



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

BENSOUSSAN Alexandra
LEVAIN Sophie

**L'ANAMNÈSE EN ORTHOPHONIE : NORMES, PRATIQUES,
ENJEUX DANS LES RELATIONS ENTRE
PROFESSIONNELS ET PROFANES**

Directeurs de Mémoire

JAUBERT Guillaume
LECLERC KOPF Caroline

Membres du Jury

ALLAIGRE Bruno
GUILHOT Nicolas
PERDRIX Renaud

Date de Soutenance
25 juin 2015

ORGANIGRAMMES

1 Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

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 de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Directeur Pr. BURILLON Carole

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

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

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directeur Pr. VINCIGUERRA Christine

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation

Directeur Pr. MATILLON Yves

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directeur Pr. SCHOTT Anne-Marie

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)

Directeur M. COLLIGNON Claude

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)

Directeur M. LEBOISNE Nicolas

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur M. GUIDERDONI Bruno

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education

Directeur M. MOUGNIOTTE Alain

POLYTECH LYON

Directeur M. FOURNIER Pascal

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (ESCP)

Directeur M. PIGNAULT Gérard

IUT LYON 1

Directeur M. VITON Christophe

2 Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Yves MATILLON
Professeur d'épidémiologie clinique

Directeur de la formation
Agnès BO, Professeur Associé

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

Responsables de la formation clinique
Claire GENTIL
Fanny GUILLON

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

Secrétariat de direction et de scolarité
Stéphanie BADIOU
Corinne BONNEL
Emmanuelle PICARD

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout particulièrement les orthophonistes qui ont répondu favorablement à notre appel et se sont prêtées à notre enquête en nous accordant leur temps précieux et leur confiance.

Merci à nos maîtres de mémoire C. Leclerc Kopf et G. Jaubert, pour la qualité de leur encadrement. Ce double regard a accompagné notre cheminement et fut riche d'enseignements.

À Saami, Mathias, Elisa, Alexandre, Aurélie, Goulven, Ben, Audrey et tous ceux et celles qui constituent l'équipe de proches, notre staff de relecteurEs, correcteurEs, cuisinierEs, prêteurEs de bureaux, soutiens à toute épreuve et à toute heure sans l'aide et l'amour desquels nous n'y serions pas arrivées : oreilles attentives et épaules solides.

À nos familles qui nous ont soutenues du mieux possible.

À la SNCF, aux TCL et à notre porte-monnaie qui ont rendu matériellement possibles tous nos déplacements.

À nos enregistreurs et aux touches de raccourci clavier.

A la polka piquée et aux bourrées trois temps.

À la pétrochimie des bonbons acidulés.

Aux pâtes à toutes les sauces.

Aux génies Manu Larcenet et Alexandre Astier qui nous ont permis de rire et de nous ressourcer régulièrement.

Par ironie et pour finir, merci aux mois sans week-end, aux journées de 15h, à la fac en perpétuels travaux et à la salle hors-sac (!), allégorie de ces études tout-terrain, on a kiffé grave !

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
1 Université Claude Bernard Lyon1	2
2 Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	9
I L'anamnèse et l'entretien clinique : aperçu historique et clinique, formalisation	10
1 Aperçu historique de l'anamnèse et définitions	10
2 L'anamnèse en orthophonie	11
3 Les types d'entretiens : définitions et types d'entretien.....	12
II Construction et mise en application des normes dans le champ de la santé	15
1 Le normal, le déviant, le pathologique	15
2 Normes professionnelles dans le champ de la santé	17
III Malade et patient : positions relatives, rapports de domination	18
1 La relation thérapeutique : conflit, négociation, alliance et misère de position.....	18
2 Le langage, instrument de domination	19
3 La légitimité professionnelle : tactique et rhétorique.....	20
4 Vers un pouvoir accru du profane ? La démocratie sanitaire	21
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	23
PARTIE EXPERIMENTATION	25
I Construction et déconstruction de la problématique.....	26
1 La Grounded Theory	26
2 Phase exploratoire et construction de la problématique.....	26
3 Un autre regard : voir les gens comme des activités.....	27
II L'entretien	27
1 Enquêtrices, enquêtées.....	27
2 Guide d'entretien et improvisation	28
3 Population	29
4 Exploitation des données : retranscription et analyse des corpus.....	30
III L'analyse d'un corpus d'articles.....	31
1 Choix méthodologique	31

2	Choix des revues et des numéros.....	32
3	Démarche	32
PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS		34
I	Qu'entend-on par anamnèse ?	35
1	L'anamnèse dans la littérature : une norme professionnelle floue.....	35
2	L'anamnèse en pratique : une pratique qui évolue avec l'expérience	40
II	Les filtres opérant lors de l'anamnèse	48
1	L'anamnèse est personnalisée et comporte des invariants	48
2	Les obstacles à la maîtrise de l'information	53
III	L'anamnèse et l'imposition d'un cadre	57
1	Anamnèse et place de l'utilisateur.....	57
2	Anamnèse et imposition d'un cadre thérapeutique	60
CONCLUSION		66
REFERENCES		68
ANNEXES		71
Annexe I : Guide d'entretien.....		72
Annexe II : analyse verticale : fiche de présentation		74
1.	Fiche d'identité de l'orthophoniste :	74
2.	Une analyse par personne centrée sur la pratique de l'anamnèse :	74
Annexe III : Analyse thématique		76
Annexe IV : Bibliographie de « Rééducation Orthophonique »		77
Annexe V : Occurrences des termes recherchés dans RO		79
TABLE DES ILLUSTRATIONS		81
TABLE DES MATIERES		82

SUMMARY

This dissertation dealing with anamnesis belongs to the field of social science. Starting with a press review and analyzing interviews with eight professionals, we've attempted to delineate the social function of anamnesis for speech therapists. Anamnesis is defined herein as the initial phase of interview and collection of autobiographic data relevant for speech therapy. There is a trend towards formalizing anamnesis. Our field work though has let us face a wide diversity of practices. This is made possible by a professional context that is subjected to a variety of theoretical influences alongside diverse clinical positionings. As a whole however, an evolution towards less and less directive anamnesis interviews has been observed amongst all consulted professionals. Indeed, although each therapist follows his own checklists to select the pieces of information that he may want to gather during the interview, keeping the shape non-directive to some extent seems most likely to create a favourable setting for the patient to start expressing himself. Problematic situations seem to arise when the social groups that the therapist and the patient refer to are too far apart. At last, we tend to show that during this time of data harvesting, therapists set up the therapeutic framework, in its institutional, cultural, financial, linguistic and relational dimensions amongst others. And even though the health democracy movement is currently reshaping the asymmetry in the relationships between therapists and patients, we interrogate ourselves about the possible horizon of this reshaping, and about the room for manoeuvre left to a patient facing a professional who, as for him, enjoys a certain leeway.

KEY-WORDS

First clinical interview – anamnesis – health democracy – therapeutic framework – medical sociology

INTRODUCTION

L'idée du travail de recherche que nous vous proposons ici à la lecture a germé à la suite d'un étonnement embarrassé. Tout au long des quatre années d'études, et en particulier au cours des deux dernières, rares ont été les enseignants qui n'aient pas insisté sur l'importance clinique de l'anamnèse : importance pour la pose du diagnostic, importance pour la pertinence des choix des épreuves à proposer lors du bilan orthophonique, importance pour l'émergence de la plainte et l'engagement du patient dans le soin, importance pour toute la suite de la prise en charge.

Plus rares encore sont les professionnels rencontrés en stage qui se risqueraient à confier cette mission si cruciale au stagiaire, à l'inverse de la passation des épreuves de bilan étalonnés ou de la prise en main d'outils et de méthodes de rééducation qui font couramment partie de l'apprentissage clinique.

En termes de formation universitaire, la majorité des enseignements théoriques reçus ont précisé les points à aborder lors de l'anamnèse, avant de détailler les modalités d'évaluation du patient et les axes de prise en charge possibles. Si le contenu de l'anamnèse a donc été assez largement abordé, « l'art et la manière » de conduire un entretien d'anamnèse a fait, en tout et pour tout, l'objet d'un enseignement dirigé de deux heures au cours de la quatrième année.

Nous nous retrouvions donc face à un constat questionnant : l'anamnèse est cruciale, mais le futur professionnel n'y est, pour ainsi dire, pas formé. Nous voyions que l'anamnèse cristallisait des enjeux thérapeutiques importants, et nous avons dans un premier temps limité notre interrogation au cadre clinique. Cependant, un mémoire d'orthophonie publié en 2006 abordait déjà la question sous cet angle ; de plus, nous souhaitions vivement orienter notre réflexion à l'aide d'autres balises, d'autres références que *l'evidence based medicine*, l'efficacité thérapeutique, tous ces positionnements théoriques inculqués au professionnel qui doit « gérer son incertitude » dans les situations de soin, mais qui pourraient parfois laisser croire à l'existence d'une seule bi-dimensionnalité : les bonnes pratiques, les moins bonnes pratiques. Qui décide, d'ailleurs, de ce qui est bon ou moins bon, qui en a la légitimité, la possibilité, selon quels critères ? Il nous a alors semblé particulièrement pertinent de nous décentrer de nos « catégories indigènes » pour penser cette pratique à la lumière des sciences sociales. Quelles mouvements normatifs, quelles représentations, quels processus d'interaction, quels rapports soignant-soigné pourrions-nous interroger dans l'anamnèse ?

Nous présenterons dans un premier temps notre cadre théorique, qui donne matière à penser l'anamnèse, l'entretien clinique, le rapport soignant-soigné entre conflit d'intérêt et collaboration, et les phénomènes d'émergence des normes.

Nous présenterons dans un second temps la méthodologie qualitative sur laquelle repose notre enquête, et les questions soulevées par la place particulière de l'étudiante orthophoniste en sciences sociales.

Pour finir, nous présenterons et discuterons nos résultats. D'abord, nous exposerons et analyserons ce qui est dit de l'anamnèse dans les discours des professionnelles ainsi que dans la littérature puis nous aborderons la question de la maîtrise de l'information par les professionnelles et nous terminerons par une réflexion autour de la place des usagers lors de l'anamnèse et identifierons la fonction sociale de cette pratique professionnelle pour les orthophonistes.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I L'anamnèse et l'entretien clinique : aperçu historique et clinique, formalisation

Nous nous proposons dans un premier temps de resituer l'anamnèse dans le mouvement historique de la médecine au sens large et de l'orthophonie en particulier. L'orthophonie apparaît historiquement nourrie d'influences variées qui en fait aujourd'hui une profession caractérisée par des profils et des positionnements théoriques et cliniques hétérogènes.

1 Aperçu historique de l'anamnèse et définitions

Le dictionnaire du Trésor de la Langue Française informatisé (TLFi) définit le terme anamnèse ainsi : « *reconstitution de l'histoire pathologique d'un malade, au moyen de ses souvenirs et de ceux de son entourage, en vue d'orienter le diagnostic ; les données de cette reconstitution* ». Etymologiquement, l'anamnèse correspond à l'action de faire remonter les souvenirs - du grec *ana*, « de bas en haut » et *mnesis*, « souvenir ». L'anamnèse est donc tout à la fois récit, contenu, histoire, et processus - contenant - au cours duquel le médecin recueille cette histoire.

Dans une médecine antique sous l'influence de prêtres guérisseurs exerçant au sein de sanctuaires médicaux, Hippocrate de Cos (vers 460 - vers 380 avant JC) se pose comme « *le premier et le plus grand rénovateur de la médecine* », en achevant « *d'affranchir l'art de guérir des influences sacerdotales ; il démontre la primauté de l'expérience sur le raisonnement et inaugure des procédés d'exploration clinique qui fourniront à la médecine une base solide et permanente* » (Bariéty, Coury, 1971). Hippocrate soutient que la maladie, mais aussi le malade et son environnement, doivent être conjointement pris en considération par le médecin. En plus de l'examen et la palpation du corps, la démarche d'investigation hippocratique comprend « l'interrogatoire » et « *l'inventaire soigneux des conditions extérieures dans lesquelles vit le malade (genre d'existence, régime alimentaire, conditions climatiques, etc.)* ». L'anamnèse est née.

Par la suite en Occident, sous l'influence de l'église et de l'aristotélisme, un écart va se creuser entre le patient, l'entourage et le médecin : les premiers, profanes passifs, dépendant du troisième, professionnel expert. La voix du malade, le discours qu'il peut faire n'apparaît plus comme un élément important. Les symptômes et les lésions sont considérées isolément ou expliquées par une rhétorique religieuse expiatoire.

Au XIX^e siècle, avec d'une part les progrès de la médecine clinique et d'autre part l'essor de la psychiatrie, de la psychologie et finalement de la psychanalyse, la pratique de l'anamnèse prend un nouvel essor. A cette époque charnière, le premier entretien et les modes de communication prennent une importance croissante, au même titre que les progrès techniques réalisés en médecine. Le terme d'anamnèse fait son entrée dans le Littré en 1865.

Dans la seconde moitié du XX^e siècle, le terme d'anamnèse tend à se répandre : d'abord, par le biais de la psychanalyse puis du côté de la médecine qui se réapproprie le terme. L'anamnèse tend alors à prendre un sens différent selon qu'on l'emploie en médecine ou en psychologie.

En médecine, il s'agit de retracer l'histoire du trouble, c'est-à-dire les antécédents, les traitements déjà entrepris, de préciser la douleur ou la gêne, en vue d'établir un diagnostic.

En psychologie, il s'agit de retracer l'histoire du sujet, de recueillir les informations relatives au passé du patient, pour comprendre la genèse d'un problème, d'un

comportement. Les informations recueillies par le psychologue peuvent toucher à la situation familiale, professionnelle ou scolaire, aux antécédents médicaux ou non, pour mettre en lien la problématique amenée par le patient avec des éléments biographiques présents ou passés. L'anamnèse en psychologie clinique englobe ainsi plus que la simple revue des antécédents et cherche à faire émerger un discours, des représentations, que le format de l'entretien permet de récolter.

2 L'anamnèse en orthophonie

2.1 Brève histoire de l'orthophonie en France

En France, la profession d'orthophoniste s'enracine à la fois dans le champ médical et dans celui de la psychanalyse (Kremer, Lederlé, 2000).

D'un côté, Suzanne Borel-Maisonny, dès les années 1920, travaille en collaboration avec des médecins (le Dr Veau auprès d'enfants atteints de fentes palatines, le Dr Pichard avec des enfants bègues et souffrant de troubles de l'articulation, le Dr Dinville en phoniatrie notamment). L'orthophonie élargit peu à peu son champ de compétences mais l'orthophoniste se positionne clairement comme auxiliaire du médecin. L'attestation d'études d'orthophonie naît en 1955.

De façon parallèle, dans les années 1950, Claude Chassagny, instituteur et psychanalyste, s'intéresse aux difficultés d'apprentissage du langage écrit et fonde l'école de formation des rééducateurs de la dyslexie. Les deux courants se rejoignent en 1971, avec la loi de juin 1971 qui permet aux rééducateurs en dyslexie d'intégrer la profession d'orthophoniste, bien qu'ils soient limités à la prise en charge de troubles du langage écrit.

Un article consacré à l'institutionnalisation de l'orthophonie (Philippe dans Tain (dir.), 2007) souligne ainsi que « *le milieu du XXe siècle offre un contexte plus favorable au développement du territoire de l'orthophonie, "à la croisée des chemins" entre médecine, psychiatrie et pédagogie* ». L'auteur évoque notamment la « *diffusion d'un modèle de souffrance psychique associée à l'inadaptation scolaire* », tandis que « *le cadre de référence de l'orthophonie française va être celui de la médecine, vraisemblablement en lien avec le poids de la Sécurité Sociale à l'issue de la Seconde Guerre Mondiale.* »

L'étude des définitions et des textes de référence en orthophonie reflète comme nous allons le voir cette double influence.

2.2 Les recommandations de bonnes pratiques : guide professionnel et textes de loi

Le *Dictionnaire d'Orthophonie* (Brin, Courier, Lederlé, Masy, 2002) définit l'anamnèse ainsi : « *Ensemble des renseignements recueillis sur le patient et son trouble, au moyen d'entretiens ou tout autre possibilité. Elle est particulièrement importante en orthophonie pour déterminer les difficultés antérieures et obtenir des informations sur l'étiologie éventuelle des troubles.* »

Cette définition illustre bien à quel point l'orthophonie est une profession au carrefour de la psychologie et du médical : le patient / le trouble, les difficultés antérieures / l'étiologie... Elle laisse par ailleurs dans le flou les moyens de réaliser cette anamnèse (« *au moyen d'entretiens ou tout autre possibilité.* »)

L'article de Lederlé et Maeder du *Guide de l'orthophoniste* (Kremer, Lederlé, Maeder, à paraître) consacré au Bilan orthophonique consacre cinq pages à « l'anamnèse ou le recueil anamnestique ». Les auteurs rappellent que « *la toute première [étape du bilan orthophonique initial] est l'entretien qui se déroule entre les demandeurs et l'orthophoniste* », qui « *permet à l'orthophoniste de recueillir les renseignements*

anamnestiques relatifs à la personne qui pourra être concernée par l'intervention orthophonique. » Ce recueil comprend « la collecte des renseignements administratifs et légaux indispensables à la prise en charge par l'assurance maladie (remboursement des séances d'orthophonie), le recueil des données environnementales, la gestion de la demande de la personne qui vient consulter en orthophonie. »

L'auteur détaille les objectifs et les enjeux de l'anamnèse de la façon suivante :

« (...) Les retards, troubles, pathologies, handicaps n'existe(nt) pas de manière isolée mais sont partie intégrante de l'individu qui lui-même fait partie d'un groupe familial et/ou social.

(...) C'est pourquoi il est indispensable pour le clinicien, non seulement de procéder à une évaluation des compétences et des déficiences de la personne concernée (enfant, adolescent ou adulte) au moyen de tests, d'épreuves et/ou d'échelles –, mais aussi de recueillir les représentations que la personne fournit (ainsi que celles de son entourage) par ses dires et ses conduites pour être en mesure d'apprécier l'impact des troubles dans la vie quotidienne, aux plans personnel, scolaire et social.

C'est en croisant toutes ces données que l'orthophoniste sera à même de poser son diagnostic en prenant en compte les représentations que la personne et son entourage se sont construites de ses troubles.

(...) Lors de ce recueil, l'orthophoniste veillera à adopter des conduites et des attitudes bienveillantes et empathiques (...). »

Dans ses lignes se déploient une certaine vision du symptôme concerné par le soin orthophonique, que l'on pourrait qualifier, en reprenant la classification de Laplantine que nous détaillerons ultérieurement, de « bio-psycho-sociale », avec une emphase particulière sur l'aspect environnemental donc social. Se dévoile du même coup une attitude attendue de l'orthophoniste, bienveillant et empathique, dans un héritage manifeste de Carl Rogers comme nous le verrons plus loin, mais aussi clinicien armé de « tests, d'épreuves et/ou d'échelles. »

Du côté de la formation initiale, jusqu'en 2013, la loi fait état d'un enseignement obligatoire sur la « conduite d'entretien » (Arrêté du 16 mai 1986, avril 1997). Depuis 2013 et l'obtention du grade master, le terme d'anamnèse apparaît dans les enseignements obligatoires (BO. 5 sept 2013).

Les textes de référence font donc clairement état de l'entretien comme moyen de recueillir l'anamnèse. Nous avons choisi de nous intéresser plus avant aux techniques et types d'entretien tels qu'exposés dans la littérature spécialisée dans le champ des sciences sociales et dans celui de la médecine.

3 Les types d'entretiens : définitions et types d'entretien

3.1 L'entretien, technique ou art ?

Pour Grawitz (2001), l'entretien est la traduction la plus courante de l'anglais *interview*. Elle le définit comme une « *forme de communication établie entre deux personnes ayant pour but de recueillir certaines informations concernant un objet précis* », plus loin elle

évoque « *un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé.* »

De façon intéressante, Grawitz illustre l'entretien-type par le cas du médecin qui « *essaie d'obtenir le plus rapidement possible de son patient les symptômes et éléments d'information qui lui seront utiles pour établir son diagnostic* » (ibid.), avant de préciser que le résultat de cet entretien « *dépendra à la fois de l'attitude de l'interviewer-médecin, de l'idée qu'il se fait de son rôle, mais aussi de son expérience, de son aptitude à faire parler son patient, du genre d'information qu'il cherche, et des réactions du répondant.* » L'auteur insiste donc, dès le départ, qu'à côté de l'aspect technique de l'entretien, il s'agit d'un « *processus fondamental d'interaction humaine* ». C'est une idée que l'on retrouve aussi chez Blanchet qui parle de « *l'art et la manière de conduire un entretien [qui] s'acquièrent plus par l'expérience que par l'enseignement* » et précise que le savoir-faire de celui qui mène l'entretien « *s'élabore par la compréhension intuitive des situations d'entretiens, et par les mécanismes adaptatifs qu'il met en œuvre pour répondre aux objectifs fixés* » (Blanchet, p.10).

De la même façon, Swartz dans son *Manuel de diagnostic clinique : anamnèse et examen* en 1991, puis dans sa réédition en 2003 sous le nom de *Manuel de diagnostic clinique : historique et examen physique*, consacre la première section de son ouvrage à « l'art de l'interrogatoire ». Cet ouvrage écrit par un médecin pour des étudiants en médecine consacre une partie aux « questions de l'interrogateur » dans laquelle il développe plus particulièrement « la conduite de l'entrevue, les techniques fondamentales d'entrevue et l'organisation du récit » puis une deuxième partie aux « réponses du patient » constituée des sous-parties suivantes : « réactions à la maladie, réponses du cliniciens, influence du contexte et de l'âge sur la réponse du patient, influence de la maladie sur la réponse du patient ». Enfin, une dernière partie dédiée à « faire l'anamnèse » avec l'exemple « d'interrogatoire ».

