docteur Stichomythie émet l'idée de contacter une orthophoniste avec laquelle elle travaille afin d'assister à un bilan pour mieux appréhender les techniques orthophoniques, pour elle cette investigation est de son ressort : *« je pense que le petit plus à avoir c'est plus de mon côté avec une formation peut-être un peu plus, un peu plus approfondie pour pouvoir comprendre un peu mieux et voilà. Après c'est vrai qu'on sait pas, on s'est pas vus, on s'est pas forcément rencontrés avec ces orthophonistes et souvent je pense que c'est pas mal de rencontrer les gens, les, les, nos partenaires en fait ! »*. Cette notion de partenariat est présente chez de nombreux médecins qui évoquent la difficulté de le mettre en place dans la mesure où ils ne rencontrent pas ou très rarement les orthophonistes. Cependant, cette méconnaissance entre les professions tient aussi du fait des orthophonistes, qui forts de leur « culture professionnelle » et de la reconnaissance institutionnelle élaboreraient des stratégies d'autonomisation dont l'hermétisme de leur langage ferait partie.

2.2. Une rencontre difficile

Dans le discours des médecins interrogés, la méconnaissance des orthophonistes tient aussi en grande partie du fait qu'ils ne se rencontrent presque jamais, ni au sein de formations comme nous l'avons vu, ni autour du patient ; le docteur Analepse suggère qu'il *« faudrait peut-être qu'on se rencontre plus ! Voilà, avec celles avec qui on travaille »*

je veux dire, de façon très ciblée », la collaboration au sens de Sarradon n'étant pas possible sans cette rencontre entre les partenaires de soin. Cependant, l'activité libérale et les contraintes développées plus haut rendent cette rencontre impossible, en cela la plupart des médecins n'osent pas la concevoir, comme le docteur Hyperbate qui nous livre en fin d'entretien : *« Enfin, évidemment, l'idéal se serait d'avoir plus d'échanges directs ! Mais je l'imagine pas parce que c'est pas possible ! »*. Ce sentiment d'idéal inatteignable est présent chez un certain nombre de médecins chez qui on dénote un certain regret d'une forme d'exercice institutionnel comme chez le docteur Parataxe qui résume en ces termes : *« Donc si tu veux, si on voulait, comme tu dis chez les Bisounours, on pourrait se faire une réunion comme ça une fois par an ou par patient ou par je sais pas comment, pour faire une concertation médico-paramédicale »*. Cependant, chez certains médecins, ce type d'exercice est possible et appliqué dans la mesure de ce que permet le réseau libéral comme en témoigne le docteur Catachrèse : *« de se rencontrer de temps en temps quand on a des patients difficiles, ça arrive parfois, non, j'ai jamais eu d'orthophonistes qui ont fait des blocages ou des vetos disant « non, c'est moi, c'est mon domaine » c'est jamais arrivé donc je pense que déjà dans la formation, la formation se fait beaucoup dans des centres, (...) donc l'état d'esprit pluridisciplinaire existe déjà à la base c'est pas comme dans d'autres professions où on peut être vraiment coupés les uns des autres tout le temps et être obligés d'avoir des relations de hiérarchie entre nous... c'est pas le cas avec l'orthophonie, en tout cas moi je le vis pas comme ça. »*. Dans de rares cas un vrai travail de coopération pourra alors se mettre en place de manière ponctuelle, ce qui fait naître une nouvelle problématique, plus profonde, au manque de lien constaté par les acteurs.

2.3. La possibilité d'un partenariat

Le docteur Catachrèse évoque la possibilité d'un travail en équipe et distingue bien au sein de la prescription orthophonique l'acte administratif de l'acte médical (cf supra modalités de la prescription) : *« Je crois qu'il y a deux choses, y'a l'administratif pur et dur qu'on nous demande, qui est un p'tit peu borné, et puis après, y'a l'intelligence du travail d'équipe qu'on peut faire donc ça c'est différent. »*, il mentionne alors des cas de prises en charges spécifiques à domicile avec l'orthophoniste du patient *« ça arrive quand y'a besoin d'être un p'tit peu plus incisif de fait qu'il y ait et le médecin et l'orthophoniste en même temps autour de la patiente qu'elle comprenne bien que c'est un travail d'équipe, que c'est ensemble »* il exprime tout de même les difficultés rencontrées dans la mise en place de ces soins en collaboration mais insiste sur le fait que *« dans certains cas oui, c'est important de le faire. »*. Pour lui, *« il y a une confiance mutuelle qui se met en place »* et qui permet de travailler ensemble. De même pour le docteur Parataxe : *« L'orthophoniste il fait partie du paysage audiovisuel (rires). Donc il fait complément partie de l'équipe hein. »* Ces exemples soulèvent la question de nouvelles raisons à la pauvreté du lien entre les deux professions qui pourrait être corrélée à des enjeux de légitimité et de pouvoir professionnel, aussi le docteur Trope présuppose un sentiment d'infériorité du groupe orthophonique probablement induit par sa propre représentation du groupe et par extension des professions paramédicales : *« Et puis je pense qu'il faut pas non plus hésiter à venir discuter avec nous. (...) je pense qu'il faut pas être, il faut peut-être un peu vous imposer, pas vous dire que vous êtes des nulles, ce qui est pas vrai. »*, il se pose ainsi en patriarche bienveillant, remettant le groupe d'appartenance des enquêteurs à sa place dans la division du travail, reprenant ainsi le pouvoir après avoir avoué son incompetence dans ce domaine. Cette position inconfortable de l'exercice d'un

pouvoir via la prescription sur quelque chose qu'ils avouent ne pas maîtriser induit chez ces médecins généralistes cette distance constatée au début des entretiens et de notre réflexion. Le docteur Métaplasme compare ainsi ce lien à une autre institution : « *Peu de relations. Mais bonnes (rires) Faut bien s'entendre, faut garder une certaine distance, c'est comme dans le mariage (rires). Au début c'est fusionnel puis après y'a des petits défauts puis après... y'a un équilibre (rires).* ». Nous verrons donc à travers quels prismes se joue cet équilibre et comment est engagée la légitimité des différents acteurs dans cette relation.

3. Trouver sa place dans la division du travail : légitimités croisées.

La légitimité de l'orthophoniste est souvent reconnue par les médecins interrogés, cependant cette reconnaissance se heurte à la reconnaissance de leur propre méconnaissance de l'orthophonie et la remise en cause de leur légitimité dans la prescription des actes orthophoniques. Leur spécificité au sein des spécialités médicales, ce rôle de coordination et de régulation est donc fragilisé. Pour se défendre de cette attaque à l'image qu'il a de lui-même le praticien se rangera donc souvent soit dans les représentations évoquées plus haut d'une discipline plus proche des domaines éducatifs et sociaux soit dans une vision d'une profession autonome et indépendante qui n'appartiendrait pas à leurs indications. Cependant, la représentation de la division du travail médical qui émerge du discours des acteurs n'est pas franche et on sent la fragilité de leur position au sein de ce système.

3.1. Une division diagonale du travail médical

L'idéal d'un travail en équipe sur le modèle institutionnel reste présent et fort dans les représentations de nombreux acteurs qui produisent un discours parfois « lissé » sur la légitimité de leurs partenaires sans verser systématiquement dans la rhétorique professionnelle. Aussi, le docteur Parataxe affirme avec verve : « *T'es pas au-dessus des gens, t'es à côté quoi, t'es pas au dessus d'eux ! Tu fais un métier où t'es à côté d'eux. Heureusement qu'on n'est pas tous médecin, qu'on n'est pas tous orthophonistes, qu'on n'est pas tous psychiatres... Enfin, tu vois quoi. C'est la richesse de la vie qui fait qu'on est complémentaire, on a besoin des uns des autres. Moi j'ai besoin de tout le monde quand je bosse. Moi j'ai pas honte, je peux pas tout faire, j'en fais déjà beaucoup mais comme vous, je peux pas tout faire tout le temps quoi, non.* ». Ce genre de discours, peut-être moins affirmé, s'est retrouvé chez plusieurs acteurs interrogés, cependant, très vite au cours des entretiens se sont dessinées des nuances à cette vision horizontale de la division du travail médical. Le docteur Hyperbate par exemple qui insiste sur le côté « vital » de l'intervention médicale : « *Non mais j'veux dire, simplement si c'est pour faire une hiérarchie, c'est pas pour dire que ce qui est le plus important c'est nous mais c'est juste que je veux dire qu'il y a d'abord ça, ça il faut d'abord le remettre plus ou moins sur pieds, puis après on réhabilite (...)* ; voilà c'est la seule chose mais c'est la seule chose que je mettrais en avant, après tout le monde a son rôle à jouer et tout est important. Non, puis on peut pas découper en bout de saucisson, c'est un ensemble ! ». Cette distinction médical/paramédical sert aussi aux médecins à légitimer leurs manques dans le domaine de l'orthophonie, aussi le docteur Paronomase insiste sur ces notions au cours de l'entretien comme pour se dédouaner des réponses évasives à nos questions : « *c'est de l'orthophonie, c'est quelque chose qui en effet n'est pas dans le médical donc c'est vrai*

que dans la globalité du patient nous on cible plutôt le médical et c'est vrai que le paramédical bah on le laisse au professionnels du paramédical », et à une demande d'explicitation des termes il répond : « si, c'est paramédical, c'est associé, non, non, on prend en charge le patient, y'a une dimension médicale mais en effet, bah c'est pas le médical, parce que c'est comme ça, je sais pas, enfin oui, vous avez des questions, là comme ça, j'ai jamais pensé à ça ! Mais non franchement, c'est ça, y a pas du tout, c'est pas péjoratif, pas de dédain, voilà j'suis le médecin et vous le paramédical, non c'est une classification ! Donc voilà, non c'est du soin aux patients. », en redéfinissant ainsi les termes qu'il utilise il redessine la verticalité des relations entre les deux professions.

Ensuite c'est au sein du paramédical que des différences de traitement de la prescription sont évoquées par les médecins, notamment avec les kinésithérapeutes sur lesquels les médecins semblent avoir plus de prises du fait du langage et des savoirs partagés, ils affirment ainsi leur rôle de contrôle en se justifiant par le côté « physique » (terme énoncé par plusieurs enquêtés à ce sujet) opposé au « mental » ou « cognitif », sur ce sujet le docteur Isocolie affirme : « Et quant à la kinésithérapie classique, lombaire ou autre, c'est quand même, je dirige beaucoup plus la manœuvre que vis-à-vis de l'orthophoniste. L'orthophoniste on me dit « bah il me semble qu'il faudrait en faire », si l'orthophoniste me dit qu'il faut faire de l'orthophonie bah, elle le fait, la kinésithérapie c'est différent, parce que des fois des patients viennent m'en réclamer, et à l'inverse c'est moi qui dit « y a une contraindication ». Dans le même sens de nombreux médecins interrogés déclarent ne pas faire cas d'une demande d'ordonnance antidatée pour de l'orthophonie alors que cela leur pose plus problème pour la kinésithérapie comme pour le docteur Trope qui fait la chasse à la « papouillo-thérapie » financée par l'assurance maladie. Il est intéressant de noter que certains médecins expliquent cette différence par l'autonomie du professionnel et non par sa propre pratique vis-à-vis des professions prescrites, comme le docteur Isocolie qui continue en disant : « parce que l'orthophoniste est un professionnel qui dirige beaucoup plus sa manœuvre. À la limite on pourrait aller chez un orthophoniste sans passer par moi si c'était pas prescrit moi ça me dérangerait pas » cet élément laisse entendre que la représentation de l'orthophonie chez les médecins généralistes peut aussi se déplacer sur un versant plus indépendant des enjeux de pouvoir et de légitimité sans être dans la négation. Le docteur Homéotéleute décrit cette posture en répondant : « Vous dépendez de notre prescription mais c'est pas pour autant que vous êtes nos subalternes puisqu'on ne connaît strictement rien ! Moi je dirais que vous êtes l'équivalent tout à fait, y'a sans doute moins de responsabilités majeures puisque nous on a un diagnostic tellement général, surtout les généralistes, c'est tellement immense comme responsabilité que ça ne se compare pas mais votre domaine vous le maîtrisez à fond et nous on ne le maîtrise nullement ! Donc moi je dirais qu'on est dans des voies parallèles mais moi je vous considère pas du tout comme des subalternes ! Vraiment pas ! Puisque je n'y connais rien ! ».

3.2. Une prescription liée au financement par l'assureur

La notion de financement est très présente dans le discours des médecins généralistes chez qui on sent le poids de l'institution face à cette mission de soin de première ligne et de régulation des dépenses.

Ce sentiment de passer à côté de la prescription orthophonique vient du fait que dans la grande majorité des cas la demande vient du patient, qui ne va pas chercher chez le

médecin un conseil, une orientation, mais un document « C'est pas tellement une demande de conseil c'est plutôt une demande d'avoir l'ordonnance pour pouvoir se faire rembourser » (docteur Analepse). Se pose alors la question de la justification de ce rôle de prescripteur, pour lui « *Nous on est juste là pour que ce soit pris en charge par la sécu c'est tout.* » qui sera abordé sous plusieurs angles : celui du financement, du rôle de coordinateur lié à l'image du médecin de famille traditionnel et de la compétence. Nous avons retrouvé chez de nombreux acteurs ce questionnement sur la pertinence de leur rôle dans ce circuit, la notion de financement est alors centrale sur cette question : « *Je pense que les patients pourraient directement aller voir l'orthophoniste et n'auraient pas besoin de venir chez nous. (...) ouais je comprends pas, enfin, c'est un moyen à mon avis de blocage au niveau des caisses, enfin je vois pas l'intérêt* » (docteur Trope). Leur rôle dans le parcours de soin du patient autour de la prescription orthophonique est assez flou voire inexistant pour la plupart des médecins interrogés, il se justifierait donc uniquement par le financement alloué par les caisses, ainsi le docteur Isocolie nous fait part de ce sentiment : « *Moi je me sens pas compétent, à la limite, l'orthophonie serait une prescription, une profession non-prescrite, ça ne me dérangerait pas hein. Pourquoi vous êtes prescrites d'ailleurs ? Parce que vous êtes remboursées ? Voilà.* ». C'est donc un sentiment d'impuissance qui émane souvent de leurs discours, une place difficile à trouver dans la triade prescripteur/patient/orthophoniste supervisée par la sécurité sociale. Le docteur Métaplasme souligne d'ailleurs : « *Et puis on sent très bien que le, vous êtes meilleurs que nous. Alors c'est... on est un peu une courroie de transmission, c'est mal fait d'ailleurs* ».