Les auteurs semblent s'accorder pour dire qu'il existe ainsi un certain nombre de techniques, de savoirs mobilisables pour mener un entretien mais que le savoir-faire nécessaire pour réussir celui-ci dépend surtout de paramètres humains (du côté de l'intervieweur comme de l'interviewé) et de l'accumulation d'expériences.

Toutefois, les tentatives de préciser les types d'entretien et d'en dégager les caractéristiques abondent dans la littérature.

3.2 Formalisation de l'entretien : aperçu historique

Grawitz (ibid.) évoque le développement de la recherche consacrée aux techniques d'entretien au XXe siècle. L'entretien a d'abord été utilisé aux Etats-Unis dans le champ de la psychothérapie et de la psychotechnique (psychologie appliquée à l'orientation professionnelle). Les chercheurs se focalisent sur les problématiques liées à la validité des données recueillies au cours de l'entretien. Par la suite, on connaît une multiplication des enquêtes d'opinion en lien avec la consommation. C'est le critère de fidélité qui devient essentiel : on souhaite connaître précisément l'opinion d'un grand nombre d'individus. Puis, après les années 1940, les psychologues se penchent à nouveau sur l'entretien à cherchant à analyser ce qui se passe au niveau interactionnel entre l'enquêteur et l'enquêté.

C'est Carl Rogers qui introduit le concept de non-directivité (également appelée *counseling*) en 1942 dans le cadre de la psychothérapie. Le concept comprend un ensemble de techniques (reformulation, gestuelle et phrasé adaptés...) et d'attitudes : empathie, non-jugement, congruence.

La théorie rogérienne aura une influence prépondérante sur l'ensemble des recherches dédiées aux techniques d'entretien et sur leur mise en œuvre, dans le domaine médical et

thérapeutique au sens large mais aussi dans l'ensemble des sciences sociales, en pédagogie, dans les relations managériales.

3.3 Typologie de l'entretien

La revue de la littérature au sujet des entretiens montre une absence de consensus quant à la typologie, et à ce que chaque entretien recouvre précisément. Nous avons tenté ici de faire une synthèse des grands types généralement retenus par les auteurs.

Grawitz (2000) propose de classer les entretiens sur un continuum, en fonction de la liberté laissée à la fois à l'enquêteur et à l'enquêté d'une part, et à la « profondeur » de l'entretien d'autre part. Lorsque la liberté et la profondeur sont maximales, il s'agit d'un entretien clinique psychanalytique ou psychiatrique.

Boutin (2008, pp.28-29) définit l'entretien en profondeur ou libre, où la liberté est valable pour l'enquêteur, mais où le degré de liberté de l'interviewé est réduit, en ce que le thème est choisi par l'interviewer. Cet entretien « *vise à faire ressortir les rapports qui existent entre la personne et le thème* », et suppose des « *usages multiples : diagnostic dans un contexte, aide psychologique, étude de motivation.* » Il « *permet de comprendre en profondeur une pratique ou un processus.* » Dans ce type d'entretien, « *l'enquêteur procède par des questions ouvertes dans le dessein de permettre à son interlocuteur de construire sur les réponses que donne ce dernier à ses questions et de les explorer.* » Boutin cite Banaka, un auteur américain, qui dans *Training in the Depth Interviewing* en 1971 précise : « *un bon entretien en profondeur résulte en la connaissance qu'a l'intervieweur d'une théorie de la communication interpersonnelle et de sa capacité à l'utiliser.* »

L'entretien à réponses libres se caractérise par « *des questions nombreuses, non formulées d'avance, dont les thèmes seulement sont précisés, ce qui donne à l'enquêteur un guide souple mais lui laisse une grande liberté* ». C'est ce type d'entretien qui a été défini par de nombreux auteurs en sciences sociales comme l'entretien semi directif : un cadre, un fond directif, mais une forme non directive.

Dans l'entretien à questions ouvertes, l'enquêteur pose des questions précises et définies par avance selon un ordre prévu. L'enquêté reste cependant libre de la forme et de la longueur de sa réponse, mais dans le cadre de la question qui lui a été posé. Boutin ajoute que l'intervieweur « *élabore un protocole de questions générales concernant les sujets qu'il veut couvrir. Il garde la liberté de diriger l'entretien dans toutes les directions qu'il estime intéressantes et susceptibles de fournir des données pertinentes.* » (Boutin, 2008, p.30). On peut supposer qu'il s'agit d'une forme un peu plus directive de l'entretien semi-directif, où les questions sont définies avec une plus grande précision, sans que l'intervieweur ne renonce à une forme de liberté d'en ajouter ou d'en retirer.

Lorsque liberté et profondeur sont réduites au minimum, on a affaire à un entretien à question fermées ou questionnaire standardisé.

Concernant l'entretien clinique en psychologie, un continuum similaire peut être dégagé. Chilland (1983, p.10) parle de l'entretien clinique comme d'une clinique « *à mains nues* », où le psychologue n'utilise aucun instrument pour recueillir des données si ce n'est son propre corps : regard, écoute et parole. Elle l'oppose à la clinique instrumentale dont les outils sont les tests standardisés. Entre les deux, « *à la frontière entre la clinique instrumentale et la clinique à mains nues se situe l'entretien effectué avec un guide d'entretien ; au-delà les questionnaires, qu'ils soient ouverts ou fermés.* »

L'anamnèse en orthophonie se présente donc comme un entretien inaugural au cours duquel le soignant rencontre le patient pour la première fois. Il nous faut à présent mieux saisir les mouvements normatifs qui sous-tendent cette interaction particulière.

II Construction et mise en application des normes dans le champ de la santé

L'étude des phénomènes de déviance et de normes à travers leur émergence et leur définition permet de mieux saisir les représentations et les jugements mobilisés au cours des interactions entre les soignants et les soignés.

1 Le normal, le déviant, le pathologique

1.1 La déviance, révélatrice de normes sociales

Les notions de normes et de déviances se définissent l'une par rapport à l'autre, et sont intimement liées au contexte social et culturel au sein duquel elles émergent et sont définies. Becker développe dans *Outsiders* (1963), par son approche de sociologue interactionniste, les processus qui entrent en jeu dans l'élaboration de normes. Les groupes d'individus sont motivés à expliciter et spécifier leurs valeurs - qui prennent alors la forme de normes - lorsqu'ils sont confrontés à des situations problématiques qui exigent d'eux une décision d'action. Des normes spécifiques, précises, figurant sous forme de lois peuvent émerger de ce processus ainsi que des normes coutumières plus souples et facilement sujettes à interprétations. Becker met en perspective l'élaboration de ces normes et le système de régulation qui garantit leur application, système de sanctions imposé aux individus défiant ces normes. Divers degrés et types de sanctions existent, qu'elles soient positives, négatives, formelles ou encore informelles.

S'intéresser aux normes amène Becker à questionner le hors-norme et les phénomènes de déviance, à travers l'étude des carrières de deux groupes déviants : les fumeurs de marijuana et les musiciens de danse. Dans un premier temps, il revient sur les points de vue existants sur la notion de déviance. La première issue de la statistique considère comme déviante toute personne s'écartant « *par trop de la moyenne.* ». Or Becker souligne les limites d'une telle définition, trop éloignée pour lui de l'idée de transgression retrouvée dans « *l'étude scientifique des déviants* ». Une autre conception, plus complexe selon lui, issue d'une représentation biomédicale « *définit la déviance comme quelque chose d'essentiellement pathologique, qui révèle la présence d'un mal* ». Canguilhem (1966) s'est lui aussi penché sur les difficultés de distinguer le normal du pathologique. Pour Becker, si la notion d'organisme en bonne santé peut faire consensus dans le monde médical, il semble beaucoup plus complexe de décrire comme pathologiques des types de comportement perçus comme déviants. Une troisième conception émerge enfin, sociologique cette fois, qui « *définit la déviance par le défaut d'obéissance aux normes du groupe.* »

Par la suite, Becker expose son analyse des déviances et la définition qui émerge du fruit de ses recherches. Il parle de phénomènes de déviance comme processus dans une dynamique interactionniste et non de déviance en tant qu'état, considérant que « *La déviance n'est pas une propriété simple, présente dans certains types de comportements et absentes dans d'autres, mais le produit d'un processus qui implique la réponse des autres individus à ces conduites.* » (Ibid., 1963). Ainsi, la déviance est une propriété d'une interaction entre une personne commettant un acte transgressif d'une norme établie par certain et la réponse donnée par d'autres à cet acte. Becker révèle la complexité des phénomènes de déviances en observant que « *ce ne sont pas les mêmes actions que les différents groupes qualifient de déviantes.* » et met en avant que « *les phénomènes de déviances lient étroitement la personne qui émet le jugement de déviance, le processus qui aboutit à ce jugement et la situation dans laquelle il est produit.* ». Ainsi, Becker offre une définition mouvante de la déviance autour de la notion subjective telle que le « *jugement* » dépendant de personnes, dans un contexte donné.

Cette approche va nous permettre d'envisager les normes existantes dans le champ professionnel de la santé.

1.2 La maladie, une norme qui ne dit pas son nom

Pour Freidson (1984), un jugement moral opère lorsqu'il s'agit de signifier ce qui peut être considéré comme relevant de la maladie ou non, jugement rendu généralement invisible puisqu'il est admis quasi-universellement que la majorité « *de ce qui porte l'étiquette de maladie est indésirable*. ». Il souligne que le terme de maladie est lui-même d'une commodité sournoise puisqu'il permet de contourner la condamnation morale sous-entendue qui voudrait que l'indésirable soit sanctionné.

Hormis le jugement moral sous-jacent, il existe plusieurs représentations de la maladie dans nos sociétés et nous retiendrons la classification de Laplantine (1986-1992). Selon lui, la maladie peut s'envisager d'après plusieurs modèles. Il distingue dans un premier temps le modèle exogène dans lequel la maladie vient de l'extérieur et s'abat sur le malade, du modèle endogène pour lequel la maladie provient d'éléments internes au malade.

Partant de ce postulat, Laplantine détaille dans son *Anthropologie de la maladie* (1986-1992). Trois modèles principalement mis en œuvre dans le monde du soin actuel. Il explique que « *la société française contemporaine est traversée par trois champs de connaissances et de significations médicales tantôt résolument conflictuelles, tantôt se superposant, s'entremêlant ; voire se combinant entre elles* » (Laplantine, 1986-1992, pp.15-16). Ainsi, la maladie dans le modèle biomédical se rapporte à une représentation exogène de la maladie, les éléments externes de nature physico-chimique sont responsables de la maladie. Ce système de pensée est actuellement dominant car majoritaire chez les patients comme chez les soignants. Le modèle relationnel ou social s'inscrit aussi dans une représentation exogène-sociogène de la maladie et cette fois, le « mode de vie » ou bien l'éducation, la politique, la culture sont à l'origine des maux du malade. Enfin, le modèle psychique issu d'une représentation endogène de la maladie dans laquelle l'individu est au centre, considéré comme responsable et participant à sa maladie.

Toutefois, ces modèles étant des idéaux types, Laplantine rappelle le phénomène d'interpénétration des modèles. Certaines pratiques de médecine peuvent donc se révéler biopsychique ou bio-psycho-sociales puisqu'il est « *difficile, pour ne pas dire impossible, scientifiquement, de dénouer la pluralité des facteurs qui interviennent dans n'importe quelle maladie et donc de séparer ce qui revient à "l'intérieur" et ce qui revient à "l'extérieur"* ». (Laplantine, 1986-1992, p.106). Il souligne que les praticiens s'apparentant au modèle biomédical de soin s'appuient sur des mesures objectives et élaborent leur diagnostic par la médiation d'instruments de mesure pouvant ainsi comparer l'individu à une norme issue de la distribution statistique d'une population en lien avec la pathologie concernée. Dans ce modèle dominant, l'observation et l'écoute du patient sont relayées au second plan. Ainsi, la pratique médicale tend à évincer l'étiologie subjective, le point de vue subjectif du patient comme si la causalité biologique était indemne des représentations.

Dans un tel système de représentation de la maladie, quelles places occupent les individus soignés et soignants ?

2 Normes professionnelles dans le champ de la santé

2.1 L'émergence d'une norme médicale

Se pose alors à nous la question de l'origine de la création des normes et de leur application. Becker (1963) soulève les dimensions politiques et économiques qui sous-tendent l'élaboration de ces normes et leur prescription, en s'interrogeant sur les circonstances qui amènent une collectivité à soumettre d'autres individus à des normes auxquelles ils n'adhèrent pas. Pour lui, deux cas de figure apparaissent : « *Dans le premier, seuls les membres effectifs du groupe sont intéressés à l'élaboration et à la mise en application de certaines normes. [...]. Dans le second cas, les membres d'un groupe pensent qu'il est important pour leur sécurité et leur bien-être que les membres d'autres groupes obéissent à certaines règles* ». Becker illustre le second cas de figure ainsi : il apparaît important pour nos sociétés occidentales de réglementer les professions médicales. Les processus de professionnalisation mis en œuvre dans le champ de la santé garantissent aux profanes que « les professionnels se conforment à certaines règles » par le sceau d'une certification sous la responsabilité de l'État.

Ce processus relève pour Becker de décisions politiques et économiques. Il s'interroge une seconde fois sur l'identité ou les catégories d'individus qui « *sont capables, en pratique, d'obliger les autres à accepter leurs normes, et quelles sont les causes du succès d'une telle entreprise ?* ». Il rappelle que « *les groupes les plus capables de faire appliquer leurs normes sont ceux auxquels leur position sociale donne des armes et du pouvoir. Les différences d'âge, de sexe, de classe et d'origine ethnique sont toutes liées à des différences de pouvoir. C'est cette relation qui explique les différences de degré dans la capacité des groupes ainsi distingués à établir des normes pour les autres.* »

Becker ajoute que les normes créées et perpétuées ne font pas l'objet de consensus ; bien au contraire, elles révèlent les désaccords et les oppositions « *parce qu'elles relèvent de processus de type politiques à l'intérieur de la société* » mais aussi parce qu'elles émergent au sein des organisations des sociétés modernes actuelles dont elles épousent la grande diversité sociale, ethnique, professionnelle et culturelle :

« Tout les conduit à développer des systèmes de normes différents, aussi bien les problèmes posés par leur environnement que leur histoire et leurs traditions. Les contradictions et les conflits entre les normes de divers groupes entraînent des désaccords sur le type de comportement qui convient dans telle ou telle situation. » (Becker, 1963, p.38)

2.2 Une partition du monde entre soignants et soignés

Le développement du champ professionnalisant de la médecine génère une différence de statut entre professionnel et non-professionnel. Adam et Herzlich stipulent que depuis un siècle, la médecine a évolué dans son statut social prise dans l'élan des avancées scientifiques. En découle qu'elle « *s'est vue reconnaître une pleine autorité sur la maladie et a obtenu le monopole de son traitement* » (Adam, Herzlich, 1994). Ainsi ont émergé les statuts de professionnels vs profanes face aux questions de santé.

Il existe certes des experts et des profanes mais à la fin, comme le souligne Alexis Ferrand « *Concernant la santé (et non le soin) (...) qui peut avoir pour objectif la bonne santé de qui, au point de chercher à imposer à ce dernier les comportements lui permettant de rester en bonne santé, au prix de sanction positives ou négative ?.* » (Ferrand in Schweyer, Pennec, Cresson, Bouchayer, 2004, p.72)

Cet auteur propose une analyse révélant l'imposition de certaines normes par les médecins pour influencer les individus et les soumettre aux prescriptions sans préoccupation réelle sur la bonne santé de ceux-ci. Ces normes définissent exclusivement « *la manière d'être un bon patient* » et les sanctions adjuvantes en cas de non-respect des normes agissent sur la relation thérapeutique ; se voient ainsi opposés, par exemple, des « *encouragements du praticien* » si le malade se conforme à la norme du bon patient, contre la « *menace de ne plus s'occuper du patient* » si celui-ci s'écarte du comportement attendu de lui.

Adam et Herzlich ont développé la notion de rôle du malade, permettant à l'individu d'échapper comme nous l'avons vu au caractère déviant de la maladie. Ils arguent qu'un bon malade a des droits, pour en citer certains : « *non-tenu pour responsable de son état* », « *a droit à assistance* » ; et des obligations, à savoir vouloir sortir de cet état de malade, rechercher de l'aide auprès de professionnels et coopérer avec ceux-ci. Le médecin quant à lui doit être compétent, techniquement, expert dans le domaine de la santé et de la maladie.

Nous observons bien une répartition des rôles à distribution asymétrique dans laquelle les normes en vigueur ne visent pas seulement à atteindre un objectif de bonne santé mais cherchent à cadrer les individus dans le rôle de « bon malade ».

III Malade et patient : positions relatives, rapports de domination

Nous nous proposons pour finir de nous intéresser plus spécifiquement à la relation qui lie le médecin et le malade et de quelles manières les normes de chacun peuvent rentrer en conflit. Si l'interactionnisme fournit notre grille de lecture première, nous avons trouvé dans la sociologie bourdieusienne des éclairages théoriques complémentaires. La confrontation des points de vue individualistes et structuralistes permet, nous semble-t-il, une réflexion plus nuancée.

1 La relation thérapeutique : conflit, négociation, alliance et misère de position

Carricaburu et Menoret (2004, p.57) rappellent qu'à partir des années 1960 - 1970, avec Freidson (1984) notamment, la sociologie médicale se met à englober dans son champs de recherche le conflit opposant les normes professionnelles aux normes profanes et s'intéresse à la façon dont ce conflit structure la relation d'influence entre le malade et le médecin. Les auteurs expliquent ainsi :

« Le thérapeute va s'efforcer d'adapter chaque cas pris isolément à sa pratique (et aux autres patients), alors que le patient va s'efforcer d'obtenir un mode de prise en charge qui lui soit plus adapté, individuellement, sans tenir compte des exigences du système pris dans son ensemble. Ces conflits de point de vue et d'intérêts entre dans le tissu même de l'interaction et ont des chances de figurer à un certain degré dans toutes les situations. Ils sont au cœur de l'interaction, et reflètent des caractères structurels généraux de la maladie et de son traitement professionnel, considérés comme des fonctions des relations entre deux mondes distincts, ordonnées par des normes professionnelles. »

Le modèle conflictuel proposé par Freidson met en évidence l'existence de deux mondes différents, celui du soignant et celui du patient, dont l'interaction prend la forme

d'une négociation « *le plus souvent au profit d'une domination du premier sur le second.* » (Carricaburu, Ménoret, 2004). L'expérience du malade, peu importe son information, sa compétence, reste singulière ; « *la coïncidence des savoirs et des vouloir* » (Moulin dans Schweyer et al.) entre malade et médecin, fût-elle totale, n'entraîne pas pour autant la coïncidence des visées et des objectifs. « *Le malade reste en position existentielle de demandeur dolent et angoissé, et possède une connaissance originale et profondément personnelle de sa maladie.* »

Szasz et Hollander cités par Carricaburu et Ménoret ont proposé une typologie de l'interaction médecin-malade, en fonction de l'activité et de la passivité de chacun des deux acteurs. Ainsi, l'approche de Freidson pourrait être nuancée, considérant que les professionnels mobilisent aussi bien leur système normatif professionnel que leur système normatif profane imprégné notamment des représentations issues de leur milieu social d'origine. La confrontation des points de vue normatifs ainsi que les degrés d'activité et/ou de passivité engendrent ainsi une asymétrie plus ou moins marquée.

Il est également possible d'éclairer la collision des intérêts entre professionnels et profanes à la lumière de la sociologie bourdieusienne. Dans *la Misère du monde* (1993), Bourdieu prend position en faveur d'une pluralité des points de vue qu'il faut faire entendre, des points de vue « *coexistants et parfois directement concurrents* », qui peuvent mieux rendre compte d'une réalité sociale complexe, « *en particulier, nombre des souffrances nées de la collision des intérêts, des dispositions et des styles de vie différents que favorise la cohabitation, notamment au lieu de résidence ou au lieu de travail, de gens différents sous tous ces rapports* ». La *misère de position*, ou petite misère, serait pour Bourdieu celle, subjective, qui qualifie l'individu occupant une position inférieure à l'intérieur d'un groupe, fût-il prestigieux. Ainsi la misère de position s'exprime-t-elle dans une position dominante liée à la fonction professionnelle, lorsqu'elle est démentie par le ressenti d'une position sociale inférieure. C'est ce qui se passe lorsque le soignant se retrouve face à des patients appartenant à une catégorie sociale qu'il estime supérieure à celle dont il est lui-même issu. On a là encore la mesure de l'interpénétration des normes professionnelles et profanes dans le comportement et le ressenti du professionnel au cours de son interaction avec le profane.

2 Le langage, instrument de domination

L'éclairage linguistique paraît particulièrement pertinent pour mettre en lumière des processus invisibles de domination au cœur des interactions entre professionnels et profanes.

Bourdieu (1982) est le premier à avoir cherché à extraire la langue à l'expertise, voire à la domination, justement, des linguistes, et à en souligner les enjeux en termes de rapports sociaux. S'opposant à la théorie saussurienne communément admise, qui veut que la langue soit un code également réparti, également manipulé et manipulable entre tous les locuteurs natifs, Bourdieu insiste sur les conditions sociales d'acquisition, de production et d'utilisation de la langue, en remettant le locuteur - social, et non plus abstrait - au centre de la réflexion. Il y a bien différents niveaux de légitimité de langue, et c'est précisément la position du locuteur qui confère sa légitimité à la langue. Les médecins, comme d'autres acteurs du système social, détiennent par leur maîtrise de la langue légitime un pouvoir symbolique ; Bourdieu va jusqu'à parler de violence symbolique exercée par les détenteurs d'une langue légitime sur ceux dont la maîtrise de la langue est inférieure.

Cicourel (2002), quant à lui, décortique les interactions professionnels-profanes sous l'angle du code linguistique, en mettant en lumière l'articulation entre les processus sociaux et les processus mentaux. Ce faisant, il met lui aussi en évidence les rapports de domination qui sous-tendent le partage de l'espace de parole – par exemple au cours d'une consultation médicale, puisque c'est ce qui nous intéresse plus particulièrement.

Cicourel évoque notamment la « *sollicitation ou élicitation* », qui fait référence au discours au cours duquel l'une des deux parties sollicite de l'autre une réponse à une question précise - comme le fait, généralement, un médecin au cours de l'anamnèse, sollicitant de son patient des réponses à des questions concernant les symptômes pour lesquels celui-ci vient consulter.

Cicourel précise que le langage de cette sollicitation peut être différent de celui que l'informateur (le patient, dans notre cas précis) utilise de façon habituelle. Dans ce cas, « *ce dernier ne pourra retrouver et construire les informations ou les connaissances indispensables à la formulation de la réponse qu'en s'interrogeant lui-même sur le sens de la question qui lui a été posée.* » (Cicourel, 2002, p.58)

L'*abstraction par recodage* apparaît aussi comme un processus linguistique mettant en œuvre un certain rapport de domination. Elle correspond à la conversion d'une situation ou d'un problème de type médical d'un individu en un système symbolique professionnel ou bureaucratique. Les médecins font partie des individus qui sont « *passés maîtres dans l'art de recoder l'information dans différents systèmes symboliques.* » L'auteur précise en outre que « *nos contacts avec les médecins, (...), impliquent le plus souvent des interactions caractérisées par des inégalités de pouvoir. (...) Ces recodages tiennent rarement compte des perspectives du patient.* » (Cicourel, 2002, pp.84-85.)

3 La légitimité professionnelle : tactique et rhétorique

Il serait inexact, pour autant, de considérer les rapports de domination dont nous venons de faire état entre le médecin et le malade sous le seul angle d'une soumission aveugle du profane à l'expert.

Freidson (1984) rappelle ainsi que le médecin « *n'a jamais détenu, à aucun moment de son histoire, rien qui ressemble à un monopole total, officieux ou officiel, sur la santé. Même aujourd'hui, rien n'empêche en principe un malade de se soigner lui-même ou de se faire soigner par des amis ou des parents* ». De plus, « *le praticien ne se maintient que si le profane décide de venir le consulter* » : le professionnel ne peut pas obtenir l'adhésion du patient par la contrainte. Il doit trouver un moyen d'attirer et de convaincre le profane du bien-fondé de son intervention, pour inciter celui-ci à lui accorder sa confiance.

Moulin (in Schweyer, Pennec, Cresson, Bouchayer, 2004) évoque la défiance grandissante du malade envers le médecin, concomitante au renouvellement exponentiel des connaissances, à la définition de nouvelles pathologies ou l'augmentation de certaines d'entre elles et à l'éclatement voire aux incohérences des interventions thérapeutiques qui en découlent.

Dans ce contexte d'incertitude, il devient crucial pour le professionnel de légitimer son intervention et sa compétence auprès du profane. Ce besoin est inhérent à son statut-même de professionnel, c'est-à-dire de membre d'un corps de métier qui maîtrise son propre marché du travail et à qui la loi confère, en sus, « *le contrôle de la définition et de la mise en œuvre du corps de principes et de pratiques grâce auxquels [il peut] prétendre à cette maîtrise.* » (Paradeise, 1985).

La profession se caractérise par un code de déontologie qui fixe une loi applicable à l'ensemble de ses membres, et des institutions détenant un pouvoir de validation et de sanction sur la communauté professionnelle. Cependant, l'acquisition ainsi que la conservation de ce statut privilégié ne vont pas de soi : elles s'obtiennent par un travail de légitimation, qui se manifeste par le développement d'une rhétorique de la compétence, à destination de l'ensemble de la communauté nationale (patients mais aussi Etats, institutions...). Cette argumentation se base sur ce que Paradeise nomme « *une rhétorique de la Vérité* ». Celle-ci s'appuie sur les concepts de besoin - qui s'exprime sur un marché -, de science, et de ce qui les lie, la compétence, qui culmine dans la notion d'expertise. La mise en avant de son expertise par le corps médical lui permet ainsi de

conserver son monopole. Sans cette légitimation, celui-ci paraîtrait exorbitant et contraire au principe de concurrence.

4 Vers un pouvoir accru du profane ? La démocratie sanitaire

Le champ social de la santé subit de profondes mutations à partir des années 1990, dans le contexte d'incertitude et de défiance évoqué précédemment : on assiste à « *une tentative de redéfinition des relations entre les malades et les professionnels de santé, entre les citoyens et les institutions* » (Cresson, Schweyer, in Schweyer et al, 2000). Tandis que la profession médicale s'organise pour conserver et assurer sa position et ses droits, comme nous venons de le voir, une dynamique de conquête du pouvoir par le profane se dessine, en partie impulsé par les associations de patients. Ce mouvement, qui fait notamment suite à différents scandales sanitaires, aboutit à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Le malade se voit attribuer, préciser ou renforcer des droits ; il est désormais légalement considéré comme partenaire, aux côtés des pouvoirs publics, de la gestion du système de soin dont il est défini comme « usager ». La loi reprend surtout des dispositions énoncées auparavant en les précisant : secret médical, non-discrimination dans l'accès au soin, respect de la dignité de la personne...

Le premier versant de ces dispositions légales est lié à l'implication de l'usager dans la prise de décisions concernant la politique publique de Santé, à travers une forme de démocratie participative. Celle-ci se concrétise par l'entrée du citoyen profane au sein de comités consultatifs. La parole du patient peut être entendue et relayée. Il n'est pas sûr, pour autant, qu'elle soit écoutée : le pouvoir décisionnel reste concentré dans les mains de l'administration et des médecins (Letourmy, Naïditch, 2009, p.21)

Le deuxième versant de ces droits qui nous intéresse particulièrement est lié au droit de savoir, pour tous les patients. La loi stipule ainsi que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* », de plus « *la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission* ». On voit s'inscrire dans une loi l'enjeu crucial de la maîtrise de l'information, qui doit être toujours disponible pour le patient mais dont il a aussi le droit de se protéger s'il le souhaite.

En outre, le professionnel doit obtenir le consentement libre et éclairé du patient avant de lui prodiguer des soins, consentement qui peut être retiré à tout moment. On se dirige vers une « *conception de décision partagée, qui met fin à une ère de paternalisme professionnel auquel les médecins français étaient très attachés* » (Letourmy, Naïditch, 2009, p.19) : le médecin est dans l'obligation légale de respecter les volontés du patient.

Cependant, la loi précise que « *si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables* ». On peut lire, en filigrane, que l'expertise du médecin lui donne pleine légitimité pour exercer une forme d'injonction au soin, car le médecin reste en définitive seul dépositaire du savoir médical, sur lequel se fonde la légitimité de son intervention, comme on l'a vu au paragraphe précédent. Est-on si loin de ce que disait Louis Portes, président de l'Ordre des Médecins, en 1950 :

« Le consentement éclairé du malade n'est, en fait, qu'une notion mythique. Le patient, à aucun moment, ne connaissant, au sens exact au terme, vraiment sa misère, ne peut vraiment consentir ni à ce qui est affirmé, ni à ce qui lui est proposé, si du moins, nous donnons à ce mot de consentement sa signification habituelle, d'acquiescement averti, raisonné, lucide et libre. »

Ainsi le patient dispose-t-il de plus de pouvoir en théorie mais en pratique on peut se demander si la fin de l'ère du paternalisme est réellement advenue. Il faut néanmoins garder à l'esprit que l'analyse à échelle sociologique des rapports de domination passent totalement sous silence la variabilité humaine des interactions entre médecin et patient, et qu'il n'est pas notre propos de dénigrer le dévouement et la bonne volonté des professionnels de soin qui sont pris, comme les patients, dans un système.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Dans la partie théorique, nous nous sommes d'abord intéressées à la manière dont la littérature professionnelle orthophonique définit l'anamnèse et l'entretien clinique. Les recommandations de bonnes pratiques formulées à ce sujet semblent montrer que l'anamnèse est une pratique dont la norme est insaisissable, laissant une grande place aux jugements propres à chaque professionnel.

Nous avons par suite fait état des processus par lesquels s'élaborent les normes : normes professionnelles, normes à l'origine des représentations de la maladie chez le professionnel de santé et normes à l'origine d'une distribution des rôles entre soignant et soigné. La construction identitaire des professionnelles orthophonistes semble ainsi mêler, construction professionnelle et histoire de la profession, représentation de la maladie et choix des modèles explicatifs de la maladie ainsi qu'une légitimité au sein du monde médical nourrit par une rhétorique professionnelle.

Nous avons vu, enfin, que la relation entre médecin et malade est un espace de négociation entre des intérêts conflictuels. D'un côté la professionnalisation du médecin l'autorise à occuper une position dominante qu'il doit toutefois sans cesse légitimer ; de l'autre, le malade profane a le pouvoir d'accorder ou non sa confiance au professionnel, tandis que ses droits sont davantage pris en compte, dans un mouvement dynamique de réorganisation des places et des rôles dans le champ social de la santé.

Partant de là, l'anamnèse considérée comme « toute première étape » dans la relation entre l'orthophoniste et le patient interroge quant à la manière dont s'initie et se construit cette relation dans un contexte sanitaire et social animé par un mouvement de démocratisation sanitaire.

Afin d'éclairer nos propos à venir, nous avons élaboré une définition sociologique de l'anamnèse, que nous utiliserons dans la suite de ce travail. Nous entendrons par anamnèse : le temps d'entretien initial et de recueil de données autobiographiques pertinentes pour la prise en soin orthophonique. Au-delà des différences de pratiques interindividuelles, nous nous interrogeons sur l'enjeu commun de l'anamnèse pour les orthophonistes en France.

A travers l'analyse du discours des thérapeutes, nous nous attacherons donc à répondre à la question suivante :

De quelles manières l'anamnèse en orthophonie pose-t-elle le cadre du soin et de la relation soignant-soigné ?

Plusieurs hypothèses découlent de notre réflexion :

1. Les normes professionnelles encadrant la pratique de l'anamnèse sont souples et laissent au praticien une marge de manœuvre importante quant à son contenu et son format.
2. Au cours de l'interaction avec son patient lors de l'anamnèse, l'orthophoniste occupe une position dominante malgré la dynamique à l'œuvre dans la démocratisation sanitaire qui donne plus de place au patient.
3. Le professionnel sélectionne les données qu'il juge utiles et pertinentes et maîtrise le flux d'informations.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTATION

Dans l'introduction, nous avons défendu la pertinence d'un questionnement des pratiques cliniques orthophoniques dans le cadre de réflexion proposé par les sciences sociales. Il s'agit dès lors de préciser la démarche qui a encadré nos recherches autour de ce thème, et les choix que nous avons opéré en termes d'outils et d'angle de vue.

Pour de nombreuses orthophonistes, nous le savions, l'anamnèse se déroule par la menée d'un entretien. Ce qui a éveillé notre curiosité et notre intérêt, c'est l'idée d'aller à la rencontre d'orthophonistes en exercice pour recueillir leurs discours au sujet de cette pratique de l'entretien initial. Ceci nous a naturellement conduit à faire le choix de l'entretien comme outil de recueil de matériau sociologique, car l'entretien « *permet de rendre compte des systèmes de représentations et des pratiques sociales des individus* » (Cardon, Desanti, 2007, p.53). Nous nous sommes donc retrouvées à nous entretenir avec des orthophonistes au sujet... de l'entretien. De cette dimension « miroir » émerge des réflexions et des mises en perspectives dont nous ferons état dans la deuxième partie. L'analyse d'un corpus d'articles est venue compléter cet outillage, afin de pouvoir mettre en parallèle pratiques cliniques et recommandations professionnelles tirées d'une revue de référence en orthophonie.

I Construction et déconstruction de la problématique

1 La Grounded Theory

D'après Anselm Strauss, le terme de Grounded theory vient de ce que la théorie se fonde sur des faits observables sur le terrain (« ground »). Autrement dit, l'imprégnation avec le terrain doit être première : celui-ci n'est pas là seulement pour vérifier une hypothèse savamment élaborée au creux de cerveaux universitaires, au contraire, c'est du terrain que viennent les questions, c'est de l'observation des pratiques que surgit des éléments problématiques qui méritent d'être mis en lumière. En ce que nous concerne, c'est bien imprégnées de nos expériences de stage, des discours rapportés dans nos enseignements qu'apparurent nos premiers questionnements.

Ainsi, pour Kaufmann, l'objet de recherche se construit-il en regard d'une « *élaboration théorique qui progresse jour après jour, à partir d'hypothèses forgées sur le terrain* » (Kaufmann, 2011, 2013, p.23).

Nous avons donc débuté nos recherches « armées » de la problématique initiale suivante : Dans quelle mesure les différents moyens de collecter et de sélectionner les informations concernant le patient au cours du premier entretien clinique révèlent-ils de multiples identités professionnelles ?

2 Phase exploratoire et construction de la problématique

Nous nous sommes alors mises en quête d'éléments théoriques concernant l'anamnèse en orthophonie. Face à une récolte documentaire relativement maigre sur ce thème lors de notre phase exploratoire, il nous a semblé judicieux de mener une recherche plus approfondie dans les revues de références. Ainsi, l'analyse d'un corpus d'articles sélectionnés a été menée en parallèle d'une enquête de terrain.

Avant de commencer nos entretiens, forte de la problématique énoncée précédemment, nous avons dans l'idée d'établir une typologie des pratiques anamnestiques existantes en la ramenant à différentes variables, et de faire émerger des idéaux-types à partir des discours, et des représentations qui les sous-tendent, recueillis au cours de notre enquête.

A l'issue des quatre premiers entretiens, nous nous sommes retrouvées confrontées à une diversité de pratiques telle qu'elle nous a parue impossible à cerner, en tenant compte des contraintes matérielles, organisationnelles, temporelles et financières qui limitaient grandement le nombre d'entretiens réalisables. La problématisation de notre objet d'étude s'est donc transformée et nous avons puisé chez Becker les moyens de changer notre point de vue.

3 Un autre regard : voir les gens comme des activités

Dans *Les ficelles du métier* (1998), Becker nous invite à « voir les gens comme des activités ». Il propose ainsi de se décentrer de l'analyse des productions individuelles de chaque participant en se focalisant sur les constantes, les activités générées. Cette manière de voir incite à considérer que « *dans une situation de type X, soumis à tel type de contraintes, et avec tels types de possibilités d'action s'ouvrant à eux, les gens agissent de telle manière* » (1998, p.87), ont telle activité particulière.

L'objectif d'établir une typologie des anamnèses, voire la construction d'idéaux-types, qui était le notre au début de notre enquête nous contraignait à « placer les gens sous un type » et de rendre compte ainsi de manières de procéder identiques, régulières et homogènes. Nous avons été rapidement confrontées au caractère mouvant des modes de pratique de l'anamnèse, non corrélées en apparence à des variables identifiables à notre niveau, ce qui nous a incitées à changer notre point de vue. Becker nous a amené à réfléchir à la notion de processus : « *En se concentrant sur les activités plutôt que sur les gens, on se force à s'intéresser au changement plutôt qu'à la stabilité, à la notion de processus plutôt qu'à celle de structure.* » (p.90)

Nous avons donc cherché à élaborer « *des histoires qui fonctionnent à peu près de la même manière à chaque fois qu'elles se produisent.* » (p.109) dans lesquelles « *toutes les étapes répondent à une logique* ». Notre sujet d'étude alimenté par la théorie de Becker, nous nous sommes attachées à analyser ce qui rassemblait des pratiques aussi éclectiques et quels étaient les processus communs mis en œuvre.

II L'entretien

1 Enquêtrices, enquêtées

1.1 L'entretien compréhensif : choix et entraves

Kaufmann (2011, 2013) nous invite à repenser l'entretien semi-directif en posant la question de la hiérarchie imposée par un enquêté soumis aux questions de l'enquêteur. Il nous invite à abandonner cette hiérarchie au bénéfice d'un style conversationnel plus souple et spontané. Nous nous sommes dirigées intuitivement vers ce mode d'entretien qui nous correspondait bien, en ce qu'il consiste aussi à assumer notre subjectivité et nos propres représentations, tout en gardant un regard critique et en restant conscientes de leur existence. L'entretien compréhensif était aussi un choix pertinent au vu de notre objectif : recueillir un discours le plus spontané possible au sujet d'une pratique clinique, en cherchant à susciter l'engagement et l'adhésion de nos interviewées.

Nous avons été particulièrement concernées par deux recommandations de Kaufmann. Tout d'abord, il met en garde contre les digressions qui font tourner autour du sujet trop longtemps et risque de « déstructurer l'entretien ». Il revient donc à l'enquêteur de rester vigilant aux glissements de ce type et de ramener subtilement au sujet de l'entretien. Nos réussites, à ce titre, sont diverses. Certaines personnalités particulièrement prolixes, et promptes à emmener le discours vers d'autres horizons, nous

ont parfois mises en difficulté de ce point de vue - difficulté d'autant plus grande que le discours nous semblait toujours « intéressant », et que pour les premiers entretiens, nous cherchions encore à établir ce qui allait finalement nous servir de variable et de matériau.

D'autre part, il mentionne que cette démarche n'opère qu'à la condition pour l'enquêteur « d'oublier ses propres opinions et catégories de pensées » (p.51). En effet, pour Kaufmann, « *l'enquêteur idéal doit être un étranger, un anonyme, à qui on peut tout dire puisqu'on ne le reverra plus, qu'il n'existe pas en tant que personne jouant un rôle dans son réseau de relations* » (p.52) : un idéal très loin de notre réalité, puisqu'étudiantes en dernière année d'orthophonie, nous sommes les futures collègues de nos informatrices, que nous connaissons personnellement pour plus de la moitié d'entre elles. Mettre de côté nos propres opinions fut plus aisé que d'abandonner nos « catégories indigènes », selon l'expression consacrée, et si nous nous sommes efforcées d'adopter le plus possible une attitude de « naïveté sociologique », a posteriori nous nous sommes rendues compte que certains implicites dans le discours des enquêtées n'ont pas toujours été suivis de relances visant à les leur faire expliciter.

1.2 Heurs et malheurs de la « double casquette »

C'est là tout le paradoxe de notre position, tout à la fois confortable et inconfortable, atout et handicap.

Notre posture d'engagement, la connaissance du terrain et le fait d'en faire quasiment partie, en tant qu'étudiantes orthophonistes, nous a ouvert des portes et a permis l'émergence d'un discours de connivence qui n'aurait, sans cela, pas existé. Becker, dans *Outsiders* (1963), fait un constat similaire sur la pénétration du terrain des musiciens de jazz qui n'aurait pas été possible s'il n'avait été lui-même l'un de ceux-là.

Au-delà, le fait que nous connaissions personnellement cinq des enquêtées sur huit a permis, nous semble-t-il, d'installer un climat propice à un discours franc, spontané, dont la validité semble acquise. En revanche, cette proximité a joué parfois en notre défaveur, en ce que le discours recueilli était lu différemment par l'une et par l'autre en fonction d'autres éléments connus mais non abordés ou explicités lors de l'entretien – l'important étant, au final, d'en avoir conscience au moment de l'analyse.

D'autre part, nous avons été constamment renvoyées à la question suivante : comment abandonner une réflexion clinique, nourrie de nos propres représentations et de notre identité professionnelle en construction, pour adopter une réflexion sociologique que ces questions, potentiellement, entravent ? Sans doute que les digressions, parfois difficilement maîtrisables, ont été rendues possible par ce questionnement professionnel qui, bien que nous cherchions à le tenir à distance, nous habitait constamment et venait troubler, parfois, la conduite « centrée » de nos entretiens.

Enfin, il est intéressant d'observer que nous avons opéré une sorte de renversement des rôles entre étudiantes et professionnelles, au sens où nous étions celles qui sollicitions un entretien, celles qui sélectionnaient et recueillaient les données. Les orthophonistes, qui habituellement mènent des entretiens, se sont retrouvées dans la position de l'enquêtée. Malgré tout, à chaque fois que nous avons fait l'entretien dans leur bureau, elles occupaient naturellement leur place de professionnel derrière leur table de bureau - si bien que nous avons changé de rôle, mais pas de place... et que nous occupions celles habituellement réservées au patient et à son accompagnant.

2 Guide d'entretien et improvisation

Nous avons élaboré un guide d'entretien présenté en annexe I. Les thèmes déclinés sont les suivants :

1. Identité et territoire professionnels

-
2. Pratiques de recueil d'informations
 3. Appropriation d'une pratique et d'une identité professionnelle

Si le guide d'entretien a constitué le fil conducteur de nos entretiens, d'autres outils de l'entretien compréhensif nous ont écartées de la forme semi-directive standard.