3.3. Un rôle à prendre : le médecin coordinateur et régulateur

Nous avons vu que ce rôle est difficile à s'approprier par le médecin, nous avons relevé trois comportements différents vis-à-vis de la prescription d'orthophonie : la délégation dans la confiance, sans désir de contrôle ; la délégation « forcée » avec suspicion d'abus ; la coordination et régulation basée sur les compétences et l'intuition clinique.

Le premier comportement est le plus récurrent dans notre population, en effet souvent les médecins indiquent avoir une « *confiance absolue* » en les compétences des orthophonistes sur leur domaine et en leur jugement quant à la nécessité et la durée de la prise en charge, estimant que des abus n'ont pas lieu d'être, ce qu'ils justifient notamment par l'activité des orthophonistes qu'ils savent importante, et suffisante à apporter des revenus corrects. Ces médecins ont le sentiment qu'on leur impose un rôle de contrôle qui n'est pas justifié, et qu'ils ne peuvent donc pas remplir, comme l'exprime le docteur Trope : « *Moi je veux bien tout contrôler mais quand on sait contrôler et quand on sait ce qu'on va contrôler. Moi je sais pas donc...* » Ils contournent alors ce rôle en l'octroyant symboliquement aux orthophonistes à travers la confiance accordée pour les renouvellements et l'appréciation des réformes qui leur permet d'accorder une plus grande autonomie au praticien, le docteur Isocolie exprime cela en justifiant la légitimité de l'orthophonie par le fait que son financement par l'assureur est à ses yeux important : « *Vous êtes une prescription remboursée je crois que c'est quand même pas mal, alors le législateur a dû se dire dans son bon sens, si c'est pas prescrit par le médecin y'aura des abus, (...) donc il faut que le médecin garde la maîtrise de ce qui est prescrit, mais en fait c'est pas ce qui arrive puisqu'on prescrit à tout le monde.* ». Le docteur Homéotéleute va plus loin en sous-tendant que l'orthophonie ne serait dans les faits pas dépendante du médecin du fait d'une régulation et qu'à travers le bilan elle aurait un pouvoir équivalent

à la prescription : « Normalement ça permettrait d'éviter des abus mais (...)c'est vrai qu'on nous demande de prescrire quelque chose qu'on ne connaît pas, donc est-ce qu'on est bien placés pour le faire et qui est-ce qui le ferait autrement ? Le problème c'est qui le ferait autrement ? Est-ce que les orthophonistes estiment que ça devrait passer directement par elles ? J'en ai aucune idée, de toute façon ça passe directement par elle finalement puisque c'est elles qui font le bilan et qui décident si il y a besoin ou pas d'orthophonie. Je pense pas qu'il y ait beaucoup de médecins qui refusent une prescription (...) Ce serait un peu stupide hein. »

Du fait de cette incapacité à contrôler les actes orthophoniques, certains médecins semblent frustrés de ne pouvoir opérer ce rôle de régulateur et suspectent des abus de la part des orthophonistes et des patients en demande d'orthophonie, notamment comme nous l'avons vu plus haut vis-à-vis de la demande provenant du milieu scolaire qu'ils estiment surabondante ; nous avons retrouvé ce sentiment chez le docteur Zeugma qui nous livre ses doutes sur l'efficacité de certaines prises en charge et son utilité pour la santé du patient : « Vis-à-vis de l'orthophonie il me semble qu'il y a beaucoup d'abus. Énormément. Si la sécurité sociale cautionne ça faut que les gens en profitent, tant mieux pour eux. ». Cependant dans les pratiques, ces médecins se résignent et ne s'estiment « pas capable » de prendre la décision ou non d'envoyer un patient en orthophonie. C'est parfois ce sentiment qui pousse certains médecins à se former, comme le docteur Apocope qui nous livre qu'avant elle faisait les ordonnances « sous le coude » mais que depuis sa formation elle entend s'approprier ce rôle de régulation car elle estime important pour un médecin généraliste de contrôler les dépenses et coordonner la trajectoire de soin du patient.

C'est cette représentation du médecin coordinateur qui meut quelques médecins à s'impliquer dans la prescription orthophonique afin d'affirmer son rôle de centralisateur, aussi le docteur Isocolie nous indique l'importance du retour : « Je fais une prescription, on peut être amené à me demander ce que ça a donné ou que les parents m'en parlent, et puis si j'ai pas de compte-rendu j'ai l'air d'un idiot quoi. Non seulement j'ai été court-circuité pour la prescription, mais en plus je m'intéresse pas au résultat alors là, faut plus que ça passe par moi dans ce cas-là. », il estime donc que le compte-rendu est un dû (ce qui est institutionnellement vrai mais peu présent dans les représentations, certains médecins enquêtés n'étant même pas au courant de l'obligation d'envoi), bien qu'il délègue le soin sans contrôle en amont. Pour le docteur Synérèse qui illustre le mieux ce positionnement, le dépistage doit être effectué par le généraliste « Le principal c'est que ce soit dépisté, donc si il faut effectivement pour le dépister que le médecin généraliste les repère. De toute façon, même si je n'avais plus la prescription je vais continuer de les repérer », aussi elle estime que le dépistage implique non seulement un retour mais aussi une consultation avant d'entreprendre un travail d'investigation complémentaire auprès du patient : « Certaines, et ça j'apprécie plus ou moins, prennent la décision d'envoyer chez un psychologue. Sans m'en parler. Ça, je ne supporte pas. Ça c'est mon domaine. Si je pense qu'il y a un problème, elle me le renvoie, elle me fait une lettre, et c'est à moi d'envoyer chez le psychologue. Tout ce qui se fait dans mon dos, alors que c'est moi qui m'occupe du gamin, je ne supporte pas. (...) Ça je crois que cela ça ne se fait pas, dans la mesure où le généraliste, c'est nous qui avons envoyé. Donc, voilà, l'orthophoniste c'est pareil. Elle se limite à son rôle. Elle pense qu'il y a autre chose, et au contraire il faut qu'elle le dise, mais elle ne court-circuite pas le médecin. C'est comme ça. ». Le médecin généraliste reprend alors le contrôle de la trajectoire du patient et justifie ainsi sa position

de coordination contre l'image de non-spécialiste. Cependant cette position semble rester minoritaire vis-à-vis de l'orthophonie.

3.4. La situation d'entretien : une cristallisation du lien médecin généraliste orthophoniste

Un autre élément prégnant de notre enquête est la situation d'entretien vécue de manière très hétérogène par les différents médecins interrogés comme nous le mentionnions dans la partie méthodologique. En effet, nous pouvons dégager trois types de vécus majoritaires chez les enquêtés : un sentiment de « testing angoissant » avec des connaissances à apporter, un sentiment « d'enquête qualité » sur l'état des relations entre les deux professions, et un intérêt induisant une posture réflexive.

Dans le premier cas c'est un besoin de questions précises et factuelles qui nous a été exprimé, avec parfois la peur de se tromper, un sentiment d'être coincé, d'autres fois le besoin de réaffirmer son contrôle de la situation en contournant les questions ouvertes et en exprimant des doléances (notamment sur les comptes-rendus de bilan). Ces médecins nous ont semblés être dans le contrôle de leur image, comme si nos questions pouvaient leur faire « perdre la face » et qu'il fallait qu'ils nous canalisent comme le docteur Enallage qui ponctue ses réponses d'un « *c'est bon, vous savez tout ?* » qui clôt implicitement le discours de sa part. Le deuxième comportement mêle l'expression d'un baromètre de la relation, exprimant la satisfaction d'une juste distance et d'un échange pauvre mais suffisant, souvent exprimé dans ces termes « *y'a pas de souci, pas de problème à signaler* », à cela s'ajoute souvent une mission de réassurance de la part du médecin impliquant une posture paternaliste, le but de l'entretien est ainsi perçu comme un état des lieux nécessaire pour les enquêteurs avant de s'inclure dans le réseau. C'est dans la dernière situation que nous avons pu mener nos entretiens de la manière la plus naturelle, dans un réel échange, le praticien exprimant aussi un désir de comprendre ce qui nous amenait à nous interroger sur cette relation, en nous posant des questions pour enrichir sa pratique comme le docteur Isocolie qui nous demande : « *Non mais je vous demande, vous êtes professionnelles, vous êtes des orthophonistes !* ».

Cependant, dans la grande majorité des entretiens, nous avons ressenti à un moment ou un autre le poids de la domination médicale sur les paramédicaux que nous représentions, que ce soit par la distance imposée et le contrôle de l'entretien ou par la familiarité chaleureuse nous enjoignant à ne pas nous sentir inférieurs mais présupposant chez nous ce ressenti. Le docteur Trope résume cette difficulté de lâcher-prise du médecin en nous confiant : « *J pense que le médecin est un être qui pense qu'il est un être supérieur, et ça c'est lié au fait d'avoir eu un concours en première année, où on lui a dit qu'il était le meilleur, il faut pas être meilleur qu'un autre, euh donc il pense qu'il sait tout et qu'il doit tout diriger, et je pense que quand il connaît pas il aime pas ne pas dire qu'il connaît pas* ». Aussi nous comprenons les enjeux d'un tel entretien pour le médecin généraliste déjà dévalorisé vis-à-vis des spécialistes et les différents mécanismes de défenses observés dans le but de défendre cette image pour autrui véhiculée par la société.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

I. Proposition d'une typologie binaire

L'analyse de nos résultats nous a permis la construction d'une typologie binaire sous forme d'*idéal-types* qui ne correspondent pas à la réalité empirique mais à une extrapolation des phénomènes rencontrés dans un but de « stylisation de la réalité » (Schnapper, 1999, p.18) qui permet d'analyser comment chaque acteur s'écarte ou se rapproche de ces profils cohérents.

Nous avons ainsi élaboré deux profils de prescripteurs caractérisés par leurs représentations, leurs expériences et ressentis autour de l'orthophonie et les conditions de production de l'acte prescriptif :

Le vécu autour de l'orthophonie semble influencer la prescription. Le premier type de prescripteur aurait été confronté à l'orthophonie de manière concomitante à sa socialisation professionnelle ou dans un registre personnel, ce qui influencerait ses représentations du groupe et lui assignerait un rôle « actif » auprès de lui. Aussi, le transfert dans sa pratique prescriptive serait naturel et il prescrirait dans un sentiment de légitimité. A l'inverse, le prescripteur « passif » aurait des connaissances très succinctes de l'orthophonie et n'aurait pas eu l'occasion d'échanger avec le groupe au cours de sa carrière. L'obligation de la prescription et les demandes des patients le mettraient alors dans une position inconfortable qui lui imprimerait un sentiment d'illégitimité difficile à accepter pour son image.

Ce clivage au niveau de l'expérience se retrouve dans les représentations. Chez le prescripteur « actif », l'orthophonie serait envisagée dans sa dimension médicale et sociale comme appartenant légitimement au monde de la santé dans son acception la plus large. Il s'alignerait sur le paradigme scientifique, du fait qu'il dispose de techniques et d'un langage admis par la communauté scientifique. Le rôle du médecin généraliste serait alors de repérer d'éventuels troubles afin d'adresser le patient chez le partenaire. Il synthétiserait en outre les données constituées par les comptes-rendus de bilan desquels ils attendent une clarté diagnostique qui leur permette de contrôler l'acte. Cette représentation de sa pratique conduit le médecin généraliste à se définir comme « médecin de famille-pivot » selon les résultats de l'enquête de Sarradon-Eck et al. Dans cette acception il effectuerait tous les examens nécessaires au dépistage d'un trouble orthophonique dans la mesure de ses possibilités. Pour le prescripteur « passif », l'appartenance de l'orthophonie au champ de la santé serait illégitime, le groupe s'inscrirait dans le champ du travail social et pédagogique avec un registre relationnel dominant sa pratique. Le médecin désinvestirait alors la prescription, se sentant illégitime à effectuer un acte ne relevant pas du médical.

Aussi, les conditions de production de l'acte prescriptif seraient à nouveau très éloignées. Le prescripteur « actif » adresserait en orthophonie une patientèle variée en âge et en domaines d'intervention. Le lien qui en découlerait avec l'orthophoniste serait un partenariat autour du suivi du patient constitué d'échanges relativement fréquents propres aux logiques de coopérations relevées par l'étude de Sarradon-Eck et al. On notera tout de même une nuance à cette modalité d'interaction en se rapprochant d'un mode d'instrumentalisation quant à la volonté de contrôle sur le professionnel engagé par la prescription. Le prescripteur « passif » quant à lui ne prescrirait que pour une patientèle

enfantine dans le cas de troubles articulatoires ou de troubles des apprentissages scolaires. La prescription orthophonique serait donc assimilée à une tâche administrative dévalorisante pour la profession et induirait une relation de négation avec les acteurs, selon la typologie de Sarradon-Eck et al. (2004), soit la non-prise en compte du groupe aussi bien d'un point de vue personnel que professionnel. En effet, la méconnaissance de la profession prescrite entraverait le rôle de coordination du médecin généraliste qui abandonnerait tout rôle de contrôle. Cela induirait un désinvestissement complet de la relation, le prescripteur n'attendant aucun retour à sa prescription.