L'humour et la bonne humeur nous ont suivi tout au long de ces interviews, ce que Kaufmann qualifie de « technique particulièrement efficace » (2011, 2013, p.54) pour obtenir de bons résultats avec cette idée : « *non pas poser une question pour poser une question, mais trouver la meilleure, à chaque instant du déroulement de l'entretien. La meilleure question n'est pas donnée par la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur.* » (2011, 2013, p.48). Une grande part a été laissée à l'improvisation éclairée et engagée. Comme évoqué précédemment, nous connaissions certaines de nos informatrices et comme l'expose Anne Gotman « *nul ne croira que vous n'avez pas d'opinion sur le sujet qui vous occupe* » (cité in Kaufmann, 2011, 2013, p.52). Ainsi, ce qui nous a animées tout au long de la conduite de ces entretiens, c'est de chercher à suivre le fil de pensée des enquêtées, de les laisser se raconter tout semant nos propres cailloux pour ne pas se perdre en chemin, en les ramenant aux thèmes cités ci-dessus.

3 Population

3.1 Constitution de la population : un nombre restreint de professionnelles aux profils variés

Sachant que nous ne pourrions avoir un grand nombre d'interviewés, nous avons cherché à avoir un panel élargi des pratiques de l'anamnèse. Nous avons sollicité des orthophonistes de différentes générations que nous savions d'orientations théoriques et de parcours variés.

Notre deuxième intuition était que le lieu de formation constituait une variable intéressante. Il nous semblait alors que la manière d'être formé à la pratique de l'anamnèse pouvait influencer voire jouer un rôle déterminant dans les orientations et choix de cette pratique professionnelle. Suite à notre phase exploratoire, il s'est avéré que ce paramètre ne permettait aucune prédiction. Les contraintes matérielles et temporelles nous ont fait rencontrer quatre orthophonistes, Mmes Alpha, Bêta, Gamma et Delta dont trois avaient été formées à Lyon. Pour autant nous avons recueilli des discours très différents chez ces trois orthophonistes.

Ainsi, suite à notre phase exploratoire, nous avons gardé le critère de « l'orientation variée » puis nous avons questionné leur choix d'installation : quel cadre d'exercice ont-elles choisi ? Cette variable s'est avérée pertinente cumulée au choix du cadre explicatif de leur pratique. C'est ainsi que nous avons sélectionné la fin de notre population.

Nous avons utilisé notre liste de diffusion professionnelle pour solliciter des entretiens, ce qui nous a permis de rencontrer Mme Alpha et Mme Êta.

Nous avons également contacté nos anciennes maîtres de stage exerçant en salariat, car nous avions dans l'idée, initialement, d'interroger aussi des orthophonistes salariés. Nous savions que leur discours contrasterait forcément avec celui de leurs collègues libérales, en ce que le mode de prise de contact avec le patient est très différent en institution, qu'elle soit ou non hospitalière, et qu'il n'existe pas forcément d'anamnèse telle qu'elle est pratiquée en libéral : généralement, les orthophonistes prennent connaissance du dossier administratif et médical du patient en amont de la première prise de contact. De fait, nous nous sommes heurtées à des refus de leur part, car elles ne se sentaient pas concernées par le sujet de notre étude.

Nous avons enfin contacté nos anciennes maitres de stage exerçant en libéral.

Les entretiens ont eu lieu pendant l'été 2014, du 7 juillet au 2 septembre et varient dans leurs durées respectives entre 50 minutes et deux heures.

3.2 Présentation de l'échantillon

Afin de garantir l'anonymat des huit orthophonistes interrogées, condition sine qua none de la possibilité d'un discours libre, nous avons veillé à neutraliser dans les retranscriptions les indices de lieu et les personnes citées au cours des entretiens. Nous avons en outre choisi d'utiliser l'alphabet grec pour leur attribuer à chacune un pseudonyme. A la première orthophoniste interrogée correspond la première lettre de l'alphabet, Alpha, et ainsi de suite jusqu'à Mme Thêta, la huitième et dernière interrogée.

Nous les présentons ci-après, selon cet ordre.

Tableau 1 : description de l'échantillon d'orthophonistes interrogées

Nom	Formation initiale	Diplôme	Lieu d'exercice libéral	
Mme Alpha	Lille	2009	Grand Lyon CSP-	Regroupement d'orthophonistes
Mme Bêta*	Lyon	2010	Grand Lyon CSP+	Regroupement de libéraux
Mme Gamma*	Lyon	2005	Grand Lyon CSP-	Regroupement d'orthophonistes
Mme Delta*	Lyon	2007	Très petite agglomération	Regroupement d'orthophonistes
Mme Epsilon*	Lyon	2006	Grand Lyon CSP-	Regroupement d'orthophonistes
Mme Zêta*	Lyon	2006	Grand Lyon CSP-	Regroupement d'orthophonistes
Mme Êta	Lyon	2012	Très petite agglomération	Regroupement d'orthophonistes
Mme Thêta	Paris	1984	Très grande agglomération	Seule

Nous avons nommé « CSP- » les villes / quartiers dont la population est, pour sa majorité, socio-économiquement défavorisée.

« CSP+ » correspond à une ville ou un quartier dont la population est majoritairement socio-économiquement favorisée.

Les sujets étoilés * identifient les personnes que l'une ou l'autre de nous enquêtrices connaissions personnellement.

4 Exploitation des données : retranscription et analyse des corpus

Nous avons retranscrit nos huit entretiens intégralement puis avons procédé à deux types d'analyses.

4.1 Analyse verticale : entretien par entretien

Cette première analyse nous a permis d'établir pour chaque enquêtée une fiche d'identité professionnelle détaillant son parcours professionnel, son type d'exercice, ses orientations théoriques à travers les formations complémentaires suivies, etc. Ensuite, nous nous sommes focalisées sur le recueil scrupuleux de toutes les informations fournies sur l'activité anamnèse au sens strict. Les autres éléments thématiques recensés dans le corpus du premier entretien nous ont permis d'élaborer une trame que nous avons essayé d'appliquer aux autres entretiens. Nous la présentons en annexe II. Cette méthode nous a permis d'extraire « le matériau pauvre » produit par chaque orthophoniste au sujet de l'anamnèse au sens strict, que nous avons ensuite regroupé dans une démarche d'analyse horizontale.

4.2 Analyse horizontale thématique

Nous avons constitué une fiche d'analyse thématique regroupant les thèmes et sous thèmes dégagés dans l'analyse verticale. Ainsi, nous avons obtenu une vision d'ensemble des discours tenus individuellement pour chaque thème. « L'ensemble des thèmes servent de support à l'analyse des discours produits par les personnes interrogées dans la mesure où ils permettent de récupérer les comportements sociaux et les représentations de la population étudiée » (Cardon, Desanti, 2007, p.73).

Les différents thèmes retenus sont présentés dans l'annexe III.

III L'analyse d'un corpus d'articles

1 Choix méthodologique

Il est apparu assez tôt que nous possédions peu de matériau dans la littérature en orthophonie au sujet de l'anamnèse. Nous avons donc décidé de faire parler le fruit de cette recherche inopérante, peu fructueuse et quelque peu questionnante.

Il nous a semblé judicieux de faire une analyse en creux par manque de matière, ce que Kaufmann appelle « *les trésors cachés du matériau pauvre* ». Qu'est-ce que ce manque de données a à nous dire ? Et pour reprendre les dires de Geertz (1992) « *Nous espérons trouver au niveau du plus réduit ce qui nous échappe à celui de l'ensemble, tomber sur des vérités générales en passant au crible des cas particuliers* » (cité in Kaufmann 2011, 2013). Pour ce faire, nous avons recensé ce qui se disait dans la littérature au sujet de l'anamnèse telle que nous l'avons défini plus haut afin de compléter nos entretiens par le discours « académique » faisant office de recommandation de bonnes pratiques, délivré (ou non) dans les revues de référence.

2 Choix des revues et des numéros

Notre objectif était d'établir un état des lieux pertinent, sans ambition d'exhaustivité étant donné notre cadre temporel, de ce qui se disait et se dit aujourd'hui dans les revues de référence en orthophonie en France. Nous avons donc épluché les numéros de *Rééducation Orthophonique* depuis 1998 en prêtant une attention plus particulière aux numéros consacrés aux bilans et aux thématiques spécifiques telles que : L'éthique en orthophonie, L'éducation thérapeutique du patient...

L'analyse des articles sous format papier étant particulièrement fastidieuse, nous avons sélectionné les numéros incontournables et nous avons lancé en parallèle un appel assez large pour récupérer les numéros de *Rééducation Orthophonique* en version numérique pour faciliter nos recherches.

Nous avons ainsi épluché 46 exemplaires de 1998 à 2014, dont nous fournissons la liste en annexe 4.

De plus, nous avons procédé à une recherche en ligne sur le site de Glossa, deuxième source d'information de référence pour les orthophonistes françaises.

3 Démarche

3.1 Représentativité

L'objectif n'était pas de mener une démarche strictement quantitative et d'opérer une analyse statistique des occurrences, puisque nous avons concentré nos efforts sur l'analyse qualitative des discours des thérapeutes qui constitue le cœur de notre enquête. Nous étions plutôt en quête de représentativité, et nous nous demandions s'il était possible de voir se dégager des tendances.

Nous avons donc :

- ✓ d'une part, recherché de façon systématique les occurrences du terme anamnèse dans chaque numéro consulté :
- ✓ d'autre part, recensé les termes utilisés de façon alternative au terme d'anamnèse, pour parler de la même chose - à savoir, soit les éléments biographiques et médicaux du patient en eux-mêmes, c'est-à-dire les données ; soit le processus, temporellement circonscrit, au cours duquel ces données sont recueillies.
- ✓ procédé également au dénombrement des occurrences de ces synonymes.

L'annexe V présente sous forme de tableau les différents termes recensés et leurs occurrences.

3.2 Grille d'analyse qualitative : ce qu'il en est dit

Une fois ce travail de recensement effectué, nous avons cherché à faire une analyse qualitative de l'utilisation du terme « anamnèse » et de ses synonymes, tels que défini dans l'annexe VI.

Tout d'abord, nous nous sommes penchées sur l'identité des auteurs des articles contenant le terme recherché (orthophoniste, médecin, psychologue, pédiatre ?....) et sur la teneur de ce qui est écrit à ce sujet : l'anamnèse est-elle simplement citée, détaillée ou valorisée ?

Cette étape nous a permis de distinguer plusieurs catégories reposant sur la hiérarchisation de ce que nous avons choisi de nommer « le degré de formalisation », comme suit :

1. Le degré 0 de formalisation : l'anamnèse est évoquée dans l'article, on rappelle explicitement son importance dans la démarche de soin, mais on ne détaille pas ce qu'elle recouvre. Ainsi par exemple dans le *Rééducation Orthophonique* n°231 : « *L'anamnèse est primordiale, puis vient le choix des tests et leur administration.* » (Dei Cas, 2007)
2. Le degré 1 de formalisation : Il existe une tentative d'explicitation de ce que recouvre une anamnèse, notamment à travers l'établissement d'une liste d'éléments à passer en revue auprès du patient et/ou de son accompagnant.
3. Le degré 2 de formalisation : l'anamnèse vient directement s'inscrire au sein d'un dispositif d'évaluation standardisée et les données issues de l'anamnèse peuvent faire l'objet d'un étalonnage.

Chapitre IV

PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

En préambule, nous tenons à mentionner que nous avons fait le choix de féminiser nos propos dans cette partie de résultats et de discussion, notre population d'orthophonistes étant exclusivement féminine.

I Qu'entend-on par anamnèse ?

1 L'anamnèse dans la littérature : une norme professionnelle floue

1.1 Résultats généraux : représentativité et termes utilisés

1.1.1 Représentativité du traitement de l'anamnèse par les revues de référence

Sur les 46 numéros de *Rééducation Orthophonique* (RO) que nous avons sélectionnés, nous n'avons trouvé qu'un seul article intitulé « L'importance du premier entretien » issu du RO n°241 (Thibault, 2010). La recherche menée en ligne dans *Glossa* nous a révélé un article consacré à l'anamnèse chez les patients dyslexiques, datant de 1988 issu d'un mémoire en orthophonie (Bon, Castagne, Lauga, 1988).

Les résultats de la revue de presse révèlent le peu de traces qui existent dans la littérature, nous avons cherché les occurrences du terme anamnèse dans notre sélection de RO datant de mars 1998 à septembre 2014. Il en ressort un nombre d'occurrences faible : 106 ; à titre de comparaison, le terme « évaluation » apparaît 87 fois dans le RO 212 et le terme « test » 190 fois contre 23 pour « anamnèse » dans le même numéro.

Face à ce constat, nous avons poursuivi la recherche en utilisant des termes qui pouvaient recouvrir notre définition de l'anamnèse. Effectivement, la littérature fait apparaître un large panel de termes ou expressions pour parler du processus d'entretien inaugural visant à recueillir des éléments biographiques sur le patient, et/ou du résultat de cet entretien à savoir, les données recueillies. Nous nous proposons de dresser une liste non-exhaustive mais représentative des termes et expressions recueillis. Pour ce faire, nous avons élaboré le tableau 2 qui regroupe les termes par types de recherches :

Tableau 2 : relevé des termes faisant référence à l'anamnèse

Termes recherchés	Termes et expressions rencontrés dans les articles
Anamnèse	« anamnèse » « recueil d'anamnèse » « recueil de données d'anamnèse » « entretien d'anamnèse » « recueil d'éléments d'anamnèse »
Histoire	« histoire de vie » « histoire du patient » « histoire de la maladie » « histoire des troubles » « histoire langagière du patient » « histoire linguistique du patient » « histoire personnelle » « histoire de l'enfant » « histoire du père » « histoire »
Entretien	« entretien »

	« entretien initial » « entretien d'accompagnement et d'élucidation ».
Autres	« recueil de données » « recueil d'informations rétrospectives » « interrogatoire » « récit de vie » « étude biographique »

Ainsi, il apparaît dans la littérature que plusieurs termes et/ou expressions sont utilisés pour parler de tout ou partie de ce que recouvre l'anamnèse.

1.1.2 Evolution des usages des termes à travers le temps.

Un autre résultat de notre recherche est que nous observons une percée du terme d'« anamnèse » employé par les orthophonistes majoritairement dans les numéros récents. Le graphique ci-dessous issu des résultats figurant dans l'annexe V montre une apparition significative du terme dans la littérature à partir de 2002, date du décret ouvrant le champ de compétences des orthophonistes, dans la revue *Rééducation Orthophonique*.

Nombres d'occurrences du terme anamnèse dans la revue
Rééducation Orthophonique

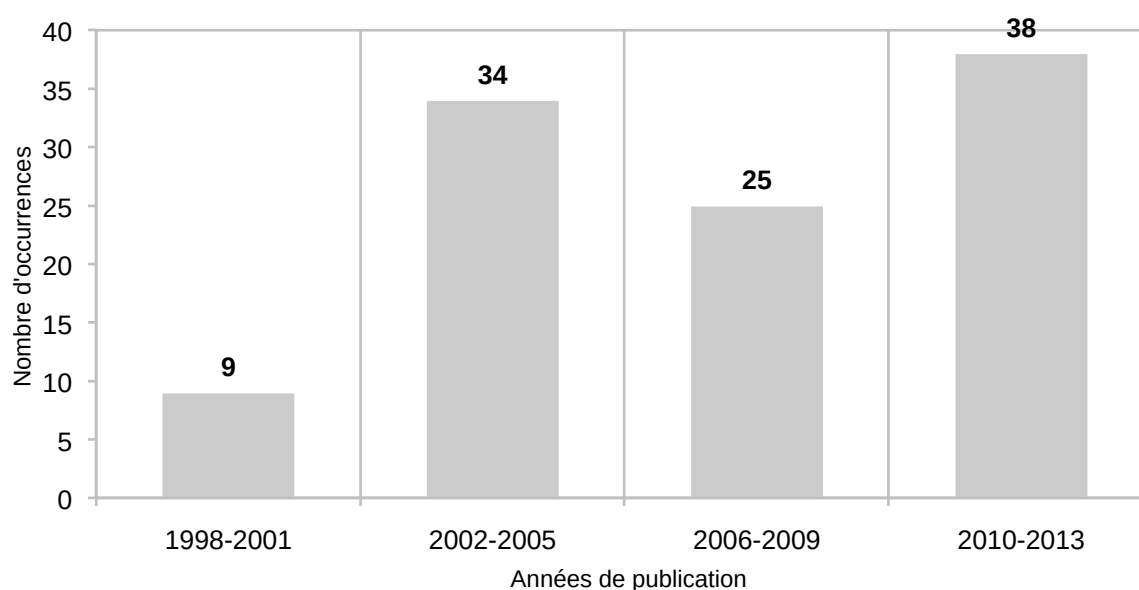


Figure 1 : occurrences du terme "anamnèse" dans *Rééducation Orthophonique*

1.1.3 Qui utilise ce(s) terme(s) ?

Dans cette revue de référence pour les professionnels orthophonistes, nous retrouvons une utilisation des termes recouvrant l'anamnèse telle que nous la traitons dans ce travail par des professionnels du monde médical, paramédical, mais aussi par des universitaires (docteur en sciences de l'éducation, enseignants de la formation initiale d'orthophonie etc.) ou cliniciens (psychologues, neuropsychologues etc.).

Dominique Crunelle, directeur de l'Institut d'Orthophonie de Lille, Docteur en Sciences de l'Education, évoque ainsi à titre d'exemple « *Les autres, ceux dont l'anamnèse ne comporte aucun élément particulier (...)* » (Crunelle, in RO 202, L'éducation précoce en orthophonie, p.3).

« L'entretien initial vise à recueillir des informations sur la nature du ou des déficits présentés, sur le début des troubles. Toutes les informations recueillies chez le patient doivent être confrontées aux renseignements obtenus lors de l'interrogatoire de l'entourage. Cet entretien permet non seulement d'émettre des hypothèses sur le fonctionnement mnésique du sujet, mais également de guider le choix des tests et des épreuves utilisés ultérieurement. » (in RO 201 : Véronique Bonnaud, psychologue, p.83)

« L'anamnèse. Elle permet de retracer l'histoire développementale de l'enfant dans laquelle s'inscrit l'histoire des troubles (date d'apparition, répercussions, ayant conduit à quels types de consultations...). Elle devra comporter des informations sur les antécédents personnels (médicaux et de troubles du langage) et familiaux (notamment de troubles des apprentissages). Des informations concernant le cursus scolaire seront également utiles (redoublements éventuels), de même que celles concernant les prises en charge passées et/ou actuelles. » (in RO 212 : Monique Touzin, orthophoniste, p.44-45)

1.2 L'anamnèse, une norme professionnelle en mouvement

1.2.1 Terme cité mais peu explicité, des zones de flou :

L'analyse des corpus d'articles révèle une diversité dans l'expression des pratiques de l'anamnèse et met donc en évidence l'absence de consensus existant quant à la forme que doit prendre l'entretien, à la manière dont il doit se dérouler, à sa durée. Nous donnons comme exemple significatif ces deux extraits issus du même numéro, le *Rééducation Orthophonique* n°231 :

« La technique du questionnaire fait évidemment partie de l'anamnèse (...) » (Monfort, p.81)

« Le premier rendez-vous est adapté à la situation décrite par les parents ou à la première impression laissée par ceux-ci. (...) l'orthophoniste peut, par exemple : choisir d'inviter les parents seuls au premier rendez-vous afin de partager avec eux dans une atmosphère détendue. Dans d'autres cas, il peut décider d'observer l'enfant dès le premier rendez-vous pendant le dialogue avec les parents, puis de le revoir par la suite, accompagné par ses parents, puis éventuellement sans ses parents afin de comparer, d'entrer plus directement en contact avec lui, d'évaluer son autonomie. Il peut aussi décider de réaliser le bilan de l'enfant dès le premier rendez-vous, suite à une première anamnèse plus concise qui sera complétée au fur et à mesure du temps de la prise en charge. Tout est envisageable (...) Ainsi le ton est donné : l'orthophoniste est un professionnel ouvert qui est à l'écoute, qui dialogue, qui explique et qui

s'adapte. »

(in RO 231, Antheunis, Ercolani-Bertrand, Roy, p.37)

Voilà qui donne un aperçu de ce que nous avons rencontré à grande échelle dans notre exploration. Non seulement il existe peu de traces au sujet de l'anamnèse dans la littérature mais nous nous sommes confrontés à une immensité de possibles à ce sujet.

En ce qui concerne le contenu de l'anamnèse, le fond, les questions qu'il convient de poser, les informations importantes que l'orthophoniste doit recueillir, nous nous retrouvons de nouveau face à des écrits qui soulèvent plus d'interrogations qu'ils ne donnent de réponses. En effet, il nous est apparu que les études de cas que certains professionnels partagent dans cette revue reflétaient assez bien le contenu attendu et recueilli par l'auteur de l'article. Ainsi, une fois de plus, nous faisons état de la variabilité de contenu que nous avons rencontrée et que nous ne pouvons attribuer aux seuls facteurs âge ou type de pathologie du patient. Toutefois, il semble admis que l'anamnèse soit implicitement connue de nous lecteurs et l'accent est explicitement mis sur l'importance et la nécessité d'une telle pratique. Nous prendrons pour exemple pour illustrer ce constat les extraits suivant qui compilent tout ce qui est dit de l'anamnèse dans un même article du RO 231 de Paula Dei Cas dont le résumé fait apparaître cette phrase prometteuse : *« L'anamnèse est primordiale, puis vient le choix des tests et leur administration. »*(p.129). A la lecture du corps du texte, nous trouvons dans son intégralité :

« Dans un premier temps nous allons utiliser nos propres ressources, ce que nous connaissons du développement et de la pathologie pour entrer en discussion et peu à peu élaborer l'anamnèse avec la famille et l'enfant. » (p.130)

« Dès l'anamnèse, nous sommes assez rapidement orientés sur les épreuves que nous allons utiliser. » (p.131)

« A partir de l'anamnèse, il m'arrive d'aider la famille et l'enfant à élaborer une plainte, cible principale de l'évaluation. Je choisirai les premières épreuves en fonction de la plainte, c'est pourquoi elle doit être précise. » (p.133)

« Lors de l'anamnèse déjà, les familles posent des questions, font des remarques telles que : « Je ne savais pas que l'âge de la marche avait un lien avec le langage ».... En clinicienne habituée aux lésions traumatiques, je demande systématiquement si l'enfant a fait des chutes et une mère m'a répondu un jour : « Il se blesse souvent à la tête, une fois il est même tombé dans les pommes, mais on n'est pas allé à l'hôpital, il s'est réveillé tout de suite... ». Au cours de l'enseignement aux futurs orthophonistes il ne faut cesser de répéter que l'information aux partenaires (la prévention primaire) est indispensable. Une fois l'anamnèse réalisée, le choix des épreuves est vaste (...). » (p.135-136)

Nous notons une fois encore que les dimensions personnelles et subjectives des choix qui orientent le temps d'anamnèse se révèlent au fil de la lecture de cet article représentatif.