Modalités d'investissement dans l'acte prescriptif : représentations, vécu et condition de production

	Prescripteur « actif »	Prescripteur « passif »
Représentation de la profession d'orthophoniste	Dimension médicale et sociale : Attribution du registre technique	Dimension sociale et pédagogique : Attribution du registre relationnel
Représentation de sa pratique vis-à-vis de l'orthophonie	Repérage/orientation Synthèse des données	Nulle
Confrontation à l'orthophonie	Stage Emploi en institution Milieu familial ou amical	Nulle
Ressenti face à la prescription orthophonique	Légitimité	Illégitimité
Type de patientèle envoyée en orthophonie	Enfants et adultes Toutes pathologies	Enfants uniquement Troubles articulatoires Troubles des apprentissages
Contrôle de l'acte	Important pour la coordination des soins	Nul
Modalités d'interaction	Coopération/instrumentalisation	Négation

Cette typologie nous a permis de redessiner les différentes tendances observées dans le discours des acteurs interrogés. Elle nous a aussi permis d'analyser les écarts au sein de chaque type. En effet chaque acteur ajuste sa pratique de la prescription orthophonique sur un spectre large et en fonction d'une multiplicité d'éléments qui font que très peu de types purs ont été rencontrés au cours de notre enquête.

II. Réponse aux hypothèses

A la lumière des résultats présentés nous proposerons une synthèse des phénomènes observés afin de répondre à nos hypothèses :

Hypothèse 1 : *La crise identitaire de la médecine générale influencerait ses relations avec l'orthophonie, qui illustreraient une perte de pouvoir réelle ou supposée de la profession face aux autres disciplines médicales et paramédicales.*

Hypothèse 1' : *Les caractéristiques de la profession orthophonique (développement des champs de compétences, autonomisation) et la méconnaissance de la profession de la part des médecins généralistes joueraient un rôle dans les interactions entre ces deux professions.*

Le manque de connaissances sur les savoirs et techniques spécifiques des orthophonistes semble remettre en cause la légitimité de prescription dans le discours de certains médecins généralistes. La conscience de ces limites engendre un malaise chez ces médecins chez qui la délimitation du territoire professionnel se concrétise par son rôle spécifique de coordinateur de la trajectoire de soins du patient ; rôle qui semble entravé par ce défaut de formation qu'ils n'ont pas les moyens de combler.

L'uniformité des discours sur la structuration de la formation initiale qui exclut l'enseignement des champs en rapport avec les disciplines paramédicales nous permet d'affirmer ce manque et son influence sur les comportements des acteurs face à l'acte prescriptif. En effet ce manque semble impossible à combler pour les acteurs qui invoquent les contraintes de leur exercice généraliste dont les impératifs de soin de première ligne. Cet impératif vise à désengorger le système de soin afin que les spécialistes libéraux et les médecins hospitaliers puissent offrir des soins d'un haut niveau de technicité aux patients. Cette mission les empêcherait d'acquérir de nouvelles connaissances et techniques qui permettraient d'asseoir leur pouvoir professionnel et de maintenir des frontières territoriales d'exercice face aux professions concurrentes. Si cet accès à la formation est déjà difficile dans les domaines auxquels ils sont confrontés le plus directement (cardiologie, hématologie, etc.), il est encore plus restreint dans les domaines liés à l'orthophonie. Cependant, ces observations confirment la définition institutionnelle de la division du travail qui structure la socialisation professionnelle des acteurs en organisant le contenu des formations de telle sorte que les rôles soient distinctement répartis entre les différentes professions. Ce sont alors les représentations de la médecine générale dans ce contexte de crise qui seraient sensibles chez la plupart des médecins interrogés. La prescription orthophonique soulèverait chez certains acteurs des représentations professionnelles douloureuses de rebut de la médecine destinés à faire le « tri ». En effet on retrouve souvent dans le discours des acteurs le sentiment d'avoir à gérer des tâches qui sortent du champ de la médecine mais qui doivent être faites, avec une forme de résignation. Cependant la prescription ne pouvant être affirmée du fait du manque de maîtrise du registre cognitif et technique de la production de soin, chaque acteur va gérer ce manque selon ses propres croyances. On observe alors un déplacement de l'objet de légitimation vers la coordination des soins et la synthèse des données des patients. Nous avons retenu deux tendances majoritaires dans ce phénomène :

- Une argumentation sur le registre relationnel et affectif de la production de soin que décrivent Aïach, Fassin et Saliba dans leur ouvrage sur les enjeux de pouvoir et de légitimité au sein des métiers de la santé, d'où un investissement de la relation qui justifie la prescription par la connaissance écologique des patients sur plusieurs générations, par l'écoute et par l'intuition clinique avec un rôle primordial de repérage corrélé à la place de médecin de « famille-pivot » dans la typologie de Sarradon-Eck et *al.* (2004).
- Une assimilation de la prescription orthophonique à une tâche administrative comparable à la délivrance de certificat avec l'attente d'un retour de la part de l'orthophoniste, par le biais d'un compte-rendu de bilan synthétique avec une lisibilité du diagnostic, permettant d'affirmer un rôle de synthèse des données patients ; que l'on

retrouverait chez Sarradon-Eck dans le médecin de « famille-coordonateur » avec une relation d'instrumentalisation.

Cette deuxième tendance s'écarte du profil de prescripteur passif de notre typologie, cependant, la condition de recueil des données de l'enquête n'étant pas neutre, elle laisse place à une plus grande part de rhétorique professionnelle qui lisse certains aspects du discours des acteurs sur leurs représentations et pratiques.

Hypothèse 2 : La prescription définirait de manière formelle les interactions avec les professions prescrites. Dans le cas de l'orthophonie, l'évolution du cadre institutionnel de la prescription reflèterait la perte de contrôle des médecins généralistes en redéfinissant leur pouvoir professionnel.

L'identité professionnelle des médecins généralistes se construirait à travers leurs représentations de leur place dans la division du travail médical afin de retrouver le pouvoir professionnel perdu par la domination des médecins spécialistes. Ces représentations varieraient en fonction du rôle qu'il s'assignerait auprès des clients. C'est alors une division morale du travail au sens d'Abott qui va être décrite par les acteurs. Ceux-ci vont privilégier la valeur sociale de la relation dans le soin qui primerait sur la technique ; par une « *médecine de moyens* » plutôt qu'une médecine de résultats. Ces croyances les distingueraient ainsi des médecins spécialistes notamment par l'importance accordée à l'interrogatoire par rapport à l'examen. C'est sur cette argumentation qu'ils vont alors construire les frontières de leur territoire professionnel.

Cependant, le gain d'autonomie institutionnalisé par la reformulation de l'intitulé des ordonnances dans le cadre de la prescription orthophonique en 2002 semble concrétisé dans les pratiques, ce qui écarterait le médecin généraliste de la démarche diagnostique et le rendrait passif dans sa prescription. Pour se légitimer vis-à-vis de l'orthophonie, certains médecins généralistes vont alors s'appuyer sur la notion de « pathologie », sur la médecine organique qu'ils opposeront au « mental », cognitif, non vital, traité par l'orthophoniste. C'est donc la part la moins investie de leur identité professionnelle qui sert de stratégie de démarcation de leur territoire professionnel face à des acteurs du même monde social, celui du soin de proximité incluant la connaissance des patients et une primauté accordée à la relation thérapeutique. Ces observations rejoignent les résultats des travaux de Perdrix mentionnés dans la théorie avec l'identification d'un « *rival privilégié* » (dans Tain, pp.149-159). Cependant, ici le « rival » est à la fois étranger et se situe de surcroît en-dessous d'eux sur un plan vertical dans la division du travail. Il est alors intéressant de noter que les acteurs interrogés ont souvent ressenti un besoin de justification par le constituant médical organique de leur identité professionnelle - fruit de la socialisation professionnelle durant les années d'études communes aux médecins spécialistes - bien que dans leurs discours le clivage médical/paramédical semble clairement ancré dans les représentations, et ce de façon durable.

Ce sont les croyances sur le groupe orthophonique et notamment sur son indépendance vis-à-vis du corps médical qui font naître ce besoin d'argumentation chez certains médecins. Ils relèvent cependant le paradoxe de l'orthophonie qui occupe une place de subalterne dans la division du travail du fait de la soumission à leur prescription et par conséquent ne peut revendiquer de mandat en tant que tel bien que la licence soit accordée par l'Etat, clairement définie et distincte de celle du médecin. La marge d'action

du groupe serait donc limitée et la plupart des médecins généralistes ne sauraient comment se positionner face à ce groupe que la définition institutionnelle tend à autonomiser mais qui reste dépendant de leur prescription tout en paraissant indépendant dans les représentations et les pratiques.

Hypothèse 3 : Face à cette nouvelle détermination des rôles au sein de la division du travail, différentes tendances se dessineraient parmi les médecins généralistes. Certains d'entre eux remettraient alors en question la dimension médicale de l'orthophonie du fait de la représentation de certains troubles traités en orthophonie comme appartenant aux domaines pédagogique et social.

Afin de contourner ce « rival étranger » nous avons observé au cours de notre enquête une tendance à déplacer l'orthophonie hors du champ du médical. En effet, en assimilant la prescription orthophonique à une formalité administrative comme la délivrance de certificat elle entre dans les tâches dévalorisantes et chronophages qui participeraient à la déqualification de la médecine générale et seraient donc légitimement désinvesties. Aussi, les prescriptions délivrées dans le cadre d'une plainte provenant de l'école semblent dénigrées dans le discours d'un certain nombre de médecins afin de ne pas entraver leur « image de soi ». De la même manière, dans les représentations de ces médecins généralistes, le paramédical autonome ne serait plus en concurrence avec lui du fait de son éloignement du domaine médical. Enfin, cette négation des indications orthophoniques serait un moyen de remettre en cause l'expertise des spécialistes qui ont établi que les réalités problématiques que traitent les orthophonistes relèvent désormais du domaine du médical. En revanche, les indications d'orthophonie pour troubles neurologiques ou O.R.L., quand elles sont pratiquées, sont systématiquement valorisées, le médecin généraliste précédant alors le spécialiste se sent investi dans le traitement. Ce qui rejoint nos observations sur la nécessité d'un partage d'inférences, d'un langage commun pour contrôler le soin prescrit et se sentir valorisé dans sa prescription. Cette tendance nous amène à concevoir la négation du groupe comme une défense vis-à-vis d'un étranger potentiellement menaçant pour son territoire d'exercice qu'il sent en danger puisque les autres acteurs du secteur médical l'investissent de part et d'autre.

Cependant, d'autres tendances se dessinent du fait que chaque généraliste va développer lui-même ce qu'il estime relever de sa compétence. Ceci explique les différences observées dans le discours des enquêtés qui nous a permis la construction d'idéal-types afin d'éclairer les phénomènes observés. En effet, le prescripteur actif développerait une stratégie d'appropriation de la prescription par l'investissement de son intuition clinique et de sa sensibilité personnelle aux troubles du langage. Il privilégierait l'échange avec les professionnels et la confiance mutuelle autour du suivi. Dans les faits, nous avons rencontrés certains médecins qui se rapprochaient de ce profil en affirmant la légitimité de l'orthophonie par la légitimité de leur prescription, véritable témoin passé dans le relai de la trajectoire de soin du patient. Aussi, c'est une autre logique qui se dessine : le prescripteur est légitime car le soin pour lequel il pose une prescription est utile et approprié, il s'appuie sur des techniques et des savoirs issus de la science.

III. Réflexivité et critique autour de notre travail de recherche

La rédaction de ce mémoire a constitué pour nous un travail riche en apprentissages. Il nous a également amenées à nous poser un certain nombre de questions. Dans cette partie, nous présenterons les limites auxquelles nous avons été confrontées, ainsi que les perspectives éventuelles que nous envisagerions pour ce mémoire. Pour terminer, nous exposerons les différents apports que ce travail nous a permis de réaliser.

1. Les aléas du travail de terrain comme limites à notre étude

1.1. Limites méthodologiques

La première limite de notre travail concerne le petit nombre d'entretiens que nous avons effectués. En effet, compte tenu des contraintes temporelles et matérielles auxquelles nous avons été confrontées, nous n'avons rencontré que seize médecins généralistes pour réaliser ce mémoire. Bien que la méthode qualitative que nous avons choisi d'utiliser ne demande pas un nombre précis d'interviewés, elle préconise d'atteindre un seuil de saturation des données qui représente un gage de validité. N'ayant pas atteint ce seuil, nous ne pouvons pas prétendre à une généralisation des phénomènes que nous avons observés à l'ensemble de la profession. Notons toutefois l'intérêt qualitatif de nos résultats qui mettent en évidence les relations existantes entre représentations et pratiques professionnelles au sein d'une population de médecins généralistes concernant le domaine de l'orthophonie.

Ensuite, bien que notre grille d'entretien ait évolué au fil de nos rencontres, nous aurions peut-être dû la modifier plus rapidement suite aux premiers échanges réalisés. Effectivement ceux-ci ont été très riches, et ils nous ont permis d'affiner notre questionnement, il aurait donc été intéressant de remodeler notre grille à ce stade de la recherche. Cependant, une fois ces premières interviews réalisées, les suivantes ont rapidement eu lieu, ce qui ne nous a pas laissé assez de temps pour développer notre grille.

1.2. Limites de terrain

Une autre limite s'est imposée à nous, elle concerne notre statut d'étudiantes en orthophonie. Interrogeant des médecins généralistes sur le thème de l'orthophonie, il paraît très probable que notre position de futures orthophonistes ait influencé notre relation d'enquête tout comme le regard que nous portions sur notre objet d'étude. Etant conscientes de la situation dès les ébauches de notre questionnement, nous avons tenté de faire preuve d'une certaine distanciation afin de limiter ce biais. Cependant, il a fallu nous imposer comme enquêtrices face à la position de domination des médecins sur les paramédicales orthophonistes que nous représentions, majorée par notre statut d'étudiantes. Il aurait en outre été intéressant d'observer les différences dans la production du discours si nous nous étions faites passer pour des étudiantes en sociologie.