Ainsi, à travers le temps, il semblerait que l'anamnèse corresponde à une norme professionnelle aux contours flous dont émerge une pratique de l'entretien à contenu

variable. La norme concernant l'anamnèse serait caractérisée par une marge de manœuvre importante laissée aux orthophonistes.

1.2.2 Une pratique dont la formalisation augmente.

Si nous venons de faire état d'une norme professionnelle suffisamment vague pour laisser aux professionnels certaines libertés, nos résultats rendent compte d'une dynamique nouvelle tendant vers une volonté de rendre quantifiable les données recueillies qui auparavant n'étaient qu'exclusivement qualitatives. Nous avons distingués deux types de formalisation : les tentatives d'explicitation de ce que recouvre l'anamnèse puis les utilisations du terme anamnèse comme mode de passation d'épreuves étalonnées. En effet, sur ce dernier point, les numéros plus récents présentent des extraits d'articles au sujet d'outils d'évaluations comprenant une partie « anamnèse » dans laquelle, les objectifs, attitudes à avoir, observations à faire, techniques de communication à maîtriser notamment sont détaillés, comme illustré par l'annexe V.

Pour exemple, M. Puech évoque, dans le RO 254 de juin 2013 consacré à l'évaluation vocale, un questionnaire d'auto-évaluation :

« Le questionnaire d'auto-évaluation du handicap est un outil permettant de faire un recueil standardisé et rapide d'informations données par le patient sous la forme d'un score. Son utilisation en pratique clinique complète l'anamnèse et la recherche sémiologique lors du premier bilan. » (Puech, p.145).

A. Osta détaille quant à lui, dans le même numéro, les fonctionnalités d'un logiciel d'évaluation clinique de la voix (ECVO) :

« La page renseignements » recueille les infos anamnestiques, le parcours personnel et médical du patient. Les références des enregistrements effectués sont notées, la relation clinique entre patient et thérapeute est préservée par la collaboration étroite nécessaire au renseignement des différentes rubriques d'ECVO [un logiciel] (...) La fiche de renseignement permet de synthétiser les éléments de l'anamnèse [illustration avec une capture d'écran de la fenêtre « récit du patient »], l'histoire de la maladie, les traitements et l'utilisation de la voix. »
(Osta, p.170-171)

1.2.3 Des éléments d'interprétation : pratique et rhétorique

Le croisement des écrits se rapportant à l'anamnèse rend visible sa présence dans la littérature professionnelle des orthophonistes. Si la norme qui la définit apparaît comme floue quant à son contenu et à sa forme, il n'en demeure pas moins que l'anamnèse est citée et existe comme pratique professionnelle. L'anamnèse vue des corpus porte en elle une importance implicite qui témoigne semble-t-il de l'intérêt qu'elle représente d'un point de vue clinique pour les professionnels.

Par ailleurs, l'évolution constatée de la mention de ce terme dans les articles que nous avons consultés dénote d'une évolution de la rhétorique concernant cette pratique. Plusieurs interprétations peuvent être avancées pour tenter d'expliquer la volonté de formalisation grandissante de l'anamnèse.

Tout d'abord, il apparaît que l'obtention d'une cinquième année d'étude et du grade master 2 amène la profession des orthophonistes à devoir unifier leurs pratiques. Ainsi, des pratiques qui jusque là bénéficiaient d'une grande diversité se voient contraintes à

rentrer dans le moule de la refonte de la formation initiale, arguments scientifiques à l'appui. Car il s'agit de territoire professionnel, de légitimité et de reconnaissance professionnelle qui poussent à la « scientification » d'un savoir-faire historique. Cette réflexion nous positionne sur le versant politique défendu par Ferrand (2004) et Becker (1963) dans la conquête d'une profession pour imposer ces normes, tâche au combien difficile lorsque la norme en question est approximative et relève avant tout d'une norme coutumière.

Un autre élément d'interprétation toujours en lien avec Ferrand et Becker concerne le volet économique régissant les pratiques professionnelles ; aussi pouvons-nous voir dans cette volonté de formaliser l'anamnèse, une volonté de rationalité et de standardisation de cette pratique avec une finalité déguisée d'efficacité.

2 L'anamnèse en pratique : une pratique qui évolue avec l'expérience

« Je pense que c'est très difficile de théoriser et de trouver des gens qu'en parlent mais... Parce que, parce que ça ne s'explique pas quelque part, et que en bilan à chaque fois c'est un cas unique quoi, c'est du, enfin c'est censé, c'est de la couture sur mesure... c'est... C'est pas du prêt à porter quoi. »
(Mme Alpha)

2.1 Evolution dans le temps des types de pratique de l'anamnèse

2.1.1 Une évolution systématique des pratiques des professionnels vers moins de formalisation

L'analyse des entretiens recueillis fait apparaître chez toutes les orthophonistes une évolution des pratiques liée à l'accumulation d'une expérience clinique. L'ensemble des enquêtées évoque un ressenti de changement dans leur pratique, y compris Mme Eta, notre plus jeune enquêtée, qui dit, à propos de sa façon de conduire l'entretien que « c'est de plus en plus naturel. »

Chez les orthophonistes plus expérimentées, on observe un mouvement général vers une attitude moins directive au cours de l'anamnèse, un formalisme décroissant.

Ainsi Mme Alpha abandonne-t-elle l'ordre des questions posées au patient, imposé par la liste de questions faisant office de trame d'anamnèse qu'elle avait sous les yeux lors du premier entretien au début de sa pratique, pour se diriger vers une conduite d'entretien moins directive :

« Alors j'avais une feuille avec des questions que j'ai fini par abandonner. Au début je les posais dans l'ordre, ensuite je ne les posais plus dans l'ordre, en essayant de suivre le fil de la pensée qu'on m'amenait, adulte ou enfant, et puis maintenant je fais ça. J'ai mes 6 pôles par lesquels je sais qu'il faut que je passe. »

Elle dit avoir évolué dans le type de questions posées, plutôt fermées au départ, plus ouvertes aujourd'hui même si une part de directivité peut subsister :

« Si je vois que ça sort et qu'il faut tirer les vers du nez, ben du coup je passe en pilotage un peu plus directif, où là du coup je vais poser mes questions. Mais du coup, en ayant une formulation toujours un peu large : "le gnagnagna comment

ça s'est passé ?", la propreté comment ça s'est passé, le quoi, l'entrée à l'école, comment est-ce qu'il dort, le sommeil ça se passe comment ? Et du coup avec des formulations...

Enfin au début je disais :

- Est-ce que ça se passe bien ?

- Ben oui.

Après faut pas s'étonner s'ils développent pas plus. »

(Mme Alpha)

L'évolution est similaire chez Mme Delta : des questions codifiées au départ, et un cheminement vers une pratique de l'entretien moins directive qui laisse la place à la parole du patient, tandis qu'elle conserve un ensemble de thèmes qu'elle souhaite aborder :

« Alors... le premier patient, quand je suis sortie de l'école, j'avais passé beaucoup de temps à codifier mes anamnèses quand j'avais préparé le classeur de bilan, en particulier. (...) c'était quelque chose de très cadré, j'avais vraiment une feuille, avec un ensemble de questions, des choses à ne pas oublier et si je fais le saut, rapidement vers le dernier patient, il me reste un faisceau de questions qui sont regroupées, qui sont ensemble, qui s'appellent les unes les autres et qui viennent vraiment de cette manière que j'ai eu de construire les choses au départ, mais mon entretien est beaucoup moins dirigé qu'au début. C'est-à-dire que j'ai une trame que je suis plus ou moins mais je crois que maintenant, les patients parlent plus qu'au début. C'est plus un entretien, c'est plus quelque chose de spontané, c'est moins un jeu de questions ouvertes. »

De même chez Mme Zêta, qui a abandonné sa liste de questions à poser, aujourd'hui l'anamnèse est « une discussion » :

« Au début j'avais quand même ma petite trame à côté de peur d'oublier des choses et puis maintenant, ben si j'en oublie... bah c'est à la séance d'après que je pose la question. (...) »

Mme Epsilon témoigne elle aussi d'une évolution de sa pratique de l'anamnèse, de la liste de questions à poser sous les yeux au départ, vers quelque chose de moins directif aujourd'hui.

« Je sais que quand je débute, fin quand j'ai eu le diplôme, je posais plus de questions très très précises. J'avais ma grille sous les yeux et je m'y tenais d'avantage mais euh... j'essaie que là maintenant, j'essaie de faire en sorte que ce ne soit pas un interrogatoire (...) »

Mme Gamma évoque aussi l'évolution d'une posture, en lien avec son expérience de parentalité :

« Plus d'empathie ouais ... depuis que je suis maman, plus d'empathie et plus de ... clairvoyance, au niveau de l'anamnèse. (...) Je suis moins rigide, tu vois, moins

dans le jugement qu'avant. (...) Au niveau de l'anamnèse ça a changé aussi mon approche et avec des mamans du coup le courant passe mieux. »

2.1.2 Typologie des entretiens chez nos enquêtées

Dans notre partie théorique, nous avons fait état des différents types d'entretien qu'il est possible de distinguer. Il n'a pas été aisé de faire rentrer dans ces cases nos résultats d'entretiens, car les pratiques ne sont pas clairement définies par nos enquêtées. Nous avons procédé par induction à partir de quelques indices, parfois maigres.

En regard de la théorie, nous proposons de dégager quatre tendances chez les orthophonistes :

- ✓ QDO : Questions Définies Ordonnées : des entretiens à questions plutôt fermées, dans un ordre défini par avance, se rapprochant du questionnaire standardisé, avec plus de souplesse
- ✓ QDNO : Questions Définies Non Ordonnées : des entretiens à questions plutôt ouvertes, ces questions restant relativement fixes et pouvant être posées dans l'ordre jugé pertinent par l'orthophoniste au moment de l'entretien ;
- ✓ TD : Thèmes Définis : des entretiens à thèmes définis par avance, avec des questions dont la formulation, le contenu, l'ordre est très variable (se rapprochant de l'entretien à réponses libres) ;
- ✓ TND : Thèmes Non Définis : des entretiens se rapprochant de l'entretien libre, dont les thèmes eux-mêmes ne sont pas définis par avance, l'orthophoniste construisant son entretien sur ce qui est apporté par le patient au moment de l'anamnèse, quelque soit son profil

Le graphique suivant fait apparaître des positions intermédiaires, correspondant à une analyse des discours où il nous était difficile de trancher d'une part, et relatant d'autre part des fluctuations dans les pratiques individuelles d'autre part – certaines anamnèses étant conduites sur des modalités plus ou moins directives selon la pathologie du patient, par exemple.

Evolution des types d'entretiens

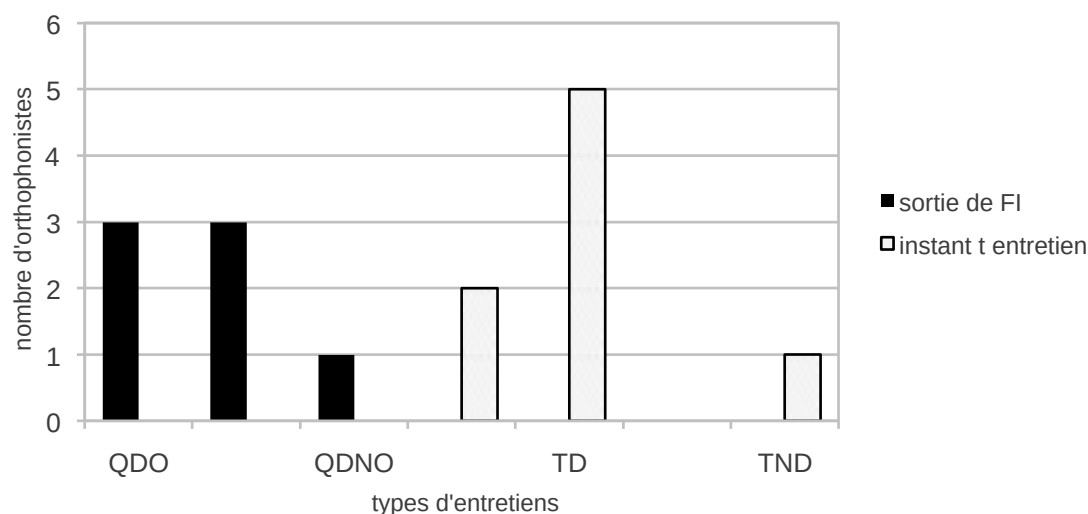


Figure 2 : évolution des types d'entretien avec le gain d'expérience professionnelle de l'orthophoniste

Ce graphique fait apparaître une évolution systématique du type d'entretien pratiqué lors de l'anamnèse chez l'ensemble des enquêtées entre le moment de sortie de formation initiale correspondant au début de leur activité professionnelle (sortie de FI, en noir) et le moment où nous les avons interrogées (instant t, en gris clair). Ce résultat met en évidence une tendance chez les orthophonistes à se dégager d'un formalisme pour aller vers une pratique moins codifiée, dans le fond comme dans la forme, avec le gain de l'expérience clinique.

2.2 Des éléments d'interprétation : pourquoi les pratiques évoluent

Pourquoi l'anamnèse tend-elle à devenir un processus de moins en moins standardisé ? Plusieurs éléments de réponses se dessinent, qui ne sont pas exclusifs les uns des autres.

2.2.1 Expérience et rodage d'une pratique

Les orthophonistes ont majoritairement le sentiment d'avoir été peu formées lors de leur formation initiale. Lorsqu'elles évoquent le début de leur carrière, elles ont le sentiment d'avoir eu peu d'éléments concrets sur la menée de l'entretien, la prise de notes, à l'exception de Mme Êta, citée plus haut.

Mme Epsilon nous confie cet étonnement, ce désarroi, même, face à cette absence de formation :

« 'Fin là... très honnêtement... non ou alors j'ai oublié mes cours mais euh... moi, j'me suis pas sentie formée dans la conduite d'un entretien... D'ailleurs, j'ai une amie qui est sociologue et justement qui s'interrogeait là-dessus et elle me dit "mais on vous a pas donné des techniques d'entretiens ?!" Bah non... Parce que je pense que les psys ont ce genre d'approche eux par contre dans leur pratique, alors dans leurs études je sais pas, mais il me semble que les psys sont un peu... sont formés différemment de nous. Alors on n'est pas psy certes, mais euh... »

récolter des informations ... ça s'improvise pas quoi ! Ça ... ça s'apprend quand même... et j'suis pas sûre d'avoir appris moi ! »

La trame d'anamnèse écrite apparaît donc comme une manière de se rassurer face à une technique très peu abordée en formation initiale : « *Mais ouais, non, on avait zéro bille. J'avais... cette trame, c'est comme ça que j'ai commencé, avec la trame que je vous ai donnée.* » (Mme Bêta)

Avec l'expérience, ce support écrit devient superflu : les thèmes à aborder sont mémorisés, le discours est rôdé, l'expérience permet de s'en détacher. Ainsi Mme Delta nous explique-t-elle : « *il me reste un faisceau de questions qui sont regroupées, qui sont ensemble, qui s'appellent les unes les autres et qui viennent vraiment de cette manière que j'ai eu de construire les choses au départ* ». C'est aussi le cas de Mme Alpha qui nous confie : « *du coup j'ai une grille d'évaluation dans ma tête (...) j'ai mes 6 pôles par lesquels je sais qu'il faut que je passe.* »

Les questions à poser sont progressivement intégrées et appropriées par les orthophonistes qui abandonnent la trame d'anamnèse, considérées comme un aide-mémoire dont elles n'ont plus besoin.

2.2.2 L'évolution des enjeux et du vécu de l'anamnèse : de l'inconfort au confort

Chez certaines enquêtées, la problématique de l'oubli d'informations importantes est présente : « *Je suis de plus en plus à l'aise de le faire sans, en fait, mais j'oublie des choses, c'est ça euh... pour moi le souci.* » (Mme Bêta). Mme Êta, lors d'anamnèses auprès de patients souffrant de pathologies et de symptômes avec lesquelles elle estime ne pas se sentir suffisamment à l'aise, effectue sa prise de notes manuscrites directement sur une feuille imprimée regroupant les éléments à ne pas oublier, afin, là aussi, de ne rien oublier. Cependant elle confie qu'elle se sent « mal à l'aise » avec cette pratique :

« Par exemple quand je prend des nouvelles pathologies je me fais souvent des grilles mais je suis pas très à l'aise. Comme pour le bégaiement je me suis fait en truc en relisant tous mes cours, et euh... Mais je suis pas à l'aise parce que je sais jamais où noter, enfin ça me convient pas trop. (...) Déjà je sais pas où noter ce que les parents me disent donc ça me gêne de chercher, de prendre sur ce temps-là parce que il faut plutôt noter en regardant les gens sinon ça fait un blanc... puis en plus... enfin bref. Mais je le fais quand même avant de les rencontrer parce que ça me permet de savoir tout ce que je dois savoir pour certaines pathologies particulières. »

La peur de l'oubli semble surtout prégnante dans les premiers temps de la pratique, et accompagne la décision de se servir d'une liste de questions écrite au cours de l'entretien anamnestique. Mme Gamma parle de cette crainte qui finit, selon elle, par céder (nous notons l'utilisation du on, reflet, semble-t-il, d'une évolution qu'elle considère représentative chez orthophonistes) :

« Je m'étais fait une anamnèse à moi parce que j'avais récupéré des idées d'anamnèses à droite à gauche et y'en avait aucune qui me correspondait vraiment ! Et du coup, je me suis... Des questions qui moi m'intéressaient je les ai refaites sur une feuille, que j'imprimais. Mais je crois que très très vite, je m'en suis plus servie... [...] A partir du moment où ça y'est on se fait confiance et on n'est plus comme ça [mime la peur] à chaque bilan (rire). Pendant quelques

mois, on est comme ça [mime à nouveau] à chaque bilan "Oh mon dieu ! Faut surtout pas que j'oublie et tout !" Et puis au bout d'un moment... on lâche et c'est comme ça qu'on oublie plus rien quoi... En général. Donc ouais p'têtre pendant... chais pas ouais allez... pendant 6, 6-7 mois l'anamnèse écrite et puis après, plus. »

La séance qui suit le premier entretien est mise à profit pour solliciter des informations qu'elle omettrait de recueillir :

« Pareil, la semaine d'après ça m'arrive très régulièrement de me dire "mais là, j'ai oublié de poser cette question, n'importe quoi" et de dire "Ah j'ai oublié de vous demander un truc hyper important la semaine dernière" et je redemande. Je me laisse en général, la séance d'après pour corriger ce que j'aurais oublié dans le feu de l'action (...) »

En outre, l'orthophoniste prend conscience, progressivement, qu'il ne sera pas forcément possible de recueillir toutes les infos au premier entretien, et l'accepte car elle se rend compte que l'enjeu n'est pas si crucial qu'il en a l'air : ainsi, Mme Zêta nous confie-t-elle par exemple *« Au début j'avais quand même ma petite trame à côté de peur d'oublier des choses et puis maintenant, ben si j'en oublie... bah c'est à la séance d'après que je pose la question. »* Mme Delta analyse cette peur de l'oubli comme une forme d'auto jugement :

« C'est un petit peu de l'ordre de l'auto-jugement au début, évidemment, c'est : Ah ! J'aurais dû demander ci puis j'aurais dû demander ça. Ah ! Et puis j'ai pas pensé à ça ! Mais avec l'expérience, si j'ai oublié de demander quelque chose, je le demande par la suite, je veux dire... je recueille ce que je peux recueillir au départ. »

Certaines orthophonistes se situent dans un cadre de pensée différent de la norme des orthophonistes françaises (comme nous le verrons dans le chapitre suivant). Mme Thêta, qui se réclame du courant Chassagny, pratique une clinique qui rompt avec une norme bio-psycho-sociale et se situe davantage dans un modèle psychique du symptôme. Chez elle aussi, l'évolution de la pratique de l'anamnèse est palpable : elle va dans le sens d'une meilleure compréhension de ce qui se joue au cours de ce processus, tandis qu'au début de sa pratique, elle nous confie avoir mené des entretiens sans avoir véritablement quels en étaient les enjeux et les objectifs : *« avant je mettais vraiment très longtemps avant de comprendre un tant soit peu la problématique... je naviguais même pas à vue quoi, dans le brouillard quoi, je comprenais rien quoi, mais bon, je faisais... »*. Aujourd'hui, elle assume sa position, et décrit sa démarche comme la quête d'un « fil à tirer » :

« Ça, avant, je cherchais je crois à comprendre. Maintenant je crois pas que je cherche à comprendre, je cherche un fil à tirer, c'est plutôt ça. C'est-à-dire y a une pelote en effet, complètement emmêlée, y a un sac de nœuds ça c'est sûr, je cherche pas nécessairement à le démêler, ni à savoir qui il vient d'où, de pourquoi de comment, je cherche juste à ce qu'on puisse bouger, sortir de ce truc où on est complètement coincé. Donc, un fil à tirer. Et j'assume que ça se passe sur la rencontre sur la rencontre subjective ici et maintenant telle qu'elle se passe c'est-à-dire que je cherche pas à recueillir... Y a des choses, je n'en sais

rien, et puis tant pis, s'ils l'ont pas dit, c'est que... enfin peu importe, il suffit que je trouve un fil à tirer qui leur convienne aussi parce que quelque fois moi j'entends des trucs qui me paraissent... voilà, mais eux visiblement ils n'y sont pas du tout donc je laisse de côté. »

Mme Alpha, qui est en formation auprès des ateliers Chassagny dans le module « Pédagogie Relationnelle du Langage », fait part d'une évolution depuis une situation où elle se sentait clairement démunie, vers une pratique où elle trouve progressivement ses marques :

« J'étais... J'allais dire un peu pitoyable au début. Enfin j'étais vraiment vraiment pas du tout à l'aise. Vraiment vraiment pas du tout du tout du tout. (...) J'ai mis beaucoup de temps à me trouver là-dedans... Et c'est la PRL qui m'a dit mais "attends le truc fourre-tout de place du patient machin, où t'as l'impression d'être une psy mais en fait t'es pas une psy, en fait tout ça ça peut s'organiser, ça peut se penser, surtout, et ça peut se discuter..." du coup ça m'a ouvert un cadre de pensée (...) »

2.2.3 L'installation d'un cadre favorable au discours

Souvent, la formalisation que représente le support écrit paraît être un obstacle à l'installation d'un cadre favorable au discours. Mme Zêta nous confie l'avoir assez vite abandonné, parce que cela ne lui convenait pas, et l'expérience ressentie à travers le retour positif reçu des patients, à l'origine d'une plus grande assurance dans sa posture professionnelle, l'encourage dans la voie d'un non formalisme qui prend l'allure d'une « discussion » :

« C'est vrai que j'avais ma grille mais c'était de la discussion, je sais pas comment... je pense avec... Je saurais pas dire... [...] Oui je pense, avec l'expérience, tu vois que tu bosses bien, que les gens sont contents. Je suis restée trois ans en collab, j'ai dû commencer déjà là-bas [à faire des anamnèses plus longues et moins directives], je sais pas je pense au bout d'un an. C'est vraiment avec la pratique aussi. »

Certaines orthophonistes ont conscience de cette entrave, mais éprouve une certaine difficulté à renoncer pour autant à cette enquête exhaustive. C'est ce que confie notamment Bêta pour qui s'attacher à ne pas orienter ses questions et ne pas rester centré sur sa liste de questions représente manifestement un effort conscient, inspirés par des lectures théoriques en lien avec son expérience de parentalité : « Bon, là, j'essaie de lire un peu des choses là même au niveau éducation, communication, depuis que j'ai un enfant et je fais attention à ne pas orienter mes questions », « J'essaie de rester dans des questions ouvertes et dans de l'écoute active », en même temps qu'elle nous dit « Voilà c'est aussi pour ça que des fois, je reste pas trop sur ma grille pour garder un peu de spontanéité mais je vérifie que j'ai bien tout ».