Le fait d'interroger des médecins généralistes nous a aussi confrontées à une difficulté supplémentaire : il a fallu nous adapter à notre population en réalisant des entretiens d'une durée variable : entre vingt minutes et une heure trente. Faute de temps, il nous a parfois été difficile d'aborder tous les thèmes qui nous intéressaient, ou il nous est arrivé

de ressentir une certaine frustration venant du fait que nous n'avions pu que survoler certains sujets. Peut-être aurions-nous dû privilégier un nombre plus restreint de thèmes sur lesquels nous aurions échangé plus longuement plutôt que de vouloir tous les évoquer à chaque entretien.

Cette situation d'entretien nous a de temps en temps amenées à intervenir plus fréquemment lors de nos échanges, voulant guider les médecins vers les thèmes qui nous semblaient les plus pertinents. Ainsi, nous ne laissons pas toujours le temps aux médecins de construire leur pensée, élément intéressant à analyser dans un travail de sociologie.

2. Perspectives d'évolution

Notre mémoire est intéressant dans le sens où il aborde un sujet encore très peu traité en sociologie, à savoir les relations professionnelles entre médecins généralistes et orthophonistes. En effet, les relations interprofessionnelles ont été fréquemment analysées, notamment entre médecins et infirmières, mais le thème de l'orthophonie est encore assez peu évoqué en sciences sociales.

Il nous paraît intéressant de poursuivre ce travail en s'interrogeant davantage sur le lien existant entre le parcours professionnel et/ou personnel des médecins généralistes et leur intérêt pour l'orthophonie. Effectivement, plusieurs entretiens nous ont permis de percevoir cette corrélation mais des entretiens plus centrés sur ce sujet pourraient apporter des informations complémentaires.

De même, nous avons récolté des informations auprès de médecins généralistes uniquement. Il serait intéressant d'interviewer sur le même thème des orthophonistes et des médecins spécialistes afin d'analyser si les représentations de ces groupes professionnels sont corrélées. Cela nous paraît d'autant plus intéressant dans le contexte actuel de crise de la médecine générale dont les paramédicaux jouent pour négocier des marges de manœuvre dans leur pratique, afin de voir la rhétorique qui peut émerger de leur discours.

3. Intérêts pour notre future pratique professionnelle

La rédaction de ce mémoire a été l'occasion pour nous de nous confronter à de nouvelles situations et de nous approprier certaines techniques que nous serons amenées à utiliser au cours de notre future pratique professionnelle.

Effectivement, il existe de nombreux points communs entre la réalisation d'entretiens semi-directifs et la conduite d'anamnèse. Or, nous n'avons que rarement eu l'occasion, au cours de nos stages, de nous exercer à cette technique, puisqu'elle représente le point de départ d'une éventuelle prise en charge. En instaurant un climat de confiance, elle permet de mettre en place l'alliance thérapeutique, indispensable au bon déroulement d'une rééducation. Il n'est donc pas étonnant que beaucoup d'orthophonistes préfèrent entreprendre elles-mêmes cette partie du bilan plutôt que de confier cette tâche à leur stagiaire.

Ainsi, la réalisation de ces entretiens auprès de différents médecins généralistes a été pour nous une chance de nous familiariser avec cette approche. Nous avons ressenti une évolution dans notre comportement au cours de cet apprentissage, qui nous a permis de mieux appréhender la rencontre, et d'adapter notre attitude à notre interlocuteur. Par le biais de l'écoute active et d'ajustements constants, nous avons appris à instaurer une certaine dynamique dans ces entretiens. Malgré cela, il est probable que nous connaissions une certaine appréhension lorsque nous nous retrouverons confrontées pour la première fois à une situation d'anamnèse ! Toutefois, ce mémoire a été un exercice bénéfique, et une chance supplémentaire de nous entraîner.

Cette étude nous a également permis de rentrer en contact avec des médecins généralistes, premiers interlocuteurs des orthophonistes de par leur rôle de prescripteur. Il a donc été très intéressant et enrichissant de nous documenter sur cette profession trop vite cataloguée, et ainsi de modifier nos représentations sur ce métier. En effet, ce travail nous a amenées à remettre en cause nos idées reçues et à nous intéresser autrement à notre population. En échangeant avec ces acteurs, nous avons tenté de mieux comprendre leur point de vue, démarche qui nous paraît indispensable pour mieux travailler ensemble...

En plus de nous questionner sur nos propres représentations concernant les médecins généralistes, ce mémoire a été l'occasion pour nous de réaliser l'impact des représentations en générale sur les pratiques professionnelles. Cette prise de conscience nous amène à changer de regard sur notre futur exercice professionnel, ce qui nous semble bénéfique pour évoluer dans la vie professionnelle.

Enfin, ces échanges auprès des médecins généralistes ont fait naître chez nous une sensibilité particulière concernant la rédaction de nos comptes-rendus de bilan orthophonique. En effet, nous avons réalisé à quel point la rédaction de ces comptes-rendus pouvait influencer les relations existant entre médecins généralistes et orthophonistes. En faisant émerger le fait que le compte-rendu de bilan symbolise le seul moyen d'échange entre ces deux professions, notre étude nous invite à considérer différemment la formulation de cet acte.

CONCLUSION

Nous nous sommes intéressées, tout au long de cette étude, à l'influence que peuvent avoir les représentations sur la pratique professionnelle des médecins généralistes concernant la prescription orthophonique. Ce travail nous a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs expliquant le positionnement des généralistes face à cette prescription, ainsi que les relations qu'ils entretiennent avec cette profession paramédicale.

Du fait que la prescription émane majoritairement d'une plainte scolaire ou familiale, certains médecins généralistes situeraient le métier d'orthophoniste dans le domaine social plutôt que médical. La prescription serait donc, selon eux, principalement destinée à une population enfantine et pourrait même être parfois synonyme de soutien scolaire. Toutefois, lorsque la prescription orthophonique s'adresserait à une patientèle adulte, les médecins généralistes s'investiraient en amont de cette prescription en orientant les patients vers des médecins spécialistes.

Leur absence de formation dans les domaines se rattachant à l'orthophonie amènerait les médecins généralistes à se sentir dépourvus face à cette demande de prescription. Ils auraient alors l'impression qu'elle échappe à leurs compétences ce qui les pousserait à considérer cet acte comme une tâche administrative et sans intérêt médical.

De par le manque de connaissances communes entre orthophonistes et médecins généralistes, les relations entre ces deux professions seraient donc assez restreintes. Les contacts se limiteraient aux comptes-rendus de bilan orthophonique, qui seraient perçus par les médecins comme hermétiques et abondants...

Suite à ces observations, nous avons pu dégager deux idéal-types du médecin prescripteur se distinguant par leur manière d'exercer en tant que médecin généraliste et par le fait qu'ils aient été ou non confrontés au métier d'orthophoniste au cours de leur parcours personnel ou professionnel. Effectivement, ces deux facteurs ont une influence sur les représentations qu'ils se créent de l'orthophonie et sur le sentiment de légitimité qu'ils peuvent éprouver face à cette prescription. Ainsi, on reconnaîtra un type « actif » qui s'investirait dans la prescription, ayant un sentiment de légitimité face à cette demande, grâce aux connaissances qu'il aurait engrangé au cours de son existence ; et un type « passif » qui se sentirait illégitime et aurait tendance à déléguer cette tâche le plus tôt possible à l'orthophoniste, la considérant comme un acte purement administratif.

En définitive, nous pouvons dire qu'il existe des enjeux de pouvoir entre les professions d'orthophonistes et de médecins généralistes. En effet, les médecins généralistes tentent de conserver leur rôle de coordinateur dans le système de soin, alors que les orthophonistes tendent à gagner en autonomie. Cette situation provoque un sentiment d'illégitimité chez certains médecins qui éprouvent des difficultés à trouver leur place dans les interactions avec les orthophonistes.

En tant que futures professionnelles, nous percevons cette étude avec intérêt, puisqu'elle nous amène à nous interroger sur les relations que nous entretiendrons prochainement avec les médecins généralistes, premiers acteurs de la prescription orthophonique. Il nous semble nécessaire de prendre conscience de l'impact des comptes-rendus de bilan orthophonique sur les relations que nous entretiendrons avec les médecins généralistes, puisque ce document représentant le seul lien existant entre nos deux professions.

REFERENCES

Abott, A. (2003). Ecologies liées : à propos du système des professions. Dans P.-M. Menger, *Les professions et leurs sociologies : modèles théoriques, catégorisations, évolutions* (p.29-50) Paris, France : Editions de la Maison des sciences de l'homme.

Abric, J. C. (1994). Les représentations sociales : aspect théoriques. Dans J. C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (p.11-36). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Aïach, P., Fassin, D. et Saliba, J. (1994) Crise, pouvoir et légitimité. Dans P. Aïach et D. Fassin (dir.) *Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p.9-42). Paris, France : Ahtropos-Economica.

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

Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes : les récits de vie*. Paris, France : Armand Colin.

Blanchet, A. et Gotman, A. (2011). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, France : Armand Colin.

Blin, J. F. (1997). Les représentations professionnelles. Dans J. F. Blin, *Représentations, pratiques et identités professionnelles* (p.66-95). Paris, France : L'Harmattan.

Bloy, G. (2010) La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. Dans G. Bloy et F.-X. Schwyer, *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale* (p.23-40). Rennes, France : Edition de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Bouchayer, F. (2010) Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux. Dans G. Bloy et F.-X. Schwyer, *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale* (p.169-184). Rennes, France : Edition de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris, France : Edition de Minuit.

Broclain, D. (1994). La médecine générale en crise. Dans P. Aïach et D. Fassin (dir.) *Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p.121-160). Paris, France : Anthropos-Economica.

Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris, France : Presse Universitaire de France.

Druhle, M., Clément, S. (1998). Enjeux et formes de la médicalisation. D'une approche globale au cas de la gérontologie. Dans P. Aïach et D. Fassin (dir.) *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas* (p.69-96) Paris, Editions Anthropos-Economica,

Dubar, C., Tripier, P. et Boussard, V. (2011). *Sociologie des professions*. Paris, France : Armand Colin.

Gay, T. (2010) *L'indispensable de la sociologie*. Paris, France : Levallois-Perret : Studyrma.

Goffman E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris, France : les Éditions de Minuit.

Grosser, A. (1999). Dominique Schnapper, la compréhension sociologique. Démarche de l'analyse typologique. *Revue française de science politique*, 49, n°6, 855-856.

Guimelli, C. (1994). La fonction d'infirmière. Pratiques et représentations sociales. Dans J. C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (p.83-107). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Haxaire, C., Genest, Ph. et Bail., Ph. (2010). Pratiques et savoirs pratique des médecins généralistes. Dans G. Bloy et F.-X. Schweyer, *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale* (p.133-144). Rennes, France : Edition de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Herzlich, C. (1996). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris, France : EHESS.

Jodelet, J. (1989). Les représentations sociales : un domaine en expansion. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (p. 31-61). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Kaufmann, J. C. (2008). *L'entretien compréhensif*. Paris, France : Armand Colin.

Morin, E. (1966). L'interview dans les sciences sociales et à la radio-télévision. *Communications*, n°7, 59-73.

Palmonari, A. et Bruna, Z. (1989). Les représentations sociales dans le champ des professionnels psychologues. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (p.299-319). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Paugam, S. (2010). S'affranchir des prénotions. Dans S. Paugam (dir.), *L'enquête sociologique* (p.7-26). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Perdrix, R. (2008). Rencontrer les acteurs, comprendre une profession : l'éclairage qualitatif. Dans L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (p.283-293). Rennes, France : Edition de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Perdrix, R. (2008). Elaborer des frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité. Dans L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (p.149-160). Rennes, France : Edition de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Philippe, C. (2008). L'institutionnalisation de l'orthophonie : vers l'autonomie (1940-2005) ? Dans L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (p.33-39). Rennes, France : Edition de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociale*. Paris, France : Dunod

Rey, A. (dir.) (2006). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris, France : Le Robert.

Sarradon-Eck A., Vega, A., Faure, M., Humbert-Gaudart, A., Lustman, M. (2004). Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soin informels. Laboratoire d'Écologie Humaine et d'Anthropologie (Aix-Marseille U3) : Programme Anthropologie de la Santé

Sarradon-Eck A. (2010). Qui mieux que nous ? Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins. Dans G. Bloy et F.-X. Schweyer (dir.), *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale* (p.253-267). Rennes, France : Edition de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Schnapper, D. (1999). *La compréhension sociologique – Démarche de l'analyse typologique*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

Vie personnelle		- Pouvez-vous nous raconter si un événement familial ou personnel vous a amené à être confronté à des orthophonistes ? Pour vous-même ? Enfants ? Parents ? - Dans quelles circonstances, hors cadre professionnel, pouvez-vous être amené à échanger autour de l'orthophonie ?
Formation		- Quel est votre parcours professionnel ? - Qu'est-ce qui vous a fait choisir la médecine générale ? - Pouvez-vous nous raconter vos souvenirs de cours sur le langage, la communication ? - Dans quels services ont eut lieu vos principaux stages ? - Dans quels domaines (milieu pédiatrique ? gériatrie ? neurologie ?) ? - S'il y en a eu, quels ont été vos contacts avec les orthophonistes au cours de ces stages ? - Sur quelle modalité ? Échange informatif ? Collaboration ? Subordination ?
Lien avec le domaine de l'orthophonie		- Dans votre vie professionnelle, dans quel cadre côtoyez-vous des orthophonistes ? (Réseau ? Association ?) - Avez-vous un intérêt particulier pour ce domaine paramédical ? Racontez. - Quel type de formations post-universitaires avez-vous suivies pouvant être en lien avec l'orthophonie ? - Suite à cela, quel regard portez-vous sur notre pratique professionnelle ?
Examen médical		- Vous sentez-vous à l'aise avec la partie de l'examen clinique concernant le langage (cf. 9^{ème} mois, 24^{ème} mois, 3^{ème} et 4^{ème} années ?) - Comment ce passe cet examen clinique ? (demandez-vous aux parents, réalisez-vous vous-mêmes ces tests ?)
La prescription	Pour qui ?	- Pour quel type de patientèle ? - Quel type de trouble ? - À partir de quel âge adressez-vous les enfants ? - Vous arrive-t-il de prescrire de l'orthophonie pour des personnes âgées présentant des difficultés de langage dans le cas d'un vieillissement « normal » ?
	Par qui ?	- De qui vient la demande ? - A-t-elle lieu suite à un examen médical ?
	Réalisation	- A quelle fréquence êtes vous amené à prescrire de l'orthophonie ? - Comment se passe la prescription ? - Fait-elle systématiquement partie d'une consultation facturée ? - Dans quelles conditions réalisez-vous des ordonnances ante datée ? - Pourriez-vous faire un parallèle entre une prescription en kinésithérapie (ou autre paramédical) et la prescription en orthophonie ? Expliquez.
	Légitimité	- Comment expliquez-vous votre rôle de prescripteur en orthophonie ? - Qu'est-ce qui le justifie à votre sens ?

Conseil et choix d'un orthophoniste	- Comment orientez-vous vos patients une fois l'ordonnance rédigée ? - Si vous orientez vos patients, sur quelle base se fixe votre choix ? (parce que vous vous êtes contactés/rencontrés ? par proximité topologique ? par bonne impression d'un CRBO ? parce qu'un autre praticien vous l'a conseillé ? - Etes-vous amené à travailler avec des orthophonistes spécialisés dans un domaine en particulier ?
Lecture des CRBO	- Qu'attendez-vous de la lecture des comptes-rendus de bilan orthophonique ? - Expliquez-nous votre ressenti suite à la lecture de ces comptes-rendus ? - Comment vous positionnez-vous face aux outils de diagnostic des orthophonistes ? - Quel est votre ressenti face aux pathologies diagnostiquées (notamment les dys-) ?
Relations avec des orthophonistes	- Comment qualifieriez-vous les échanges avec les orthophonistes autour de vos prescriptions ? - Dans quel cas êtes-vous amené à être en contact téléphonique avec un orthophoniste ? - Comment vous tenez-vous informé du sujet des patients (par téléphone, courrier, en parlant avec votre patient lors d'une consultation pour un autre motif ?) - Quel serait pour vous le lien idéal avec les orthophonistes ?

Annexe II : Décret de compétences du 2 mai 2002

Décret no 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste

J.O. Numéro 104 du 4 Mai 2002 page 8339 NOR : MESH0221490D

Le Premier ministre,

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

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

Vu le décret no 65-240 du 25 mars 1965 portant règlement d'administration publique et réglementant les professions d'orthophoniste et d'orthoptiste ;

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

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. - L'orthophonie consiste :

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

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

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

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

- la rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;
 - la rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral (dysphasies, bégaiements) quelle qu'en soit l'origine ;
 - la rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompétence vélo-pharyngée ;
 - la rééducation des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) et des dyscalculies ;
 - l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication.
2. Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :
- la rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques ;
 - la rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ;
 - la rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et

l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ;

- la rééducation des troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-lingo-faciale) ;
- la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-oesophagienne ou trachéo- pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire.

3. Dans le domaine des pathologies neurologiques :

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

Art. 4. - La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.

L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie.

Art. 5. - Le décret no 83-766 du 24 août 1983 modifié fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes ainsi que l'article 1er du décret du 25 mars 1965 susvisé sont abrogés.

Art. 6. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 2 mai 2002.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

Lionel Jospin Par le Premier ministre :

Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner

Annexe III : Typologie issue de l'étude de R. Perdrix : *Elaborer des frontières interpersonnelles, un enjeu de légitimité*

Tableau 1. Des logiques contrastées d'affirmation

Une typologie croisant représentations et stratégies

Idéaltypes	Profils homogènes		Profils hétérogènes	
	Concordance sur le pôle technique	Concordance sur le pôle relationnel	Représentation relationnelle et rhétorique technique	Représentation technique et rhétorique relationnelle
Représentations Niveau étiologique	Origine organique	Origine psychologique	Origine psychologique	Origine organique
Représentations Niveau thérapeutique	Priorité au symptôme	Priorité au sujet	Priorité au sujet	Priorité au symptôme
Inférences investies	Neurosciences, neuropsychologie, psychologie cognitive	Psychologie clinique, psychanalyse	Psychologie clinique, psychanalyse	Neurosciences, neuropsychologie, psychologie cognitive
Cible(s) de l'argumentation	Neuropsychologues et psychologues cognitivistes	Psychologues cliniciens, psychothérapeutes, psychanalystes	Neuropsychologues et psychologues cognitivistes	Psychologues cliniciens, psychothérapeutes, psychanalystes

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1. <i>Université Claude Bernard Lyon1</i>	2
1.1 Secteur Santé :	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :	2
2. <i>Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE</i>	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	7
PARTIE THEORIQUE	8
I. SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS DE SANTE : DEFINITION, INTERACTIONS, TERRITOIRES	9
1. <i>Une définition plurielle des professions</i>	9
1.1. Courant fonctionnaliste : l'orthophonie, une profession ?	9
1.2. Courant interactionniste : quelques notions-clefs	10
1.2.1. Licence et mandats (Hugues).....	10
1.2.2. Un monde social du soin de proximité	11
2. <i>La division du travail médical</i>	11
2.1. Délimitation des territoires et institutionnalisation des professions	12
2.2. Légitimité et autonomie dans un contexte de crise du secteur médical	12
II. INTERACTIONS ENTRE REPRESENTATIONS SOCIALES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	13
1. <i>Les représentations professionnelles au sein des représentations sociales</i>	13
2. <i>Influence réciproque entre pratiques et représentations</i>	14
2.1. Rôle des représentations au quotidien.....	14
2.2. Quand les pratiques influencent les représentations	15
III. LA MEDECINE GENERALE AU SEIN DU SYSTEME DE SOIN	16
1. <i>Représentation de la santé et médicalisation</i>	16
1.1. Représentation sociale de la santé et de la maladie.....	17
1.2. Enjeux de la médicalisation pour les non-médecins	17
1.3. Les médecins généralistes face à la dimension sociale et psychologique de la demande.....	18
2. <i>Fragilité de la place de la médecine générale dans la redistribution de la division du travail</i> ..	20
2.1. Construction d'une identité professionnelle dans un contexte de crise de la médecine générale.....	20
2.2. Paradoxes et spécificités des pratiques du médecin généraliste.....	21
3. <i>Relation interprofessionnelles et réseaux libéraux</i>	23
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	26
PARTIE METHODOLOGIQUE	29
I. S'APPROPRIER LA POSTURE SOCIOLOGIQUE	30
1. <i>Choisir comme approche sociologique le courant interactionniste</i>	30
2. <i>Construire son objet de recherche pour sortir du sens commun</i>	30
3. <i>Une impossible neutralité à questionner</i>	31
4. <i>Les conditions de validité</i>	31
II. LA REALISATION DES ENTRETIENS	32
1. <i>La méthode par entretien : une rencontre entre enquêteur et enquêté</i>	32
2. <i>Le choix des acteurs</i>	34
3. <i>L'entretien</i>	35
3.1. Préalable à l'entretien.....	35
3.2. La conduite de l'entretien.....	36
3.3. L'appropriation de la grille d'entretien	37
III. L'EXPLOITATION DES DONNEES	38
1. <i>Comment produire du sens ?</i>	38
2. <i>L'analyse de contenu, étape indispensable pour interpréter les données</i>	39
PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	41
I. LA PLACE DE L'ORTHOPHONIE DANS LE SOIN, AUX DIRES DES MEDECINS GENERALISTES	42
1. <i>Représentation de la patientèle orthophonique : une population enfantine</i>	42
2. <i>L'orthophonie, une réponse à l'échec scolaire</i>	43

3.	<i>Un problème médical ou social ?</i>	45
II.	L'ORTHOPHONIE, UN ETRANGE ETRANGER.....	47
1.	<i>Des représentations amendées qui puisent plus dans l'expérience que dans la science</i>	47
1.1.	Une formation structurée par la domination du paradigme scientifique	48
1.2.	Lorsque la carrière des acteurs les amène à côtoyer l'orthophonie.....	49
2.	<i>Une prescription à part</i>	51
2.1.	Un acte qui échappe au prescripteur	51
2.2.	Un autre monde : connaissance des acteurs et réseaux	53
3.	<i>Particularités et contraintes de la pratique libérale du médecin généraliste</i>	54
3.1.	Etre bons partout	54
3.2.	Des activités chronophages	55
3.3.	Une médecine de l'intuition clinique	56
III.	RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES ENTRE MEDECINE GENERALE ET ORTHOPHONIE : INSTITUTIONNALISATION, RHETORIQUE ET REALITE SOCIALE	56
1.	<i>Des relations interprofessionnelles institutionnalisées et régulées : le rôle du compte-rendu de bilan</i> 57	
1.1.	Une base d'échanges hermétique	57
1.2.	Un élément de légitimation du rôle de centralisateur.....	58
2.	<i>Une rhétorique professionnelle du lien idéal</i>	58
2.1.	Un désir de formation exprimé par les médecins généralistes	59
2.2.	Une rencontre difficile	59
2.3.	La possibilité d'un partenariat.....	60
3.	<i>Trouver sa place dans la division du travail : légitimités croisées.</i>	61
3.1.	Une division diagonale du travail médical.....	61
3.2.	Une prescription liée au financement par l'assureur.....	62
3.3.	Un rôle à prendre : le médecin coordinateur et régulateur	63
3.4.	La situation d'entretien : une cristallisation du lien médecin généraliste orthophoniste	65
	DISCUSSION DES RESULTATS	66
I.	PROPOSITION D'UNE TYPOLOGIE BINAIRE	67
II.	REPONSE AUX HYPOTHESES	68
III.	REFLEXIVITE ET CRITIQUE AUTOUR DE NOTRE TRAVAIL DE RECHERCHE	71
1.	<i>Les aléas du travail de terrain comme limites à notre étude</i>	72
1.1.	Limites méthodologiques	72
1.2.	Limites de terrain	72
2.	<i>Perspectives d'évolution</i>	73
3.	<i>Intérêts pour notre future pratique professionnelle</i>	73
	CONCLUSION	75
	REFERENCES	76
	ANNEXES	79
	ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN	80
	ANNEXE II : DECRET DE COMPETENCES DU 2 MAI 2002.....	82
	ANNEXE III : TYPOLOGIE ISSUE DE L'ETUDE DE R. PERDRIX : <i>ELABORER DES FRONTIERES INTERPERSONNELLES, UN ENJEU DE LEGITIMITE</i>	84
	TABLE DES MATIERES	85

BLOT Catherine et CORTET-DAULY Lucille

**LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA PRESCRIPTION ORTHOPHONIQUE :
REPRESENTATIONS, POUVOIR ET LEGITIMITE**

88 Pages

Tome1 : 88 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2012

RESUME

Notre étude s'intéresse aux relations existantes entre orthophonistes et médecins généralistes. Nous nous interrogeons sur la manière dont ces derniers envisagent la prescription orthophonique et sur l'impact que leurs représentations peuvent avoir sur les orthophonistes, à travers notamment leur propre quête de légitimité au sein du système de soin. En abordant les notions de *profession*, de *division du travail* et d'*identité professionnelle*, nous analysons les enjeux de pouvoir existant entre ces deux professions. De même, nous mettons en lumière les interactions entre *représentations sociales* et *pratiques professionnelles*, qui ont toutes deux une influence sur les relations entre médecins et orthophonistes. Enfin, nous nous intéressons à la médecine générale elle-même, en analysant ses interactions avec les autres professionnels dans le champ de la santé. En utilisant la technique par entretiens semi-dirigés, nous avons interrogé seize médecins généralistes. Ces entretiens nous ont permis de réaliser une analyse qualitative pointant un manque de connaissances concernant l'orthophonie faisant émerger chez certains médecins un sentiment d'illégitimité face à l'acte prescriptif et remettant en cause leur rôle de coordinateur de la trajectoire de soin du patient. Pour définir leur place dans la division du travail, les médecins généralistes insisteraient sur la dimension sociale de leur pratique. Face à une plus grande autonomie accordée aux orthophonistes depuis 2002 par l'intitulé des ordonnances, les médecins connaîtraient une certaine passivité dans la prescription qui expliquerait pourquoi ils assimileraient cette tâche à un acte administratif, et pourquoi ils percevraient le métier d'orthophonistes comme se rattachant à une dimension pédagogique. Nous avons dégagé de cette analyse deux *idéal-types* du médecin prescripteur, l'un passif, qui se sentirait illégitime face à la prescription orthophonique, et l'autre actif, qui investirait davantage l'acte prescriptif en jouant un rôle de coordinateur auprès du patient. Afin de compléter cette étude, il serait intéressant d'interviewer sur le même thème des orthophonistes et/ou des médecins spécialistes et d'analyser si les représentations de ces groupes professionnels semblent corrélées.