Pour Mme Êta également, qui est dans sa deuxième année d'exercice, l'orientation non directive ne va pas de soi et provient davantage de l'application de consignes normatives héritées de la formation initiale que d'un mouvement issu du savoir expérientiel et clinique :

« Je trouvais que [les cours de Mme X, enseignante à l'école de Lyon] étaient supers. Elle donnait un peu, voilà, quelle est la posture qu'on doit avoir. Moi ça m'a aidée ouais. Je pense. Enfin il y a une part après de naturel, est-ce qu'on est à l'aise ou pas avec les gens et tout, mais moi ça m'a aidé de savoir un peu l'importance, en tout cas que les parents pouvaient être angoissés par rapport à certaines choses, qu'il fallait faire quand même attention. Enfin on le sait mais des fois on peut être un peu bruts quand même, on se rend pas forcément compte... Moi ça m'aide d'avoir ces petites billes en tête ouais, parce que des fois j'aurais peut-être tendance à être trop brutale dans mes questions et elle elle nous reprenait (...) »

Pour Mme Epsilon, l'évolution vers la non directivité est passée par la prise de conscience que certaines choses sont « difficiles à dire » pour le patient et son accompagnant :

« Quand je ... débutais, 'fin quand j'ai eu le diplôme, je posais plus de questions très très précises. J'avais ma grille sous les yeux et je m'y tenais d'avantage mais euh... euh... j'essaie que... là maintenant, j'essaie de faire en sorte que ce ne soit pas un interrogatoire [...] C'est probablement qu'y a des... des choses qui sont pas encore acceptées et y'a des choses qui sont encore difficiles à dire. »

Cette prise de conscience s'est passée lors de son exercice dans une localité située en DROM, Départements et Régions d'Outremer - nous y reviendrons par la suite - où elle se rend compte que la grille de questions qu'elle suivait au cours de l'anamnèse rendait impossible la production d'un discours. Elle évoque une anamnèse conduite auprès de la mère d'un de ses jeunes patients :

« J'avais posé des questions sur la petite enfance, sur le développement, j'ai, j'ai rien eu donc euh... là j'me suis dit... 'fin ça m'a pas fait l'effet d'un électrochoc non plus, j'ai dû suivre ma grille pour les entretiens suivant pendant quelque temps et puis je me suis rendue compte que ça convenait pas ... du tout à la population, c'était... c'était limite, je pense, agressif, en fait, pour eux, que je leur pose toutes ces questions... moi je l'ai vécu comme ça. »

Le témoignage de Mme Gamma confirme la non-directivité, la souplesse de l'entretien comme conditions rendant possible l'émergence d'une parole non censurée chez le patient : « Je veux pas avoir cette trame hyper précise qui ... 'fin le truc un peu manichéen quoi : "alors, Nom ? Prénom ? Relation avec l'enfant ? gna gna gna"... Je laisse le truc aller et parfois les enf... euh les parents ont des trucs à raconter vraiment plus particuliers. ». Elle ajoute plus loin :

« Cette maman qui m'a avoué au bout de dix minutes, quand je lui ai dit "comment s'est passée la grossesse ?" Bla bla bla et puis elle m'a dit "Bah en fait euh... je me droguais pendant la grossesse" [... je me suis dit après coup que si j'avais pas été aussi euh... cool et... sans filet, elle m'aurait peut-être pas dit ça aussi rapidement et aussi naturellement. »

Ainsi, toutes les enquêtées ont évolué dans leur pratique de l'anamnèse, avec des formes, des organisations temporelles, des informations recueillies et des modalités de restitution qui leur sont propres, comme nous le verrons plus loin. L'anamnèse épouse les contours d'un positionnement clinique qui s'affine avec l'expérience et qui tend à s'adapter à la singularité de chaque patient. Par ailleurs, l'hétérogénéité interindividuelles rend compte de la pluralité des approches et courants de cette profession où les marges de manœuvre pour les orthophonistes sont donc importantes.

Paradoxalement, l'analyse du discours professionnel relayé par la littérature professionnelle fait émerger une tendance à formaliser le moment de l'anamnèse, tandis que nous constatons qu'une majorité d'orthophonistes tend à mettre à distance des grilles anamnestiques standardisées, progressivement perçues comme superflues d'une part, et qui semblent les entraver plus qu'elles ne les servent d'autre part.

II Les filtres opérant lors de l'anamnèse

L'anamnèse, moment initial du bilan orthophonique, est décrite par l'ensemble des orthophonistes interviewées comme une étape fondamentale de recueil d'informations. Les professionnelles cherchent toutes à recueillir par ce biais des informations qu'elles jugent importantes et pertinentes pour prendre la décision d'engager une rééducation et/ou de poser un diagnostic et/ou de recueillir des éléments qui serviront à l'orientation donnée à la prise en charge si elle a lieu.

Ce recueil d'informations est effectué au moyen de l'entretien semi-directif mais aussi de l'observation du patient et de son accompagnant le cas échéant.

1 L'anamnèse est personnalisée et comporte des invariants

Nous avons cherché à connaître quelles informations sont récoltées quel que soit le patient, et quelles sont les données qui sont jugées indispensables dans tous les cas.

L'analyse des discours recueillis fait état d'anamnèses différentes suivant les types de patients. Il apparaît une disparité sur ce qui est considéré comme des questions incontournables. Cette disparité renforce l'idée d'une maîtrise de l'information propre à chaque orthophoniste, qui possède un filtre l'amenant à considérer certaines données pertinentes, d'autres inutiles.

1.1 Le recueil d'information par une demande directe : l'enquête explicite et le dévoilement d'une identité professionnelle et personnelle.

1.1.1 Les questions posées dépendent du cadre théorique de l'orthophoniste

La teneur des questions posées dévoilent l'identité professionnelle de l'orthophoniste et expose le cadre de pensée dans laquelle elle va se situer et situer le patient (importance majoritairement accordée au neuropsychologique / biomédical, au psychoaffectif, à l'environnemental...). Pour rendre compte de ces différences nous rapportons les propos de Mme Bêta qui pose des questions faisant référence au modèle biomédicale tandis que Mme Êta rapporte qu'elle s'est laissée influencer par ces anciens collègues qui se rattachaient au courant Padovan, rendant compte de la perméabilité des modèles dont faisait part Laplantine :

« Alors dans ma pochette bégaiement, y'a des petits fly à remettre aux parents euh...y'a un article scientifique sur le bégaiement du jeune enfant, y'a ma liste de conseils aux parents. [...] Et ça c'est ma ... parce qu'en fait, elle vient d'une formation cette anamnèse donc j'ai repris l'anamnèse de la formation [...] Et euh... et du coup c'est des questions qui sont quand même plus en axe... Vous voyez, par exemple c'est écrit : "est-ce que la mise en place a été brutale ?" ça c'est mauvais pronostic. J'ai en même temps des petits rappels de ... choses. » (Mme Bêta)

« Au niveau du langage oral, ouais et puis en général mais surtout quand c'est des plus petits, bah la grossesse, l'accouchement, comment ça s'est passé. Au niveau de la vision et de l'audition... S'il a fait beaucoup d'otites, machin. La vision, si elle a été vérifié, ou juste par la PMI, ou par ailleurs, s'ils ont eue des petits doutes. Euh... Au niveau de la santé en général, est-ce qu'il y a eu des événements en particuliers à noter pendant la petite enfance. En général ils le disent quand même. Puis après, ouais, au niveau du développement psychomoteur j'essaye de savoir un petit peu au niveau de la motricité globale, la marche tout ça, est-ce qu'il a rampé ? Alors ça je le demande alors que je suis pas trop... Comme j'ai travaillé avec des collègues qui avaient fait Padovan et que c'était TRES-TRES-IMPORTANT alors je le demande, j'en fais pas grand-chose, mais je le demande en tout cas. Parce qu'après ça m'alerte un peu. (...) Ramper tout ça, au niveau de la motricité fine, s'il est plutôt maladroït. » (Mme Êta)

D'autres orthophonistes encore ne posent pas de questions spécifiques et il s'agit là aussi d'un choix, d'un positionnement théorique. Thêta explique son positionnement par référence à un modèle psycho-relationnel :

« Je lui pose pas des questions parce que je si je pose des questions j'induis déjà ne serait-ce que le lien que j'y mets. Si je lui dis à quel âge est-ce qu'il a marché ? Il suppose donc, bien légitimement, que je fais un lien entre l'âge de la marche et les problèmes pour lesquels il vient me consulter. »

«Y a beaucoup d'endroits, notamment dans les institutions, où y a un questionnaire anamnétique, et c'est une pratique très courante. Moi je suis résolument contre cette pratique parce que je trouve qu'on se prive de, euh, la ... l'énonciation du patient, disons, la hiérarchie qu'il va faire lui-même. Donc, question ouverte et je le laisse dérouler. » (Mme Thêta)

1.1.2 L'anamnèse « classique » et les données administratives

Une majorité des orthophonistes interviewées (sept sur les huit enquêtées) évoquent une anamnèse « classique » qui porte sur des données de l'histoire du patient en lien avec les antécédents médicaux, les antécédents familiaux, les données psychoaffectives, les relations du patient au sein de sa famille et en dehors d'elle et les représentations qu'a le patient et/ou son aidant de son trouble, de ce qui l'amène à consulter une orthophoniste. Nous retrouvons ici l'idée d'un contenu classique décrit par Mme Delta ou encore Mme Bêta :

« Voilà... après, il y a des classiques sur lesquels je reviens systématiquement : savoir comment ça s'est passé la petite enfance en particulier pour les enfants, la grossesse, l'accouchement, les premiers mots, la psychomotricité, ces choses-là, le graphisme, enfin bref, après c'est orienté en fonction de la plainte évidemment mais bon voilà, il y a le jeu de questions qui restent les mêmes systématiquement, qui sont les mêmes du début [de la pratique] jusqu'à maintenant » (Mme Delta)

« Logico-maths, je fais la classique aussi. » (Mme Bêta)

L'orthophoniste se différenciant quant au contenu des questions fait part toutefois de questions qu'elle a tendance à poser pour engager l'échange :

« Je pose souvent comme question quelque chose comme Mais ça a commencé quand ? y a longtemps, toujours ?... Parce que ça ouvre sur des liens avec... voilà, son histoire, quoi » (Mme Thêta)

Ainsi, quel que soit le contenu des questions faisant écho aux modèles de référence d'explication des origines de la maladie constaté dans le paragraphe précédent, il revient l'idée de l'existence de questions classiques propres à chaque orthophoniste.

D'autre part, toutes les orthophonistes sans exception font part de deux types de recueils de données effectuées systématiquement. Ce consensus porte sur les données administratives d'une part : coordonnées, modalités de paiement de la séance, ordonnances, identité du médecin prescripteur ; et sur la plainte, la demande, d'autre part : la personne à l'origine de la prise de rendez-vous, le motif de la consultation.

1.1.3 Les questions posées dépendent du patient

Les questions posées par chaque orthophoniste et les informations qu'elles s'efforcent de recueillir révèlent en outre une manière de penser la relation au patient : Quelle figure professionnelle l'orthophoniste veut-elle incarner ? Quelle connaissance l'orthophoniste a-t-elle de tel ou tel groupe social ? De telle expérience de vie ?...

Par son positionnement professionnel : son attitude, son langage, l'orthophoniste occupe un rôle d'expert plus ou moins marqué face au patient. Mme Bêta explique qu'elle feignait de comprendre certaines informations données par certains parents de patients avant de passer elle-même par l'expérience de la maternité et d'obtenir ainsi une connaissance experte du monde des nouveau-nés. Elle relate la manière de procéder qu'elle avait choisi pour faire « bonne figure d'experte » :

« Et avant d'avoir un enfant, honnêtement, les trois/quart des gens, ils me disaient des trucs que je ne comprenais pas. »

(Mme Bêta imite un dialogue) :

(Patient imaginaire) : "Oui alors là j'ai eu, une chais pas quoi, pour la toxo euh..."

(Mme Bêta répondant avec un air très sérieux) : "Hein ! d'accord ! d'accord !"

(A, S, Mme Bêta) : (rires)

(Mme Bêta) : Aucune idée de ce que c'est !!!

(patient imaginaire) : "et j'ai pris tel médicament !"

(Mme Bêta répondant avec un air sérieux) : "Oui bien sûr !"

(patient imaginaire) : "Vous voyez ?"

(Mme Bêta s'imitant) : "Oui Oui !! Bien sûr ! [rires] et j'écris en phonétique le nom du truc. Ca ça a beaucoup changé ! J'étais vraiment dans l'écoute active

mais je ne comprenais rien ! Les gens, ils racontaient leur vie et franchement, y'avait plein de choses là... Des fois, ils me disaient le nombre de semaines de grossesses, ça me parlait pas du tout. [...] ou là quand y'a des gens qui me disent : " Il a dit ses mots à 6 mois." "6 mois, vous êtes sûr ? Parce que, quand même, ça me paraît jeune ! " [rires] Alors qu'avant, je gobais tout ! Donc voilà, ce qui a changé dans ma pratique, c'est peut-être le fait d'avoir eu un enfant. »

Par ailleurs, nos résultats montrent que le positionnement professionnel évolue avec l'expérience et éclaire les processus d'interaction mis en jeu lors de l'anamnèse. Le filtre opérant pour savoir quelle information chercher, retenir et comment l'obtenir varie avec l'expérience.

Prenons l'expérience de la maternité qui marque un tournant dans les carrières de plusieurs orthophonistes interviewées comme vient d'en témoigner Mme Bêta. Plus tard, elle fera part d'une amélioration dans le relationnel avec les parents : *« Je pense que je suis plus empathique depuis que j'ai un enfant, j'suis vraiment dans le " Ah oui, mais ça c'est dur, quant ils font pas leur nuit ". Alors qu'avant, franchement, ça me parlait pas du tout »*. De la même manière, pour Mme Gamma, l'expérience de la parentalité modifie son vécu et son ressenti de l'anamnèse

« C'est vrai qu'au niveau de l'anamnèse ça a changé aussi mon approche et avec des mamans, du coup, le courant passe mieux. 'Fin... C'est fou parce que... j'étais pas moins compétente avant hein ! Quand j'avais pas d'enfant mais ... [A : Sur ce que tu renvoies ou...] Ouais. De la déculpabilisation... à fond ! »

Mme Gamma et Mme Êta font part d'une connivence apparue avec « les mamans » de part son expérience de la maternité, initiation qui les a fait appartenir au groupe « des mamans ». Ainsi, Mme Gamma lors de ses anamnèses se situent comme une orthophoniste, professionnelle compétente mais aussi comme une « maman » partageant la culture commune des parents. Cet exemple est intéressant puisqu'il montre que si les anamnèses de Mme Gamma se déroulent mieux avec les parents, c'est parce qu'elle a obtenu un savoir expérientiel.

Un autre exemple illustrant ce changement de point de vue par l'expérience est relaté par Mmes Epsilon et Zêta, ayant fait le choix de s'installer sur un territoire socialement défavorisé. Mme Zêta travaillait précédemment dans un quartier aisé tandis que Mme Epsilon venait de passer 6 ans dans les DROM.

« Parce que c'est un peu le thème au niveau du recueil d'informations aussi euh... ça ... 'fin... ça demande vraiment une adaptation... 'fin c'est ... ça coule pas de source quoi ! J pense qu'il faut plusieurs mois. Là à [Ville CSP-] d'ailleurs c'est le cas, parce que c'est quand même une autre culture. Je sais que cette année c'est une année de transition où je prends connaissance des gens, de leur manière de réagir aux questions qu'on peut leur poser, d'autres qu'il faut éviter. » (Mme Epsilon)

Ainsi, les questions posées et la qualité de l'interaction changent selon le degré d'asymétrie de la relation, du rapport aux normes sociales établies et des jugements émis. Pour illustration, Mme Gamma rapporte au sujet d'un patient adulte dont elle suit les enfants : *« Bon je crois que j'en ai même pas fait [d'anamnèse]. 'Fin j'ai pas noté en tout cas... J'ai dû lui poser des questions sur son niveau mais euh... j'ai rien noté. (...) je sais*

quelle genre de famille c'est et lui je lui ai vraiment posé des questions sur sa plainte, finalement. ». Tandis que Mme Bêta parle de feeling :

« Le docteur Jaddo a fait tout un article hyper intéressant sur cette première rencontre et aussi sur le feeling qu'on pouvait avoir, le ressenti qu'on avait au fond du ventre lors de la première rencontre... (...) euh... on induit des choses quoi et, en fait, une fois qu'on en prend conscience on se rend vraiment compte qu'on le fait... »

1.2 L'observation comme méthode de recueil d'informations : prise de données indirecte

L'orthophoniste, lors de la première rencontre avec le patient et son entourage (le parent souvent), considère de nombreux points - qu'elle ne consignera pas forcément par écrit - en lien avec le comportement, la relation à l'autre, l'estimation des ressources du milieu... de ce patient et de la personne qui l'accompagne.

« Je propose un jeu avec l'enfant, je demande si il préfère que papa ou maman soit là ou pas, et puis là rien que... en observant la réaction, déjà de l'enfant, celui qui dit... [imite l'enfant qui fait non de la tête] mais qui arrive pas à le dire et puis celui qui dit "Nan ! Maman en salle d'attente !", ok très bien, et puis et puis y a celui qui le pense mais qui n'arrive pas non plus à juste l'exprimer, et puis y a celui qui dit "Maman reste", et puis... et puis vous avez la réaction de la maman... un gamin de 5 ans qui dit "Nan maman elle va dans la salle d'attente" j'en ai plusieurs qui font "Oh ! Oh ben, ah elle est bonne celle-là !" /rires/ Elle est bonne hein, elle est très très bonne même !...» (Mme Alpha)

L'orthophoniste ignore ce qui lui semble insignifiant, et à l'inverse observe ce qui lui semble utile, pertinent, ce qui fait sens pour elle, ce qui retient son attention, en fonction d'un filtre qui lui est propre et qui correspond au cadre théorique dans lequel elle s'inscrit, à son système de pensées, de représentations et aux normes auxquelles elle se réfère. Nous retrouvons cet aspect chez toutes les orthophonistes rencontrées. Ce processus éminemment subjectif semble difficile à expliciter mais relève d'une démarche d'induction. Prenons pour exemple ce qui a fait tirer la conclusion qu'une mère était fusionnelle à Mme Epsilon :

« J'ai eu l'info que la maman était très fusionnelle avec lui parce que je l'ai observée avec lui... Parce qu'elle a commencé à lui donner un yaourt dans la salle d'attente alors qu'on a de la moquette... (rire) ... J'suis sortie, j'ai vu ça j'ai fait "Han ! Ah non ! Non, non, vous lui donnez pas le yaourt là ! ". Et en fait, ça réaction, ça a été de dire " ah bah la prochaine fois je lui donnerais pas (...)Non pas de yaourt dans la salle d'attente. Et d'ailleurs, il a pas fait de crises...il aurait pu faire une crise quand on lui a enlevé le yaourt mais bon... ça c'est bien passé. Après, ils sont rentrés dans le bureau, et après j'ai fini par demander comment ça se passe ».