MOTS-CLES

Médecin généraliste, légitimité, pouvoir, représentations, pratiques professionnelles, division du travail

MEMBRES DU JURY

Fanny Bassetti, Nicolas Guilhot et Renaud Perdrix

MAITRE DE MEMOIRE

Guillaume Jaubert et Caroline Leclerc

DATE DE SOUTENANCE

28 juin 2012



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

Par

BLOT Catherine
CORTET-DAULY Lucille

LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA
PRESCRIPTION ORTHOPHONIQUE :
Représentation, pouvoir et légitimité

Maîtres du Mémoire

JAUBERT Guillaume
LECLERC Caroline

Membres du Jury

BASSETTI Fanny
GUILHOT Nicolas
PERDRIX Renaud

Date de Soutenance
28 juin 2012

ARTICLE DE SYNTHESE

TABLE DES MATIERES

ARTICLE DE SYNTHESE	2
Table des Matières	3
Résumé	4
Mots-Clés.....	4
Abstract.....	4
Keywords	5
Introduction	6
Matériel et Méthode	9
Résultats et Discussion	11
Conclusion	18
References	19
Annexes.....	21

RESUME

Notre étude s'intéresse aux relations existantes entre orthophonistes et médecins généralistes. Nous nous interrogeons sur la manière dont ces derniers envisagent la prescription orthophonique et sur l'impact que leurs représentations peuvent avoir sur les orthophonistes, à travers notamment leur propre quête de légitimité au sein du système de soin. En abordant les notions de *profession*, de *division du travail* et d'*identité professionnelle*, nous analysons les enjeux de pouvoir existant entre ces deux professions. De même, nous mettons en lumière les interactions entre *représentations sociales* et *pratiques professionnelles*, qui ont toutes deux une influence sur les relations entre médecins et orthophonistes. Enfin, nous nous intéressons à la médecine générale elle-même, en analysant ses interactions avec les autres professionnels dans le champ de la santé. En utilisant la technique par entretiens semi-dirigés, nous avons interrogé seize médecins généralistes. Ces entretiens nous ont permis de réaliser une analyse qualitative pointant un manque de connaissances concernant l'orthophonie faisant émerger chez certains médecins un sentiment d'illégitimité face à l'acte prescriptif et remettant en cause leur rôle de coordinateur de la trajectoire de soin du patient. Pour définir leur place dans la division du travail, les médecins généralistes insisteraient sur la dimension sociale de leur pratique. Face à une plus grande autonomie accordée aux orthophonistes depuis 2002 par l'intitulé des ordonnances, les médecins connaîtraient une certaine passivité dans la prescription qui expliquerait pourquoi ils assimileraient cette tâche à un acte administratif, et pourquoi ils percevraient le métier d'orthophonistes comme se rattachant à une dimension pédagogique. Nous avons dégagé de cette analyse deux *idéal-types* du médecin prescripteur, l'un passif, qui se sentirait illégitime face à la prescription orthophonique, et l'autre actif, qui investirait davantage l'acte prescriptif en jouant un rôle de coordinateur auprès du patient. Afin de compléter cette étude, il serait intéressant d'interviewer sur le même thème des orthophonistes et/ou des médecins spécialistes et d'analyser si les représentations de ces groupes professionnels semblent corrélées.

MOTS-CLES

Médecin généraliste, légitimité, pouvoir professionnel, représentations, pratiques professionnelles, division du travail

ABSTRACT

Our study looks into the relation between speech therapists and general practitioners (GPs). Through the prism of their search for legitimacy within the health care system, we explore the way GPs consider the prescription of speech therapy and how this representation can impact speech-therapists. By discussing the notions of *professions*, *labour division*, and *professional identity*, we analyse the power struggles between general practitioners and speech therapists. We also bring to light the interactions between *social representations* and *professional practices*, which both have an influence on the relation between GPs and speech-therapists. Finally, we zoom in on the practice of general medicine and analyse the way it interacts with other professions within the health care system. We interviewed sixteen general practitioners using semi-directed interviews.

These interviews allowed us to carry out a qualitative analysis which pointed to lack of knowledge regarding speech therapy, which brings about a feeling of illegitimacy with regards to its prescription among some GPs; moreover, this feeling of illegitimacy challenges their role as patient care coordinators. In order to define their position in the division of labour, general practitioners tend to insist on the social dimension of their job. Due to the greater autonomy granted to speech-therapists since 2002 thanks to prescriptions headings, GPs, may display some passivity with regards to prescribing speech-therapy. This would explain why they tend to consider this task as an administrative one, and why they tend to perceive speech-therapy as connected to the educational field. We have identified two types of prescribing GPs: the first type is passive and tends to feel some degree of illegitimacy with regards to the prescription of speech therapy; the second type is active and invests more in the prescribing act by taking on the role of (care) coordinator for the patient. In order to supplement the results of this study, it would be interesting to carry out interviews on this topic among both speech-therapists and GPs, and analyse whether their professional representations are correlated.

KEYWORDS

General practitioners, legitimacy, professional power, representations, professional practices, division of labour

INTRODUCTION

1. Sociologie des professions de santé : définition, interactions, territoires

1.1. Une définition plurielle des professions

Les différents courants sociologiques ont cherché à définir le concept de profession et son inscription dans la société. Le postulat du courant fonctionnaliste est que « les professions impliquent une technique intellectuelle spécialisée » (Carr-Saunders et Wilson, 1933, p.284 dans Champy). Leur définition remettrait en cause l'appartenance de l'orthophonie à une profession, en effet, pour les fonctionnalistes une profession se doit d'être unifiée autour de savoirs et de techniques spécifiques : « trop diverse, une profession perdrait en légitimité » (Champy, p.20). Or l'orthophonie du fait de sa position paramédicale est une discipline carrefour qui partage des inférences avec nombre d'autres activités (Perdrix dans Tain, 2007, p.152), elle est de plus soumise à la prescription médicale et ne peut donc pas revendiquer son autonomie complète, elle se rapprocherait donc plus du concept d'occupation applicable à tous les autres métiers. Dans la critique du fonctionnalisme, les interactionnistes revendiquent un égal intérêt pour toutes les activités, en s'intéressant plus particulièrement aux carrières des acteurs et aux interactions au sein des groupes professionnels et avec l'environnement afin de mettre en exergue des processus communs.

1.1.1. La division du travail médical

La spécificité de la division du travail médical est qu'elle se joue d'une part à un niveau horizontal entre les différentes spécialités médicales, et d'autre part à un niveau vertical avec la médecine générale puis entre les médecins et les professions paramédicales. La place occupée dans la division du travail est le témoin de la position sociale et de l'évolution de la profession. Le médecin généraliste se retrouve ainsi dans une position paradoxale puisqu'il se situe sur un plan vertical à la fois ascendant et descendant dans la division du travail. En effet, il a le pouvoir sur les paramédicaux mais bien qu'il partage des inférences avec les médecins spécialistes il est moins formé qu'eux et a donc moins de pouvoir. Cette position engendre une perte d'autonomie et de légitimité des médecins généralistes. Le paradigme scientifique étant le plus couramment accepté actuellement dans le monde médical, ce sont les valeurs, savoirs et techniques issus de la recherche scientifique qui sont valorisés. Les médecins hospitaliers et spécialistes auraient alors l'apanage de cette légitimité qui leur donnerait un pouvoir sur les autres groupes professionnels. C'est sur d'autres paradigmes que devront alors se construire les stratégies de légitimation des autres professions, notamment la dimension relationnelle du soin, que l'on retrouve chez les généralistes qui feront valoir « le caractère plus global et plus humain de leur prise en charge » (Aïach, Fassin et Saliba, p.40), c'est donc dans un contexte d'« évolution des représentations et des pratiques concernant la santé » (Aïach, Fassin et Saliba, p.42) que les enjeux d'autonomie et de légitimité vont être perçus.

1.2. Interactions entre représentations sociales et pratiques professionnelles

La communauté scientifique s'accorde pour définir les représentations sociales comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Moscovici, cité par Blin, 1997, p.70). Elles participent donc à la conscience collective et permettent aux groupes de pouvoir communiquer, s'organiser et orienter leurs conduites. S'inscrivant dans un contexte particulier, les représentations professionnelles sont à analyser comme « produit et processus, sous-jacentes à des pratiques mises en œuvre dans des contextes professionnels par des individus socialement situés » (Blin, 1997, p.80). Ces représentations auraient quatre rôles essentiels à jouer, qui selon Moscovici se répartissent en : une fonction de savoir qui permettrait aux individus de comprendre et d'expliquer la réalité en lien avec leur fonctionnement cognitif et les valeurs auxquelles ils adhèrent ; une fonction identitaire qui intervient dans les processus de socialisation ou de comparaison sociale ; une fonction d'orientation en ce qu'elles permettent aux sujets d'anticiper, de produire des attentes en interprétant ou en sélectionnant des informations pour rendre la réalité conforme à leurs représentations ; et a posteriori de justification, notamment lors de rapports compétitifs entre des groupes adverses ; ainsi la représentation joue un rôle de « maintien ou de renforcement de la position sociale du groupe concerné ».(Abric, 1994, p.18).

De nombreuses études ont été réalisées, mettant en exergue que, comme le dit Flament, « les pratiques sont la principale source, sinon la seule, des transformations des représentations » (cité par Guimelli, dans Abric, 1994, p.83). Ainsi, les pratiques jouent un rôle important dans la modification des représentations. Notons cependant que cette influence entre pratiques et représentations sociales est un mouvement bidirectionnel. Parfois, ce sont les représentations sociales qui ont des effets sur la pratique sociale. Palmonari stipule que « les représentations sociales (...) deviennent (...) des instruments de connaissance sociale en mesure de produire des significations, d'avoir des effets sur la pratique sociale, d'organiser et d'orienter les comportements et les communications sociales » (Palmonari dans Jodelet, 1989, p 310).

1.3. La médecine générale au sein du système de soin

La construction de l'identité professionnelle du médecin est fragilisée par la crise que traverse la médecine générale ; aussi, les champs de compétences du médecin ont été redistribués et ne correspondent pas forcément aux représentations que les médecins se font de leur exercice. Ce décalage génère alors un flou sur les pratiques des médecins généralistes, corrélées aux autres intervenants du secteur médical en interaction avec eux. Les premières enquêtes sociologiques sur la médecine générale ont mis en lumière la fragilité de l'identité professionnelle du groupe des médecins généralistes en proie à des représentations professionnelles qui se reflètent à travers « un défaut de construction historique, une socialisation professionnelle insuffisante (...), un déficit de reconnaissance matérielle et symbolique » (Bloy dans Bloy et Schwyer, 2010, p.23). En découlerait un sentiment d'illégitimité diffus accentué par l'isolement libéral et le prestige de la médecine hospitalo-universitaire. Les pratiques des médecins généralistes se déploient sur un spectre très large allant du relationnel, du social, à la technique en passant par

l'administratif, certaines de ces activités sont jugées par les acteurs comme chronophages et dévalorisantes, cependant le lien direct avec les organismes financeurs les contraint d'exercer un rôle de régulation et des activités de santé publique qui les éloigne du purement médical, domaine dans lequel ils sont censés être plus à l'aise mais peuvent déplorer une limite des connaissances et des actions possibles dans certains domaines plus pointus dans lesquels leur formation fait défaut (outre certains domaines médicaux, en psychologie, social, etc.), « l'enseignement reçu est en décalage avec leur pratique et ils poursuivent la construction de leurs savoirs par une formation *sur le tas* » (Sarradon-Eck dans Schweyer, dans Bloy et Schweyer, 2010, p.259).

1.3.1. Relations interprofessionnelle et réseaux libéraux

La position de centralisateur du médecin généraliste le met dans une position de se sentir responsable du patient dans la globalité de son parcours, mais n'a paradoxalement que « rarement une vision horizontale de la prise en charge » (Sarradon dans Bloy et Schweyer, 2010, p.265). Ce constat serait dû à une mauvaise connaissance des acteurs et de leur travail auprès des patients, de plus on remarque un désir d'autonomie de la part des professionnels, notamment chez les professions prescrites, ce qui rend difficile le partage de la prise en charge. Les relations interprofessionnels entre médecins et paramédicaux sont aussi régulées par l'Etat qui impose des règles d'échanges d'informations (compte-rendu de bilan par exemple pour les orthophonistes) qui confortent le généraliste dans son rôle spécifique de coordinateur et lui donne l'impression de maîtriser le parcours du patient et sa prise en charge. Cependant au-delà des tensions autour du partage de la prise en charge se joue un partage de la légitimité à prendre en charge, du fait de la division du travail médical qui induit « des superpositions de territoires professionnels pouvant entraîner des interfaces conflictuelles. Les généralistes sont plus exposés à ces conflits territoriaux en raison de l'absence de territoire déterminé et spécifique à la médecine générale » (Sarradon dans Bloy et Schweyer, 2010, p.267) c'est ainsi qu'en centralisant les informations ils détiennent un pouvoir spécifique et une légitimité du diagnostic qui les pose en interlocuteurs privilégiés du patient.

2. Problématique

Dans ce contexte de crise du domaine médical, et alors que nous nous positionnons en tant que futures orthophonistes amenées à travailler avec les médecins généralistes - puisque dépendantes de leur prescription - nous en avons dégagé la problématique suivante :

« Selon quelles modalités les médecins généralistes envisagent-ils la prescription orthophonique et en quoi leur quête de légitimité au sein du système de soin interfèrent-elles dans les relations qu'ils entretiennent avec les orthophonistes ? »

3. Hypothèses

Cette problématique nous a amené à formuler les hypothèses suivantes :

- La crise identitaire de la médecine générale influencerait ses relations avec l'orthophonie, qui illustreraient une perte de pouvoir réelle ou supposée de la profession face aux autres disciplines médicales et paramédicales.
- Les caractéristiques de la profession orthophonique (développement des champs de compétences, autonomisation) et la méconnaissance de la profession de la part des médecins généralistes joueraient un rôle dans les interactions entre ces deux professions.
- La prescription définirait de manière formelle les interactions avec les professions prescrites. Dans le cas de l'orthophonie, l'évolution du cadre institutionnel de la prescription reflèterait la perte de contrôle des médecins généralistes en redéfinissant leur pouvoir professionnel.
- Face à cette nouvelle détermination des rôles au sein de la division du travail, différentes tendances se dessineraient parmi les médecins généralistes. Certains d'entre eux remettraient alors en question la dimension médicale de l'orthophonie du fait de la représentation des troubles traités en orthophonie comme appartenant aux domaines pédagogique et social.
- On pourrait alors dresser une typologie selon deux types : d'une part, les prescripteurs actifs et d'autre part, les prescripteurs passifs ; leurs représentations respectives de l'orthophonie influenceraient leur façon d'envisager l'acte prescriptif.

MATERIEL ET METHODE

1. Le choix des acteurs

Lors d'une étude qualitative, le choix des acteurs est primordial. Ceux-ci doivent être choisis parce qu'on « estime qu'ils sont susceptibles de produire des réponses aux questions que l'on se pose » (Blanchet et Gotman, 2011, p.47). Après avoir hésité à interroger à la fois des médecins et des orthophonistes, pour obtenir des informations complémentaires et pouvoir les comparer entre elles, nous avons finalement choisi de nous focaliser sur les médecins généralistes uniquement. Ce choix nous a paru plus pertinent dans le sens où notre objet d'étude porte avant tout sur les représentations des médecins généralistes concernant la prescription de soins orthophoniques et les échanges avec le groupe.

Ainsi, nous avons interrogé seize médecins généralistes. Ce nombre peut paraître restreint, mais lors d'une enquête par entretien, « ce qui importe c'est d'avoir couvert, au

mieux des possibilités du chercheur la variété des témoignages possibles ». (Bertaux, 2005, p.30)

Il existe deux modes d'accès à la population : **directs**, c'est-à-dire en utilisant des fichiers, des annuaires existants, ou encore le porte à porte – ce mode d'accès est le plus neutre possible ; ou **indirects**, soit en passant par l'intermédiaire d'un tiers. Nous avons choisi d'utiliser ces deux modes d'accès, par le biais de trois entrées distinctes :

- Une entrée directe, aléatoire, par le biais de l'annuaire téléphonique
- Une entrée indirecte, en passant par le président de l'association des médecins généralistes d'une part ; par le biais d'un cabinet d'orthophonie d'autre part.

2. La méthode par entretien : une rencontre entre enquêteur et enquêté

2.1. Préalable à l'entretien

Nos premiers échanges avec les médecins généralistes ont eu lieu par téléphone. Nous présentions succinctement l'objet de notre étude, à savoir « les relations entre orthophonistes et médecins généralistes », afin de les mettre en confiance sans les amener à induire des représentations sur notre problématique.

Afin de nous adapter du mieux possible aux médecins que nous interrogeons, les rencontres ont eu lieu le plus souvent aux cabinets des médecins, aux horaires qui leur convenaient, soit le plus souvent entre deux rendez-vous, ce qui a pu amener les interviewés à s'inscrire « davantage dans un rôle professionnel qui facilite la production d'un discours soutenu et maîtrisé sur des thèmes opératoires » (Blanchet et Gotman, 2011, p.68).

2.2. La conduite de l'entretien

Nous avons réalisé plusieurs entretiens exploratoires, au cours desquels nous intervenions beaucoup pour alimenter l'entretien, ce qui installait les médecins dans une posture passive, moins propice à la confiance. Pour les entretiens qui ont suivi, nous avons donc modifié notre consigne de départ afin de les amener à s'exprimer librement. Nous leur demandions leur point de vue concernant « le métier de généraliste, leur relation avec les orthophonistes et les autres paramédicaux ». Avec cette formulation assez large, nous les incitions à évoquer leurs représentations sur notre objet d'étude.

Lorsque les médecins « jouaient le jeu », nous avons pu alimenter l'entretien à l'aide de plusieurs techniques telles que les relances, les consignes, les silences et les contradictions. Mais il nous est arrivé à plusieurs reprises que des médecins refusent d'entrer « dans la logique discursive du contrat de communication » (Blanchet et Gotman,

2011, p.87). Nous avons donc adapté nos entretiens en utilisant la méthode des entretiens centrés.

Nous avons demandé à enregistrer nos entretiens. Bien que la plupart ait accepté, nous avons observé que cette situation pouvait engendrer une certaine gêne, et ainsi influencer les propos tenus par les sujets interviewés.

2.3. L'appropriation de la grille d'entretien

Nous avons réalisé notre grille d'entretien (cf. annexe I) « en écrivant [des questions] les unes après les autres à mesure qu'elles [venaient] à l'esprit, et en les rangeant par thème » (Kaufmann, 2008, p.46). Une fois organisé, notre guide reprenait les grands thèmes de notre problématique qu'il était important d'aborder en entretien, à savoir la formation des médecins généralistes, leur parcours personnel, la prescription orthophonique, les relations entretenues avec les acteurs paramédicaux et la lecture des comptes-rendus de bilan.

Outil au service de la méthode inductive, ce guide d'entretien est à caractère modulable. Il évolue au fil des entretiens, ceux-ci faisant émerger de nouvelles questions ou amenant le chercheur à affiner ses hypothèses. Effectivement, nous avons été amenées à modifier notre grille au cours de notre recherche, pour ajouter des questions auxquelles nous n'avions pas pensé au départ et qui se sont retrouvées au centre de notre questionnement.

Au fil des entretiens, nous avons observé une évolution dans notre comportement d'enquêteur. En effet, familiarisées avec notre objet d'étude, nous avons pris de l'assurance ce qui se ressent dans notre manière de guider la conversation avec les généralistes. Ainsi, les derniers entretiens que nous avons réalisés nous paraissent plus riches que les premiers.

RESULTATS ET DISCUSSION

1. La place de l'orthophonie dans le soin, aux dires des médecins généralistes

1.1. Représentation de la patientèle orthophonique : une population enfantine

Pour la plupart des médecins généralistes, si la prescription orthophonique est très systématisée, elle est principalement destinée à une population enfantine suite à des troubles des acquisitions scolaires. En effet, dans de nombreux cas, l'orthophonie est envisagée, dans les représentations des médecins interrogés, uniquement sous certains aspects de son champ de compétences, notamment ceux liés aux apprentissages. Ceci

implique une certaine confusion entre le travail de l'orthophoniste et celui de l'enseignant, les indications majoritaires concernant pour eux des retards en langage oral ou en langage écrit, et ce sans autres difficultés majeures.

1.2. L'orthophonie, une réponse à l'échec scolaire

Le fait que les premiers demandeurs de prescription orthophonique soient les enseignants, par l'intermédiaire des parents renforce les représentations des médecins prescripteurs et les amène à éprouver un sentiment d'illégitimité. Au contraire, lorsque les demandes de prescriptions ne concernent pas directement le milieu scolaire, ces médecins généralistes retrouvent toute leur légitimité et ce sentiment de « savoir ». Il en va de même lorsque les médecins suspectent des troubles plus graves que les « habituels » retards de parole et de langage. Lors de suspicion d'autisme, de surdité ou de troubles neurologiques importants, les médecins savent contacter leurs collègues spécialistes afin d'orienter ces patients à bon escient. Ils retrouvent alors leur statut de coordinateur.

1.3. Un problème médical ou social ?

Finalement, il semblerait que certains médecins associent le métier d'orthophoniste au domaine pédagogique et social, plus que médical ou paramédical. Ce faisant, ils déplacent le territoire orthophonique hors du champ de la santé du fait du manque de contrôle qu'ils ont sur cette partie de l'activité puisqu'ils n'en partagent ni le langage ni les savoirs. C'est donc une rhétorique d'exclusion du domaine médical qui émerge dans leurs discours, en réaction à l'impossibilité de mettre en place un contrôle dans les domaines investis par l'orthophonie. Il est intéressant de constater que lorsque des pathologies langagières avérées sont dépistées, la plupart des médecins ne pensent pas à adresser directement ces patients en orthophonie, mais les orientent d'abord chez un médecin spécialiste. Ces observations permettent de relever que les médecins généralistes ne reconnaissent que les rééducations qui répondent à des étiologies organiques alors que ce qui relève de la sphère cognitive est dévalorisé.

2. L'orthophonie, un étrange étranger

2.1. Des représentations amendées qui puisent plus dans l'expérience que dans la science

Les médecins joueraient un rôle assez restreint dans le processus de soin concernant les domaines langagiers selon la définition institutionnelle du travail de soin entre médecins et orthophonistes. Effectivement, ils possèderaient une représentation clivée de l'orthophonie liée à une formation médicale centrée autour du raisonnement médical et scientifique (Cicourel). Pour certains, c'est le manque de formation dans les domaines du langage qui les amènerait à déléguer le diagnostic orthophonique en n'intervenant dans le processus que pour rédiger la prescription ; pour d'autres, il serait inutile d'insérer un module « orthophonie » au sein de leur formation initiale, puisque ces connaissances ne

leur seraient pas utiles dans leur pratique quotidienne. Quoi qu'il en soit, ces deux types de raisonnements conduisent les médecins généralistes à se reposer sur l'orthophoniste pour poser un diagnostic. Les savoirs et techniques partagés avec l'orthophonie n'étant pas assez consistants, les médecins généralistes se construisent des représentations de ce métier par le biais de diverses expériences personnelles et/ou professionnelles (stages, amitiés, famille, etc.). Imprégnées par ce vécu, leurs pratiques professionnelles s'en retrouvent influencées.

2.2. Une prescription à part

Pour les médecins qui n'ont pas pu étoffer leurs représentations de l'orthophonie et de ses champs de compétences par l'expérience, la prescription sera souvent vécue comme un acte difficile à concevoir, effectué sans visée spécifique, duquel il se désengagera facilement. Ainsi, bien que certains médecins généralistes orientent d'eux-mêmes leurs patients en orthophonie, la plupart d'entre eux ont la sensation de n'être qu'un simple exécutant au sein de ce parcours de soin. Ils assimilent cet acte à une démarche administrative, coûteuse en temps et peu valorisante. Leurs représentations concernant la prescription orthophonique seraient assez négatives, et produiraient un sentiment d'écart de la fonction soignante qui leur est attribuée. Pour contrer ce sentiment, ils auraient tendance à se désinvestir de la prescription, en privilégiant d'autres tâches plus gratifiantes dans leur pratique. Ce sentiment que la prescription échappe aux médecins généralistes s'explique aussi par la méconnaissance des acteurs qui vont la réaliser. Ce manque de connaissance serait en partie formatée par le clivage médical/paramédical et la dimension active des patients dans le soin, les incitant à chercher eux-mêmes leurs soignants avant l'avis médical.

2.3. Particularités et contraintes de la pratique libérale du médecin généraliste

La pratique libérale et les rôles multiples du médecin généraliste participent aussi de cet éloignement. En effet, ces professionnels jouent un rôle important au sein du système de santé, en occupant la fonction de soin de premier recours. Ils sont alors pris entre les demandes spécifiques et expresses des patients et des médecins spécialistes. A la fois riche et diversifiée, cette profession engendre également une certaine pression extérieure, un manque de reconnaissance ainsi qu'un lot de travail administratif qui peuvent amener les médecins généralistes à connaître un sentiment de dépassement face à leurs conditions de travail ; il leur est alors difficile de trouver une place qui leur soit propre. De même, le rapport à l'orthophonie rentre dans le discours des acteurs dans ce contexte de manque de temps. Il est intéressant de constater que les médecins généralistes sont conscients que c'est de ce côté trivial, qui consiste à mettre en avant le dialogue et la relation au patient, déprécié par le monde hospitalo-universitaire dominé par le paradigme scientifique qu'ils vont se servir pour se démarquer et légitimer leur exercice. De même, une autre manière de légitimer ce savoir clinique sera de privilégier ses convictions plutôt que des outils et techniques normés qui évoluent trop vite, afin d'exercer sa médecine, une médecine de l'intuition. La mise en avant du registre relationnel de la production de soin (Aiach, Fassin et Saliba) dans le discours de ces médecins est aussi une stratégie de légitimation

vis-à-vis des médecins spécialistes qui permet au praticien de préserver son « image de soi ».

3. Relations interprofessionnelles entre médecine générale et orthophonie : institutionnalisation, rhétorique et réalité sociale

3.1. Des relations interprofessionnelles institutionnalisées et régulées : le rôle du compte-rendu de bilan

La particularité du travail en réseau libéral implique un suivi différent des patients, qui passe majoritairement par l'écrit, via notamment les comptes-rendus de bilan. Bien que les outils d'évaluation utilisés par le praticien orthophoniste ainsi que la terminologie employée dans ces comptes-rendus participent à l'exclusion du médecin prescripteur de la démarche diagnostique, ceux-ci semblent être, pour les médecins généralistes, un gage de qualité du travail. De même, les acteurs insistent sur le volume trop important des comptes-rendus de bilan et l'intérêt pour la conclusion qui permet d'étiqueter le patient et de centraliser les données. Ainsi, le compte-rendu de bilan a donc une fonction de légitimation, à la fois du travail de l'orthophoniste par la reconnaissance d'une « technique » spécifique, mais aussi du rôle de centralisateur des données des patients qui constitue la spécificité du médecin généraliste. Le compte-rendu de bilan est donc le vecteur de la relation médecin généraliste/orthophoniste. Pour beaucoup, il constitue le seul lien et justifie ainsi par son caractère formel leur prescription.

3.2. Une rhétorique professionnelle du lien idéal

Nous avons observé au cours de nos entretiens un déplacement progressif du discours de certains acteurs qui en sont venus à adopter une posture réflexive, en évoquant notamment un désir de formation. Chez ces médecins, on assiste à une reconnaissance de la division du travail telle qu'elle est définie institutionnellement, mais la situation d'entretien les conduit à analyser cette situation et à produire un autre discours, qui pousse plus loin leur réflexion sur le lien entre les deux professions. Cependant, ce discours étant induit par la situation d'entretien, il pourrait être modulé en fonction des acteurs en présence, puisqu'il porte sur leur groupe d'appartenance. Toutefois, il apparaît dans leurs discours qu'en partant du constat d'un lien faible mais convenu, ces médecins ont été amenés à formuler des désirs de changement. C'est de ce constat que naît l'expression de la curiosité des médecins envers la discipline prescrite.