Une autre illustration de l'induction est donné par Mme Zêta : « Quand on pose des questions, par exemple, et qu'ils savent pas répondre, ils peuvent être hyper gênés, à

quel âge il a marché, ah je sais plus... Après moi ça me donne un indice aussi sur... Ptêt que les parents ils sont complètement débordés, et tout ».

De la même manière nous retrouvons ce résultat dans la revue de presse comme l'illustre les propos de Suzanne Borel Maissonny repris en 2007 dans le Rééducation Orthophonique n°232 :

« Un enfant nous est envoyé, sa mère nous le présente. Parfois le père, parfois une grand-mère, parfois plus de famille encore l'accompagne. Il a attendu un peu dans le salon. De cette pièce au bureau où je le reçois avec ceux qui ont décidé d'être là, le « sujet » a déjà montré beaucoup de lui-même à travers ces quinze pas, entouré des siens. J'écoute soigneusement ce qui m'est dit en notant hâtivement un mot, une date, par crainte d'oubli ou de confusion. J'écoute de mon mieux, les gens en ont tellement besoin ! et j'observe les réactions du « sujet » et des autres. »

(Suzanne Borel Maissonny in RO 232, p.16)

2 Les obstacles à la maîtrise de l'information

Nous posons l'hypothèse d'un certain déterminisme social. Les orthophonistes semblent en difficulté pour recueillir des données lorsque le patient (et/ou ses proches) s'éloignent trop des groupes sociaux dont ils sont issus. Cette hypothèse nous est apparue pertinente après avoir demandé à chaque professionnel de nous décrire sa patientèle et avoir par conséquent recueilli un discours imprégné des représentations qu'ont les orthophonistes de leurs patients.

2.1 L'influence des paramètres : âge, sexe, race, catégorie sociale de l'interlocuteur

Une majorité d'orthophonistes nous confient qu'elles se sont senties en difficulté lors de certaines anamnèses bien spécifiques. Si les interactions jugées problématiques diffèrent d'une orthophoniste à l'autre, elles ont en commun de mettre en scène des patients dont le profil s'éloigne radicalement de celui de l'orthophoniste par un ou plusieurs paramètres.

2.1.1 Le cas des patients adultes : le critère âge

Spontanément, les orthophonistes ont évoqué le cas d'anamnèses conduites avec un enfant et son parent, y compris les professionnelles qui avaient une majorité de leur patientèle composée d'adultes, ce qui a suscité un étonnement de notre part.

De plus, plusieurs interviewées nous ont rapporté avoir des difficultés ou embarras face à leur patients adultes comme le résume Mme Gamma : « *Je suis pas super top en anamnèse adulte je crois. Pas très à l'aise* ».

Une explication plausible de ce « malaise » ressenti face à l'adulte pourrait être le critère « âge », inversant quelque peu les rapports de domination. Mme Bêta rapporte qu'elle est plus à l'aise pour jouer son rôle d'experte face à un enfant :

« Déjà c'est plus stressant pour moi. [...] Quand je reçois pour de la voix, une adulte, c'est pareil, je suis un peu plus stressée. Je saurais pas, j'ai pas analysé pourquoi, euh... mais voilà. Je fais encore plus attention que tout soit prêt parce qu'ils se rendent plus compte si on n'est pas prêt ou si on regarde dans nos

petites fiches les trucs donc euh ... C'est vrai que pour ça, je fais un peu plus attention. Ouais c'est ça les différences, pour moi. »

Une autre explication pourrait être que le modèle du métier concernant le fait « anamnèse » ferait référence à la rencontre d'un enfant-patient et de ses parents. Cette analyse rendrait compte du caractère systématique des réponses. Ainsi, alors que nous demandons aux orthophonistes de nous parler du déroulement de leurs anamnèses, le schème de représentation activé est celui du premier entretien dans le cas d'un enfant venant avec ses parents.

2.1.2 Une autre culture : critères de race

Il émerge des entretiens des situations d'échecs de recueil d'informations liées aux incompréhensions réciproques patients-orthophonistes. Nous illustrons cette partie avec le cas d'une orthophoniste ne sachant plus comment formuler sa demande pour obtenir des informations. Au cours de son exercice dans l'un des DROM (Domaines et Régions d'Outre-mer), l'orthophoniste Mme Epsilon rend compte de sa difficulté face à des patients qui ne pouvaient pas répondre à ses questions et ne comprenaient même pas pourquoi elle les posait ; une incompréhension réciproque qui l'a menée à reconsidérer sa pratique :

« J'suis allée travailler à [DROM], euh... la première fois que j'ai dû poser mes questions, euh... à une maman... alors c'était une maman [de culture locale], j'm'en rappelle très bien (rire) ... Là, j'ai pas compris ce qui se passait ! Ouais, la maman elle venait depuis un an, parce que je reprenais une patientèle en plus donc c'était pas un bilan initial et euh... elle était incapable de me dire ce que faisait son enfant avec l'orthophoniste, pourquoi il fallait venir ... 'fin j'avais rien quoi ! J'avais posé des questions sur la petite enfance, sur le développement, j'ai rien eu donc euh... là j'me suis dit... 'fin ça m'a pas fait l'effet d'un électrochoc non plus, j'ai dû suivre ma grille pour les entretiens suivant pendant quelque temps et puis je me suis rendue compte que ça convenait pas ... du tout à la population, c'était... c'était limite, je pense, agressif, en fait, pour eux, que je leur pose toutes ces questions... moi je l'ai vécu comme ça.[...] Ouais, ça les met dans une situation où tu les interrogés. Y'a ... vraiment, y'a une très forte inhibition... 'fin déjà le fait de se retrouver dans le bureau d'un professionnel euh... c'est très coûteux quoi... Après y'a des différences culturelles aussi donc euh...ça a ... après par contre, je travaillais pas de la même façon à la fin, parce que je suis restée 6 ans à [DROM] donc mes anamnèses se déroulaient euh... beaucoup mieux mais... parce que moi je me suis adaptée, j pense. J pense que moi je me suis adaptée et du coup, la personne en face aussi euh... trouvait une part...'fin...y'avait un échange. Alors qu'au début c'était pas un échange, c'était moi professionnelle qui posait des questions et puis c'était déroutant pour moi aussi de pas avoir les réponses j pense... et puis du coup, la personne... devait se dire "bah je sais pas"... 'fin oui, ça l'a renvoyait à une situation ... (...) ça les met dans une situation où ils doivent savoir en fait. »

2.1.3 Les pères CSP+++ : critères de sexe et catégorie sociale

D'autres situation de mise en difficulté pour obtenir les informations voulues se retrouvent dans le cas où l'orthophoniste se sent ébranlée dans son rôle, et se vit en position d'infériorité – dans ce que l'on peut qualifier de misère de position, pour reprendre la terminologie bourdieusienne évoquée précédemment. Mme Bêta relate son malaise face aux pères de catégorie socioprofessionnelle très favorisée qui accompagnent leurs enfants et lui font perdre ses moyens, inversant le rapport de domination au bénéfice du patient.

« Déjà, recevoir un père, je sais pas pourquoi ça mais recevoir un père plutôt qu'une mère déjà, ça me stresse plus. Je ne saurais pas expliquer pourquoi mais c'est comme ça, c'est plus rare qu'on en reçoive donc. Honnêtement, je suis vraiment dans mes petits souliers quand je reçois un père euh. Surtout que moi, j'ai que un public, que des directeurs de ci de ça, excell... très bon milieu socioculturel avec des gens qui vont poser dix mille questions : (en accélérant le débit) " Mais qu'est-ce qui se passe au niveau du cerveau ? ... " (souffle) donc euh voilà ! Et quand c'est un père, souvent, encore plus donc j'avoue que "père", c'est un peu plus difficile. » (Mme Bêta)

2.2 L'autonomie des patients dans leur communication en question

Des cas de patients qui n'ont pas l'autonomie nécessaire pour répondre eux-mêmes aux questions qui les concernent nous ont été rapportés, c'est alors l'accompagnant qui est quasi seul interlocuteur.

2.2.1 Le handicap

Dans le cas de patients en neurologie adulte des suites de lésions cérébrales ou de neuro-dégénérescence, Mme Delta rapporte qu'elle se rend à l'hôpital suite à une demande de l'équipe médicale ainsi, elle raconte son inconfort avant d'entrer dans la chambre du patient avec lequel elle n'a eu aucun contact avant :

« Quand j'arrive à l'hôpital des fois y'a quelqu'un de disponible pour me donner des infos sur le dossier, des fois, y'a personne de disponible donc euh... quand y'a quelqu'un de disponible, j'en profite pour avoir un maximum d'informations avant d'aller voir le patient pour savoir à peu près, pareil, à quoi je peux m'attendre parce que c'est des gens que j'ai jamais rencontrés, c'est quand même sympa de savoir à peu près si c'est plutôt un accident vasculaire antérieur ou postérieur et s'il y'a un syndrome démentiel associé ou pas... ça aide à s'ajuster quand même. [...] C'est vrai que si il faut vraiment hiérarchiser c'est quand même plus pratique de pouvoir, plus confortable pour moi de pouvoir voir quelqu'un avant la consultation. » (Mme Delta)

De la même manière, Mme Êta explique comment elle préfère s'entretenir seule avec les parents avant de recevoir ses patients-enfants autistes :

« Par exemple là je me lance un peu dans l'autisme cette année, 'fin même beaucoup d'ailleurs, et là je récupère des enfants un peu lourds d'une, d'une dame. Fin voilà, je reçois les parents uniquement pour savoir un peu à quoi m'attendre quoi, pendant une heure, on discute sur la prise en charge parce qu'il

y a plein de choses à dire quoi, ils sont suivis depuis longtemps, multi suivis, machin, donc j'ai besoin de plus quoi. » (Mme Êta)

« Alors là avec ces enfants-là particulièrement c'est parce que les enfants ont déjà des troubles du comportement important donc je pourrais pas parler... 'fin la qualité de la discussion avec les parents serait pas du tout la même si l'enfant était à côté, voire serait quasiment nulle quoi parce qu'on est obligé de se centrer sur lui, premièrement. Et deuxièmement j'attends de voir comment... 'fin les parents me racontent... avant de voir l'enfant ça me permet de le connaître, de l'appréhender, de savoir euh... « bon ben lui faut se méfier parce qu'il met tout en bouche, d'accord d'accord », « lui faut se méfier parce il fait tout tomber », « lui voilà comment l'appréhender... », les parents le connaissent super bien. » (Mme Êta)

2.2.2 « On ne parle pas la même langue » : les parents qui ne parlent pas français

A l'inverse des cas précédent, quand le parent ne parle pas français, c'est le patient, parfois très jeune, qui peut se faire interprète d'une question qui ne lui est pas posée directement. Dans de rares cas, l'anamnèse ne peut pas être menée :

« - Pour les anamnèses du coup, comment vous faites dans ces cas-là, pour des mamans comme ça [qui ne parlent pas français] par exemple ?

Mme Alpha : c'est une très bonne question [rires] je vous remercie de l'avoir posée ! Ben ça m'arrive de faire sans.

- Sans l'anamnèse ? ou sans ... ?

Mme Alpha : Sans l'anamnèse. Souvent y quand même un des deux parents qui parlent à peu près bien, et souvent pour le premier rendez-vous ils arrivent avec quelqu'un de la famille qui parle un peu, ou le voisin ou quoi, juste pour savoir. Ils savent pas qu'on va poser plein de questions et qu'on va retracer l'histoire de l'enfant, mais pour savoir, pour comprendre ce qui va se passer eux ils ont besoin de quelqu'un, et en général j'en profite pour mener la discussion sur l'anamnèse. Mais c'est... Là on est confronté... Des fois c'est la grande sœur qui fait l'anamnèse de la petite parce qu'elle fait traductrice, et puis des fois c'est l'enfant lui-même, qui traduit l'accouchement difficile, sa maman le dit en turc, puis c'est lui qui me raconte... » (Mme Alpha)

Comme nous venons de le voir, dans une situation d'anamnèse archétypale (enfant-parent), l'orthophoniste mène l'entretien et maîtrise la circulation de l'information entre les parents, le patient-enfant et elle-même.

Néanmoins, il arrive que le recueil de l'information se fasse plus problématique. Lorsque la configuration enfant-parent se présente hors-norme, que l'orthophoniste se trouve en interaction avec un patient-adulte atteint dans sa communication, des parents ne maîtrisant pas le français, la recherche d'information passera par une tierce personne.

Nous avons observé qu'il existait des conflits d'intérêts entre des groupes sociaux de patients plus ou moins éloignés des groupes sociaux des orthophonistes professionnelles. Ainsi, les professionnelles se retrouvent en difficultés dans la maîtrise des échanges. Les

paramètres du sexe, race, âge et catégorie socioculturelle sont pertinents pour identifier les groupes sociaux caractérisés comme éloignés du groupe social de l'orthophoniste.

Par ailleurs, nous avons observé qu'au cours d'une carrière, des variables comme l'expérience de la parentalité, l'âge, les choix personnels et professionnels façonnent l'identité des orthophonistes et déterminent les groupes sociaux auxquels elles se réfèrent ; ces éléments viennent modifier leurs représentations et, par conséquent, les paramètres des interactions avec leurs patients.

En conclusion, nous relevons l'émergence d'une norme de l'anamnèse comme un temps d'entretien entre un ou des parents accompagnant leur enfant, sachant s'entretenir en langue française, ayant les moyens de comprendre, de répondre et la volonté conjointe d'interagir aux questions ciblées par l'orthophoniste.

III L'anamnèse et l'imposition d'un cadre

1 Anamnèse et place de l'usager

1.1 De l'anamnèse et de la démocratisation sanitaire ?

1.1.1 L'éducation thérapeutique

La dynamique de soin actuelle se propose de donner plus de pouvoir aux patients. Nos recherches témoignent de cet élan qui peut se manifester sous divers modes.

L'une des expressions récentes se revendiquant de la démocratisation sanitaire en orthophonie se nomme l'éducation thérapeutique, terme rencontré dans les numéros récents de *Rééducation Orthophonique* dont un numéro, le 259, qui lui est consacré. Pour résumer cette notion, nous proposons à la lecture le résumé d'un article de Claire Marchand (2014) se proposant de nous éclairer sur les principes et intérêts de l'éducation thérapeutique :

« L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est devenue incontournable dans la prise en charge de patients atteints de maladie et/ou de troubles chroniques. Elle est intégrée dans les politiques de santé. Les orthophonistes font partie de l'équipe pluridisciplinaire impliquée dans des programmes d'ETP. Fondée sur des valeurs humanistes, l'ETP transforme la relation soignant-patient. Il s'agit de permettre au patient d'acquérir des compétences lui permettant de prendre ses propres décisions. La démarche d'ETP comprend plusieurs étapes : diagnostic éducatif, contrat, séances d'éducation et évaluation pédagogique. Elle concerne le patient et son entourage. Des recommandations ont été rédigées par la HAS. Au-delà d'une efficacité déjà démontrée, l'ETP présente des intérêts pour le patient et son entourage, mais aussi les professionnels qui la mettent en œuvre et d'un point de vue économique. »

Si dans cet extrait l'anamnèse n'apparaît pas en première lecture, nous relevons que l'éducation thérapeutique se laisse porter par la vague d'anciennes valeurs en santé : humanisme, transformation de la relation soignant-soigné, volonté de rendre le patient véritable acteur du soin... orchestrées par les professionnels orthophonistes, soumis à des lois, des recommandations de bonnes pratiques, sous la forme d'un protocole

pédagogique, sous-tendu par des impératifs et des intérêts économiques. Émerge donc de la littérature une nouvelle sorte de relation soignant-soigné : une relation « pédagogique ». Restent en suspend quelques questions : qui décide réellement du diagnostic éducatif ? Qui élabore le contrat ? Qui décide des priorités, du contenu des séances, de l'évaluation de celles-ci ?

Si l'asymétrie dans les rapports soignants-soignés semble demeurer bien qu'elles prennent d'autres formes, nous avons constaté une volonté des professionnels d'associer leur patient aux soins.

1.1.2 La notion de collaboration avec le patient et/ou avec ses proches :

Si nous retrouvons ces notions dans la littérature plus récente, les orthophonistes interviewées nous ont fait part de diverses manières d'associer leurs patients à certaines décisions. Mme Delta nous parle du compte-rendu de bilan :

« Du coup et il m'arrive aussi de proposer aux parents de ... d'enlever certains éléments, voire d'écrire une note spécifique pour l'école en fonction. Enfin si l'école a besoin, je donne des points que je juge important pour l'école mais voilà, je dis aux parents que s'ils souhaitent que j'enlève par exemple tous les éléments de l'anamnèse, je le fais. »

Mme Thêta, quant à elle, expose sa vision du bilan, dans la co-construction : « *La visée du bilan est de décider ensemble si oui ou non on engage des séances* » ; « *on discute ensemble, on co-construit le diagnostic ensemble, et puis, et puis on co-construit ensemble comment on va faire bouger ça.* »

D'autres orthophonistes ont pu évoquer la notion de contrat de départ. Ainsi Mme Alpha nous confie-t-elle, au sujet du premier entretien : « *ça me demande beaucoup d'énergie et c'est fondateur et je sais que ça va être fondateur pour tout le reste* ». Il revient régulièrement cette idée d'avoir quelque chose à faire ensemble, de partage, d'engagement. Un des enjeux de l'anamnèse est d'établir les fondements du traitement à venir à travers la qualité de la relation tissée et du partage d'intérêts communs, ce que résume Mme Thêta de la manière suivante : « *On construit ensemble, on se rencontre et puis euh ça... Y'a quelque chose qui nous réunit pour travailler ensemble ou pas. Pas seulement l'affinité mais le.. la matière quoi. Voilà* ».

Mme Epsilon relate comment un contrat mal établi a entravé la rééducation avec un patient : « *Ca m'est arrivé récemment et en fait, pendant 10-15 séances, j'arrivais à rien avec l'enfant et je pense que le contrat de départ n'était pas rempli : y'avait pas une plainte...* ».

1.2 Relation thérapeutique : conditions idéale de production du discours

Nous retrouvons dans tous les discours recueillis cette volonté de mettre le patient en confiance. L'orthophoniste va ainsi tenter de créer les conditions les plus propices à l'obtention d'un discours riche en informations, en profondeur de la part du patient. Pour illustrer cette recherche des conditions idéales, nous mettrons en avant quelques réponses faites à la question indirecte « Utilisez-vous la vidéo ou enregistrez-vous l'anamnèse ? ».

« Est-ce que tu enregistres des fois ou est-ce que tu prends des vidéos quand tu fais tes premiers entretiens ? »

-Nan, pas les premiers entretiens, non non pas du tout l'anamnèse. (...) Filmer l'anamnèse ? Je sais pas... Bah je crois que j'aurais peur que le parent ne me raconte pas... 'fin se lâche pas comme il le fait, avec naturel quoi. Moi en tout cas, si tu me filmais lors d'un entretien euh... j'aurais les miquettes et j'essaierais de te dire les choses qu'il faut bien dire. Je te dirais pas la vérité je crois, tu vois (rire) " Oui, non, mon enfant ne regarde absolument pas la télévision ! Il n'aime pas ça. Il est allergique à la télévision (rire) » (Mme Gamma)

« Pour l'anamnèse non, parce que je vois pas l'intérêt. J'ai pas vu l'intérêt pour l'instant. Je prends mes notes, c'est suffisant. Je trouve que ça peut être impressionnant pour les parents. Quand même. Ou jugeant : 'fin, c'est-à-dire, on garde la trace de ce que j'ai dit, peut-être que... C'est dur l'entretien, de faire en sorte que les parents ne se sentent pas jugés. (...) voilà, faut avoir nos informations, mais que le parent ne se sente pas jugé, pris en défaut, ou... Et ou de filmer ou d'enregistrer je pense, ça serait pas mon truc... » (Mme Zêta)

La manière dont les orthophonistes justifient le fait qu'elles n'utilisent pas de film durant l'anamnèse montre, en creux, certains enjeux de ce moment : l'accès pour le patient et son aidant à un « parler vrai », une parole spontanée qui ne laisse pas d'autre trace que les notes prises par l'orthophoniste au cours de l'entretien.

1.3 Le bon patient

« Qui sont vos patients ? » a été l'une des premières questions posée lors des entretiens.

Nous souhaitons rendre compte dans cette partie des jugements émis à l'encontre des patients, des rationalités mobilisées par les professionnelles, des conflits et partages d'intérêts, des rôles de chacun et spécialement le rôle attendu de « bon patient » pour le soigné. L'orthophoniste a la nécessité de recueillir des données et nous constatons qu'il existe des écarts d'un patient à l'autre dans les manières de procéder mais de quel type ? Comment la professionnelle légitime-t-elle sa manière de faire ?