3.3. Trouver sa place dans la division du travail : légitimités croisées.

La légitimité de l'orthophoniste est souvent reconnue par les médecins interrogés, cependant cette reconnaissance se heurte à la reconnaissance de leur propre

méconnaissance de l'orthophonie et la remise en cause de leur légitimité dans la prescription des actes orthophoniques. Leur spécificité au sein des spécialités médicales, ce rôle de coordination et de régulation est donc fragilisé. Pour se défendre de cette attaque à l'image qu'il a de lui-même le praticien se rangera donc souvent soit dans les représentations évoquées plus haut d'une discipline plus proche des domaines éducatifs et sociaux soit dans une vision d'une profession autonome et indépendante qui n'appartiendrait pas à leurs indications. Cependant, la représentation de la division du travail médical qui émerge du discours des acteurs n'est pas franche et on sent la fragilité de leur position au sein de ce système. On remarque notamment une distinction forte entre médical et paramédical qui émerge du discours des acteurs et sert aux médecins à légitimer leur manque de connaissances dans le domaine de l'orthophonie. Ensuite c'est au sein du paramédical que des différences de traitement de la prescription sont évoquées par les médecins, notamment avec les kinésithérapeutes sur lesquels les médecins semblent avoir plus de prises du fait du langage et des savoirs partagés. En outre, la notion de financement est très présente dans le discours des médecins généralistes chez qui on sent le poids de l'institution face à cette mission de soin de première ligne et de régulation des dépenses. Ce rôle de régulateur et de coordinateur est difficile à s'approprier par le médecin, nous avons relevé trois comportements différents vis-à-vis de la prescription d'orthophonie : la délégation dans la confiance, sans désir de contrôle ; la délégation « forcée » avec suspicion d'abus ; la coordination et régulation basée sur les compétences et l'intuition clinique. Enfin, la situation d'entretien nous a aussi éclairées sur les différents positionnements des médecins interrogés vis-à-vis du groupe orthophonique. Vécue de manière très hétérogène par les différents acteurs, elle nous a permis de comprendre les enjeux d'un tel entretien pour le médecin généraliste déjà dévalorisé au sein du monde médical, et les différents mécanismes de défenses observés dans le but de défendre cette image pour autrui véhiculée par la société.

4. Proposition d'une typologie binaire

L'analyse de nos résultats nous a permis la construction d'une typologie binaire sous forme d'*idéal-types*. Nous avons ainsi élaboré deux profils de prescripteurs caractérisés par leurs représentations, leurs expériences et ressentis autour de l'orthophonie et les conditions de production de l'acte prescriptif :

Le vécu autour de l'orthophonie semble influencer la prescription. Le premier type de prescripteur aurait été confronté à l'orthophonie de manière concomitante à sa socialisation professionnelle ou dans un registre personnel, ce qui influencerait ses représentations du groupe et lui assignerait un rôle « actif » auprès de lui. Aussi, le transfert dans sa pratique prescriptive serait naturel et il prescrirait dans un sentiment de légitimité. A l'inverse, le prescripteur « passif » aurait des connaissances très succinctes de l'orthophonie et n'aurait pas eu l'occasion d'échanger avec le groupe au cours de sa carrière. L'obligation de la prescription et les demandes des patients le mettraient alors dans une position inconfortable qui lui imprimerait un sentiment d'illégitimité difficile à accepter pour son image.

Ce clivage au niveau de l'expérience se retrouve dans les représentations. Chez le prescripteur « actif », l'orthophonie serait envisagée dans sa dimension médicale et

sociale comme appartenant légitimement au monde de la santé dans son acception la plus large. Il s'alignerait sur le paradigme scientifique, du fait qu'il dispose de techniques et d'un langage admis par la communauté scientifique. Le rôle du médecin généraliste serait alors de repérer d'éventuels troubles afin d'adresser le patient chez le partenaire. Il synthétiserait en outre les données constituées par les comptes-rendus de bilan desquels ils attendent une clarté diagnostique qui leur permette de contrôler l'acte. Il effectuerait donc tous les examens nécessaires au dépistage d'un trouble orthophonique dans la mesure de ses possibilités. Pour le prescripteur « passif », l'appartenance de l'orthophonie au champ de la santé serait illégitime, le groupe s'inscrirait dans le champ du travail social et pédagogique avec un registre relationnel dominant sa pratique. Le médecin désinvestirait alors la prescription, se sentant illégitime à effectuer un acte ne relevant pas du médical.

Aussi, les conditions de production de l'acte prescriptif seraient à nouveau très éloignées. Le prescripteur « actif » adresserait en orthophonie une patientèle variée en âge et en domaines d'intervention. Le lien qui en découlerait avec l'orthophoniste serait un partenariat autour du suivi du patient constitué d'échanges relativement fréquents. On notera tout de même la volonté de contrôle sur le professionnel engagé par la prescription. Le prescripteur « passif » quant à lui ne prescrirait que pour une patientèle infantile dans le cas de troubles articulatoires ou de troubles des apprentissages scolaires. La prescription orthophonique serait donc assimilée à une tâche administrative dévalorisante pour la profession, qui engendrerait la non-prise en compte du groupe aussi bien d'un point de vue personnel que professionnel. En effet, la méconnaissance de la profession prescrite entraverait le rôle de coordination du médecin généraliste qui abandonnerait tout rôle de contrôle. Cela induirait un désinvestissement complet de la relation, le prescripteur n'attendant aucun retour à sa prescription.

Modalités d'investissement dans l'acte prescriptif : représentations, vécu et condition de production

	Prescripteur « actif »	Prescripteur « passif »
Représentation de la profession d'orthophoniste	Dimension médicale et sociale : Attribution du registre technique	Dimension sociale et pédagogique : Attribution du registre relationnel
Représentation de sa pratique vis-à-vis de l'orthophonie	Repérage/orientation Synthèse des données	Nulle
Confrontation à l'orthophonie	Stage Emploi en institution Milieu familial ou amical	Nulle
Ressenti face à la prescription orthophonique	Légitimité	Illégitimité
Type de patientèle envoyée en orthophonie	Enfants et adultes Toutes pathologies	Enfants uniquement Troubles articulatoires Troubles des apprentissages
Contrôle de l'acte	Important pour la coordination des soins	Nul

Cette typologie nous a permis de redessiner les différentes tendances observées dans le discours des acteurs interrogés. Elle nous a aussi permis d'analyser les écarts au sein de

chaque type. En effet chaque acteur ajuste sa pratique de la prescription orthophonique sur un spectre large et en fonction d'une multiplicité d'éléments qui font que très peu de types purs ont été rencontrés au cours de notre enquête.

CONCLUSION

Nous nous sommes intéressées, tout au long de cette étude, à l'influence que peuvent avoir les représentations sur la pratique professionnelle des médecins généralistes concernant la prescription orthophonique. Ce travail nous a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs expliquant le positionnement des généralistes face à cette prescription, ainsi que les relations qu'ils entretiennent avec cette profession paramédicale.

De par le manque de connaissances communes entre orthophonistes et médecins généralistes, les relations entre ces deux professions seraient donc assez restreintes. Les contacts se limiteraient aux comptes-rendus de bilan orthophonique, qui seraient perçus par les médecins comme hermétiques et abondants...

Suite à ces observations, nous avons pu dégager deux *idéal-types* du médecin prescripteur se distinguant par leur manière d'exercer en tant que médecin généraliste et par le fait qu'ils aient été ou non confrontés au métier d'orthophoniste au cours de leur parcours personnel ou professionnel. Effectivement, ces deux facteurs ont une influence sur les représentations qu'ils se créent de l'orthophonie et sur le sentiment de légitimité qu'ils peuvent éprouver face à cette prescription. Ainsi, on reconnaîtra un type « actif » qui s'investirait dans la prescription, ayant un sentiment de légitimité face à cette demande, grâce aux connaissances qu'il aurait engrangé au cours de son existence ; et un type « passif » qui se sentirait illégitime et aurait tendance à déléguer cette tâche le plus tôt possible à l'orthophoniste, la considérant comme un acte purement administratif.

En définitive, nous pouvons dire qu'il existe des enjeux de pouvoir entre les professions d'orthophonistes et de médecins généralistes. En effet, les médecins généralistes tentent de conserver leur rôle de coordinateur dans le système de soin, alors que les orthophonistes tendent à gagner en autonomie. Cette situation provoque un sentiment d'illégitimité chez certains médecins qui éprouvent des difficultés à trouver leur place dans les interactions avec les orthophonistes.

En tant que futures professionnelles, nous percevons cette étude avec intérêt, puisqu'elle nous amène à nous interroger sur les relations que nous entretiendrons prochainement avec les médecins généralistes, premiers acteurs de la prescription orthophonique. Il nous semble nécessaire de prendre conscience de l'impact des comptes-rendus de bilan orthophonique sur les relations que nous entretiendrons avec les médecins généralistes, puisque ce document représentant le seul lien existant entre nos deux professions.

REFERENCES

- Abott, A. (2003). Ecologies liées : à propos du système des professions. Dans P.-M. Menger, *Les professions et leurs sociologies : modèles théoriques, catégorisations, évolutions* (p.29-50) Paris, France : Editions de la Maison des sciences de l'homme.
- Abric, J. C. (1994). Les représentations sociales : aspect théoriques. Dans J. C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (p.11-36). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Aïach, P., Fassin, D. et Saliba, J. (1994) Crise, pouvoir et légitimité. Dans P. Aïach et D. Fassin (dir.) *Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p.9-42). Paris, France : Ahtropos-Economica.
- Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes : les récits de vie*. Paris, France : Armand Colin.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (2011). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, France : Armand Colin.
- Blin, J. F. (1997). Les représentations professionnelles. Dans J. F. Blin, *Représentations, pratiques et identités professionnelles* (p.66-95). Paris, France : L'Harmattan.
- Bloy, G. (2010) La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. Dans G. Bloy et F.-X. Schwyer, *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale* (p.23-40). Rennes, France : Edition de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris, France : Edition de Minuit.
- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris, France : Presse Universitaire de France.
- Goffman E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris, France : les Éditions de Minuit.
- Guimelli, C. (1994). La fonction d'infirmière. Pratiques et représentations sociales. Dans J. C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (p.83-107). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Jodelet, J. (1989). Les représentations sociales : un domaine en expansion. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (p. 31-61). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Kaufmann, J. C. (2008). *L'entretien compréhensif*. Paris, France : Armand Colin.

Palmonari, A. et Bruna, Z. (1989). Les représentations sociales dans le champ des professionnels psychologues. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (p.299-319). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Perdrix, R. (2008). Elaborer des frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité. Dans L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (p.149-160). Rennes, France : Edition de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Sarradon-Eck A. (2010). Qui mieux que nous ? Les ambivalences du “généraliste-pivot” du système de soins. Dans G. Bloy et F.-X. Schweyer (dir.), *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale* (p.253-267). Rennes, France : Edition de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Guide d'entretien

Vie personnelle		- Pouvez-vous nous raconter si un événement familial ou personnel vous a amené à être confronté à des orthophonistes ? Pour vous-même ? Enfants ? Parents ? - Dans quelles circonstances, hors cadre professionnel, pouvez-vous être amené à échanger autour de l'orthophonie ?
Formation		- Quel est votre parcours professionnel ? - Qu'est-ce qui vous a fait choisir la médecine générale ? - Pouvez-vous nous raconter vos souvenirs de cours sur le langage, la communication ? - Dans quels services ont eut lieu vos principaux stages ? - Dans quels domaines (milieu pédiatrique ? gériatrie ? neurologie ?) ? - S'il y en a eu, quels ont été vos contacts avec les orthophonistes au cours de ces stages ? - Sur quelle modalité ? Échange informatif ? Collaboration ? Subordination ?
Lien avec le domaine de l'orthophonie		- Dans votre vie professionnelle, dans quel cadre côtoyez-vous des orthophonistes ? (Réseau ? Association ?) - Avez-vous un intérêt particulier pour ce domaine paramédical ? Racontez. - Quel type de formations post-universitaires avez-vous suivies pouvant être en lien avec l'orthophonie ? - Suite à cela, quel regard portez-vous sur notre pratique professionnelle ?
Examen médical		- Vous sentez-vous à l'aise avec la partie de l'examen clinique concernant le langage (cf. 9^{ème} mois, 24^{ème} mois, 3^{ème} et 4^{ème} années ?) - Comment ce passe cet examen clinique ? (demandez-vous aux parents, réalisez-vous vous-mêmes ces tests ?)
La prescription	Pour qui ?	- Pour quel type de patientèle ? - Quel type de trouble ? - À partir de quel âge adressez-vous les enfants ? - Vous arrive-t-il de prescrire de l'orthophonie pour des personnes âgées présentant des difficultés de langage dans le cas d'un vieillissement « normal » ?
	Par qui ?	- De qui vient la demande ? - A-t-elle lieu suite à un examen médical ?
	Réalisation	- A quelle fréquence êtes vous amené à prescrire de l'orthophonie ? - Comment se passe la prescription ? - Fait-elle systématiquement partie d'une consultation facturée ? - Dans quelles conditions réalisez-vous des ordonnances ante datée ? - Pourriez-vous faire un parallèle entre une prescription en kinésithérapie (ou autre paramédical) et la prescription en

		orthophonie ? Expliquez.
	Légitimité	- Comment expliquez-vous votre rôle de prescripteur en orthophonie ? - Qu'est-ce qui le justifie à votre sens ?
Conseil et choix d'un orthophoniste		- Comment orientez-vous vos patients une fois l'ordonnance rédigée ? - Si vous orientez vos patients, sur quelle base se fixe votre choix ? (parce que vous vous êtes contactés/rencontrés ? par proximité topologique ? par bonne impression d'un CRBO ? parce qu'un autre praticien vous l'a conseillé ? - Etes-vous amené à travailler avec des orthophonistes spécialisés dans un domaine en particulier ?
Lecture des CRBO		- Qu'attendez-vous de la lecture des comptes-rendus de bilan orthophonique ? - Expliquez-nous votre ressenti suite à la lecture de ces comptes-rendus ? - Comment vous positionnez-vous face aux outils de diagnostic des orthophonistes ? - Quel est votre ressenti face aux pathologies diagnostiquées (notamment les dys-) ?
Relations avec des orthophonistes		- Comment qualifieriez-vous les échanges avec les orthophonistes autour de vos prescriptions ? - Dans quel cas êtes-vous amené à être en contact téléphonique avec un orthophoniste ? - Comment vous tenez-vous informé du sujet des patients (par téléphone, courrier, en parlant avec votre patient lors d'une consultation pour un autre motif ?) - Quel serait pour vous le lien idéal avec les orthophonistes ?