« C'est du coup aussi des populations qui sont pas faciles parce qu'elles sont très souvent dans la défensive, sachant que je dis ça mais je fais partie, enfin je peux être très bien sur la défensive aussi, en me disant, en voyant ben premier rendez-vous annulé, après y a trente minutes de retard, ah bah non j'ai pas la carte vitale, bah la CMU ben j'ai oublié l'ordonnance à la maison... (soupirs) Mais là c'est des considérations qu'il faut savoir laisser dans une case sociale et pas dans une case linguistique de bilinguisme. Une des problématiques du coin aussi c'est que les gens vivent beaucoup en autarcie, en communauté, et j'ai des mamans qui sont là depuis 7 ou 10 ans et c'est toujours compliqué pour prendre un rendez-vous. Les jours de la semaine je suis obligée de leur montrer, le jour, la date, l'heure, mais elles ont pas encore les éléments de français pour prendre un rendez-vous, donc là ça pose aussi un peu question sur "T'as envie de t'intégrer ou t'as pas envie de t'intégrer ?". Enfin c'est très très questionnant sur ça. Donc c'est une population socialement assez défavorisée, avec en plus, mêlée à une question de bilinguisme dont on, que du coup je sépare pas. » (Mme Alpha)

Dans cet exemple, Mme Alpha décrit une population de « mauvais patients », nous pourrions ainsi établir le « profil » qu'aurait le « bon patient » pour Mme Alpha : patient qui vient à son rendez-vous, ou s'il ne peut pas venir, qui prévient, qui vient avec un mode de paiement, son ordonnance, sa carte vitale et un patient qui parle français ou doit en avoir l'intention. De la même manière chaque professionnelle rencontrée a sa représentation du « bon patient », représentation plus ou moins variées et/ou éloignées.

Nos résultats montrent qu'il existe des pratiques divergentes sur la place donnée à l'avis du patient et/ou de son entourage. Mais d'une manière générale, le « bon patient » ou l'individu qui veut « devenir patient » doit savoir pourquoi il vient.

L'orthophoniste se retrouve face à des patients « envoyés chez l'orthophoniste » par l'enseignant, le médecin scolaire, le médecin traitant. Elle cherche à savoir si le patient et/ou son accompagnant a une demande qui lui est propre. Le cas de Mme Zêta illustre bien sa surprise quant à l'ignorance du patient de sa pathologie :

« (...) parfois les parents n'ont pas de plainte, je le mets ça toujours [dans le compte-rendu], M. et Mme Machin n'ont pas de plainte, ils viennent sur la demande de l'école, c'est assez révélateur aussi pour le médecin de voir... Parce qu'on trouve des trucs hyper pathologiques et de voir que finalement les parents ils s'étaient pas rendus compte ou... (...) » (Mme Zêta)

2 Anamnèse et imposition d'un cadre thérapeutique

Les orthophonistes ont toutes en commun de poser, et d'imposer, au cours de l'anamnèse, un cadre thérapeutique. Nous nous proposons de recenser les types de cadres émergeant de notre analyse.

2.1 Cadre institutionnel et culturel

En France, pour obtenir une consultation auprès d'un orthophoniste, le patient doit suivre une démarche balisée. En effet, il doit se rendre chez un médecin, obtenir une ordonnance, être assuré et en possession d'une carte vitale s'il veut bénéficier de remboursements, prendre rendez-vous avec l'orthophoniste et se rendre au rendez-vous.

L'orthophoniste exerce dans un cadre défini dont les éléments sont retrouvés dans les lois et recommandations de bonne pratique recensés par le *Guide de l'orthophoniste* (Kremer, Lederlé, Maeder, à paraître) : « Selon le Code de Santé publique (Article R4341-2) : « Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soin. (...) ». Lederlé ajoute que « l'orthophoniste est tenu au secret professionnel, c'est seulement à un médecin que les conclusions du bilan peuvent être adressées ». Le cadre institutionnel est posé. Il est rappelé à de nombreuses reprises dans la littérature que l'orthophoniste est un professionnel de la santé, statut qui lui donne des droits. Il est d'ailleurs mentionné que « si les patients le demandent, un compte-rendu peut leur être remis (...) sous forme de courrier portant la mention " Remis ce jour en main propre, pour faire valoir ce que de droit, fait à..., le... " ». Il est expliqué par la suite que cette mention vise à protéger l'orthophoniste de « l'utilisation qui sera faite de ce courrier ».

L'imposition du cadre institutionnel peut aussi passer par un pouvoir conféré à l'orthophoniste par son statut, qui permette par exemple, à Mme Epsilon d'affirmer « c'est important qu'ils [les parents] soient quand même juste mis au courant que bah moi j'ai fait un bilan, j'ai objectivé des choses et bah oui y'a un retard donc il faudra faire des séances. »

Il peut aussi être fait mention de l'Ecole comme institution prescriptive. Mme Epsilon analyse son expérience dans les DROM et raconte la pression exercée par l'Ecole sur les familles pour que les parents aillent consulter une orthophoniste :

« C'est pas eux qui sont à l'origine, c'est ça en fait qui est important ! C'est jamais eux qui sont ... 'fin jamais... à 95%. C'est pas eux qui sont à l'origine de la demande de bilan, c'est vraiment l'école tout le temps. Finalement ils viennent parce qu'on leur a dit de le faire et puis après on les confronte à «mais vous madame, qu'est-ce que vous en pensez ? » Donc ça ouais, c'est un point important et l'école, d'ailleurs euh... fait vraiment pression, on peut parler de pression parfois. Y'a des parents qui consultent pas alors qu'on leur conseille de le faire et au bout de plusieurs mois, plusieurs années... l'école... les somme vraiment d'aller chez l'orthophoniste... donc euh... ça, ça existe. »

Francine Rosenbaum, orthophoniste et ethno clinicienne, questionne ce cadre dans un article du *Rééducation Orthophonique* n°247 sur l'éthique en orthophonie de septembre 2011 et en propose une certaine analyse :

« Dans nos cursus formatifs et professionnels, nous nous questionnons rarement sur le cadre politique et institutionnel dans lequel nous travaillons, sur l'histoire de notre discipline et de nos pratiques et sur leur pertinence actuelle. Pourtant, le modèle de gestion néolibéral de notre société (Todorov le définit même totalitaire) est le contenant idéologique des modèles épistémologiques de nos formations de soignants et détermine largement nos pratiques de soin. Dans ce modèle, la diversité est considérée comme un phénomène nuisible à la cohésion sociale et favorisant l'émergence de préjugés et de discrimination. On en voit le remède dans la croyance que la diversité en général, et linguistique en particulier doit être supprimée et remplacée par un usage culturel et linguistique standardisé et homogène pour optimiser le partage des espaces et la compréhension réciproque. On arriverait à ce consensus à travers l'absorption ou/et la fusion du groupe minoritaire (les migrants) dans le groupe dominant par une adéquation aux normes de ce dernier de façon à garantir l'homogénéité sociale. Le « melting pot », qui a produit le modèle culturel et linguistique « américain » des années 50 correspond au modèle assimilationniste et constitue encore aujourd'hui le modèle de référence pour la Suisse et, je pense aussi, pour la France. Cela signifie que, indépendamment de la réalité des pays d'origine, on exige que le migrant adopte les modèles culturels du pays d'accueil, modèle pour lequel toutes et tous sont considérés égaux par les services institutionnels (sociaux, école, santé, justice, etc.). »

2.2 Cadre relationnel : l'anamnèse, le temps des présentations.

Nos résultats montrent également qu'au cours de l'anamnèse les orthophonistes prennent le temps de se présenter en tant que professionnelle et d'expliquer les modalités du cadre. L'orthophoniste annonce notamment au patient comment elle travaille et les modalités générales du bilan.

« L'enfant de toute façon il le sait, au début de l'entretien j'explique comment ça va se passer, "après tu resteras seul(e) avec moi, on aura des tests, ce sera sous forme papier ou ce sera sur l'ordi ou ce sera ci ce sera là, à la fin ton parent il reviendra, on lui expliquera, peut-être qu'on aura pas le temps de finir et qu'on se reverra" Donc c'est... y a pas de surprise en fait pour les patients, ni pour les parents d'ailleurs. » (Mme Zêta)

Rosenbaum introduit la notion « *de cadre et de protocole d'accueil* » comme « *contenant idéologique* ». Nous rejoignons cette analyse puisque nous retrouvons les imprégnations théoriques sous-jacentes de chaque orthophoniste dans le discours que nous avons recueilli autour de ce temps de présentation. Ainsi, nous pouvons par exemple mettre en regard les manières de procéder de Mme Bêta et de Mme Thêta expliquant leur protocole :

« Souvent je commence par, une feuille entre nous, alors moi tu sais comment je m'appelle ? Alors j'écris mon nom à l'envers, et toi comment tu t'appelles, voilà voilà. Et donc ça commence comme ça, et puis... [...] je lui dis pourquoi tu viens ? Voilà, et quelque fois, souvent, il ne sait pas que dire, alors je dis Tu sais quel est mon métier ? Et tu sais ce que c'est ? A ton avis c'est pour quoi l'orthophonie ? Mais donc je me présente, le nom quoi. » (Mme Thêta)

« Quand je vais les chercher déjà, je me mets à la hauteur de l'enfant, pour les petits, je lui dis : " Moi c'est [prénom de Mme Bêta] et toi tu t'appelles comment ? Etc. " On rentre dans la pièce. Si c'est un petit, je l'installe plutôt au petit bureau parce que c'est là-bas après que je vais faire le... mais je lui dis qu'on est là, qu'on va discuter, qu'il peut venir sans problème. (...) Je lui sors un jeu ou deux ou il vient avec nous. » (Mme Bêta)

Tandis que pour Mme Gamma, il s'agit d'annoncer le programme et de revendiquer son appartenance au monde médical : « *Je présente un peu ce qu'on va faire, j'explique... De plus en plus j'explique que c'est pas du soutien scolaire "attention, c'est un soin, c'est médical gna gna gna " »*

2.3 Le cadre financier et administratif

L'acte « bilan orthophonique » est rémunéré à tarif unique selon le coefficient correspondant au type de pathologie.

Selon les courants théoriques, un cadre administratif et financier peut être identifié à partir des représentations mêlées à certaines logiques de rationalisation de la pratique. Ce cadre est proposé par l'orthophoniste à son patient lors de l'anamnèse, ainsi que, majoritairement, lors de la prise de rendez-vous. Nous avons en effet mis en évidence l'existence d'un consensus autour des données administratives recueillies - avec des questions du type « *Est-ce que vous avez une ordonnance ? Une mutuelle ? Une carte vitale ?...* ».

« Le cabinet, quand ma titulaire actuelle a repris, ça faisait 20 ans que la titulaire faisait du tiers payant, et pour la CMU, et pour la mutuelle. Donc les patients n'avancent quasiment rien, voire rien du tout. Moi j'essaie de le faire de moins en moins pour les nouveaux patients qui arrivent, parce que ne pas avoir

conscience de ce que ça coûte je trouve que c'est pas forcément une bonne chose. Après, c'est pas que moi qui décide, mais j'ai ma collègue qui a une maman qui aurait pu avoir les moyens d'avancer, mais quand il a été question... Y a eu un problème pour le remboursement de la mutuelle donc le temps qu'on passe à appeler les mutuelles, vérifier les impayés et compagnie, et un jour elle s'est fait interpellé : "nan mais vous rigolez ou quoi ? Je vais pas avancer de l'argent pour de l'orthophonie ?" "Si si en fait vous allez le faire" Voilà, ça donne ce genre de dérives donc moi je ne le fais que si on me le demande expressément. Et tant qu'on me l'a pas demandé je ne le fais pas. Et j'ai un papa qui est à la CMU qui m'avance quand même les frais, par contre il m'appelle quand il a été remboursé et j'encaisse les chèques après. Y a pas de raison que ça ne puisse pas marcher. Enfin... » (Mme Alpha)

2.4 Le cadre temporel

E. Lederlé rappelle que « *la nomenclature n'impose pas de durée pour le bilan orthophonique* ». Cette souplesse législative laisse donc l'orthophoniste libre de décider du format de son bilan. Une fois encore, l'orthophoniste expose ses modalités comme le mentionne Mme Zêta : « *J'explique combien de temps ça va durer, euh, que au début il restera avec nous et on discutera ensuite je resterai seule avec votre enfant si c'est pas trop dur etc., donc j'explique déjà ça* ».

Nos résultats affichent de grands écarts quant aux durées d'anamnèse. Ainsi, pour exemple, Mme Éta estime son temps d'anamnèse et de bilan : « *Une demi-heure je dirais. En général une demi-heure ouais. En général je prévois deux heures de bilan et puis on a une demi-heure au moins de discussion. Ça dépasse avec les parents bavards un petit peu mais c'est rarement moins quoi.* » Mme Epsilon confie de son côté : « *D'habitude... alors, ça dépend toujours mais on va dire classiquement, un enfant de grande section qui vient pour un retard de parole, retard de langage. Euh... moi j'suis pas quelqu'un qui fait des anamnèses d'une heure...* »

Tandis que pour Mme Alpha :

« En général, mes bilans c'est toujours en deux rendez-vous, donc ça me prend, ben, deux fois une heure et demi, sans compter la rédaction après, donc, calculez le temps que ça prend..., ça m'arrive même aussi de dire ben "j'ai pas pu observer tout ce que j'avais à observer, la sécurité sociale, je rappelle le cadre, c'est un rendez-vous, là y a plus de choses à observer que, enfin, que la sécurité sociale permet de faire, donc on lance la prise en charge administrativement par contre on sait qu'on se donne trois semaines d'observation pour lancer ça et que à la fin des trois séances d'observation on refait le point et ce sera la fin du bilan et on dit si oui ou non on enclenche ou pas. »

2.5 Le cadre de pensée

L'activité des professionnelles est régie par des normes générées par certains groupes - définis notamment par des approches cliniques différenciées nourries, d'éléments théoriques divers - auxquels l'orthophoniste se reconnaît une appartenance. Le cadre de pensée sous-jacent est révélé au patient par le positionnement professionnel qu'elle choisit de dévoiler. Les orthophonistes interviewées nous ont fait part, dans leurs

discours, de leur orientation clinique, génératrice des critères normatifs qui sous-tendent leur positionnement. Pour citer Mme Gamma : « *Pour moi, [la relation] fait 80 % de la ... de la rééducation. La confiance et la... ouais... c'est hyper important* ». Mme Thêta nous livre son positionnement à partir d'une réflexion au sujet des patients qu'elle ne pourrait prendre en charge à cause de divergences de point de vue trop prononcées :

« Les contre-indications c'est justement quand vous avez à faire à un patient ou sa famille qui sont dans un rapport au monde, c'est-à-dire un rapport au langage hein, qui est assez binaire, c'est vrai, c'est faux, ceux qui savent ceux qui savent pas, les experts les ignorants, et qui donc viennent vous consulter pour avoir une réponse, une réparation. Et ça, ou bien je peux les faire bouger là, ou bien si je peux pas les faire bouger là je peux rien pour eux, parce que moi je n'ai pas de réponse unique, je n'ai de réponse que à construire avec eux. Donc si ils attendent que je leur dise, c'est je ne sais quoi, une dyslexie, comme ci comme ça, et ça se répare comme ci comme ça, ou ça ne se répare pas vous allez vivre avec, il faut pas compter sur moi là-dessus. »

2.6 Le territoire professionnel

Les écrits concernant l'anamnèse, à savoir, les prises de notes, les comptes-rendus de bilan orthophonique ainsi que les pratiques autour du carnet de santé révèlent des positionnements ou non-positionnements forts concernant l'appartenance à tel ou tel territoire professionnel. L'anamnèse est donc aussi un lieu d'affirmation de l'identité professionnelle des orthophonistes qu'elles donnent à voir à leur patient.

Le carnet de santé peut être d'un côté « objet sacré », ce que signifie Mme Bêta par exemple :

« Moi je marque toujours bien exprès rien dedans parce que je me dis que j'ai pas le droit de ... le regarder, c'est pour le médecin quoi (...) et puis je crois qu'on n'a pas le droit en tant qu'ortho. Enfin, je sais pas... On n'est pas médecin donc je pense pas qu'on soit habilité... Il me semble que c'est réservé aux médecins, non ? »

Tandis que pour d'autres professionnelles, le carnet de santé représente un moyen d'affirmer leur appartenance professionnelle, comme c'est le cas de Mme Zêta :

« Je demande le carnet de santé maintenant (...) on peut mettre un coup de tampon à l'endroit où il y a les vaccins, etc. Et marquer "Bilan orthophonique à telle date". Et ça marque bien le côté "Je suis un professionnel paramédical et je suis pas l'école", parce qu'ils ont du mal quand même ici à faire la différence parfois, entre soutien scolaire et soin. Donc je demande le carnet de santé, maintenant, pour tamponner et mettre telle date etc.»

L'envoi et la transmission du compte-rendu de bilan peut être investi des mêmes enjeux. Mme Alpha décrit ses stratégies pour se différencier de l'école en utilisant le contenu de l'anamnèse : « *ça m'arrive de mettre exprès dans un bilan des éléments très personnels de l'anamnèse pour faire comprendre aux parents que je ne suis pas sur le plan de l'école. Et ça m'est arrivé parfois des mamans qui disent "ben non, en fait, ça l'école elle a pas à le savoir."* » .

L'anamnèse apparaît donc comme un espace de revendication d'une appartenance professionnelle et d'une quête de légitimité qui expose et impose un cadre d'exercice professionnel au patient.

2.7 Le cadre langagier

Pour finir, nos recherches ont mis en lumière les décalages langagiers qui existent lors de l'anamnèse et qui alimente une asymétrie dans la relation. Décalage langagier à différents niveaux : non-maîtrise d'un langage expert pour les patients ou bien non-maîtrise du français, non-compréhension des attentes du professionnel que nous pouvons illustrer avec Mme Alpha :

« En général je finis toujours par "comment est-ce que vous décririez votre enfant ?" ou "comment est-ce que vous vous vous décririez ?" et en général les parents sont assez décontenancés, et soit ça les plonge dans un gouffre interminable, ou alors ça déclenche un fou rire nerveux, parce je leur demande de me dire comment est-ce qu'ils pensent leur enfant... C'est pas quelque chose qu'on exprime très souvent, en tout cas pas dans le quartier où je suis. »

En conclusion, d'un côté l'anamnèse est le théâtre d'imposition d'un cadre thérapeutique, d'un type de relation thérapeutique et de l'autre nous constatons une dynamique tendant vers la collaboration, la co-construction d'un projet thérapeutique. Il existe donc une ambivalence : la place du sujet semble pouvoir évoluer mais dans le cadre (im)posé par les orthophonistes qui elles-mêmes ne se rendent pas compte de la situation, de la position sociale dans laquelle elles se trouvent.

Partant de ce constat, les modalités de démocratisation sanitaire posent question. Le patient, quant à lui, ne semble pas vraiment avoir de marge de manœuvre. Nous pensons que ce constat balise un état : les orthophonistes ne peuvent pas faire évoluer leur pratique puisqu'aucun problème n'est détecté. Elles ont besoin de recueillir des informations, elles y arrivent généralement mais dans quelles conditions, dans quel rapport de force ? Notre recherche tend à montrer que cette dimension est ignorée et par conséquent n'est pas pensée à l'heure actuelle. Nous laisserons donc ouverte notre réflexion : quelles marges de manœuvre existent ? Quelle réflexivité est-il possible d'atteindre ?

CONCLUSION

Nous avons interrogé l'enjeu commun, du point de vue des sciences sociales, de l'anamnèse pour les orthophonistes en France ; anamnèse que nous avons défini comme le temps d'entretien initial et de recueil de données autobiographiques pertinentes pour la prise en soin orthophonique.

Nos recherches tendent à montrer que l'anamnèse est un processus peu encadré par la profession qui pour autant à comme fonction d'encadrer la relation thérapeutique.

En effet, nous avons mis en évidence qu'il existait une norme souple concernant l'anamnèse qui tend toutefois à être formalisée. Cette pratique « coutumière » en orthophonie est nourrie par diverses influences cliniques et théoriques qui traversent une profession construite entre médecine, psychologie et pédagogie. Si le champ d'intervention est médical, l'orthophonie demeure une profession où la pluralité des pratiques est possible laissant ainsi de vastes marges de manœuvre pour mener sous la même appellation « d'anamnèse » des formes d'entretiens inauguraux aux contours variés.

Par ailleurs, nous constatons le peu d'influence des écrits prescriptifs sur cette pratique clinique, au contraire des normes et représentations individuelles qui influent le déroulé de l'anamnèse. Il apparaît donc que cette pratique laisse une grande place au jugement individuel empreint des normes et représentations inhérentes à chacun selon son ou ses groupes d'appartenance. Ainsi nos résultats dévoilent une grande diversité des éléments recherchés et considérés comme pertinents lors de l'anamnèse démontrant la maîtrise des orthophonistes sur les informations drainées lors de cet entretien. Cette maîtrise est mise en danger lorsque les normes et représentations individuelles des groupes patients et soignants s'opposent ou s'éloignent selon les critères de race, sexe, âge, catégorie sociale et handicap social modifiant le degré d'autonomie du patient tel que les orthophonistes le perçoivent.

D'autre part, nous mettons en évidence qu'il existe un rapport de domination soignant-soigné alimenté par des conflits d'intérêts en référence aux normes suivies par les uns et les autres. Lorsque ces normes sont partagées, elles ne changent pas l'ordre établi et profite au « bon patient » tandis que si elles sont concurrentes, elles mettent à mal la relation thérapeutique au bénéfice du soignant qui sanctionne ainsi le « mauvais patient ».

Toutefois, nous constatons du côté des professionnelles une évolution de la distribution des rôles soignant-soigné qui rend compte d'une dynamique tendant vers la collaboration, la co-construction d'un projet thérapeutique. Par ailleurs, nous montrons que le processus d'anamnèse tend vers moins de formalisme ; avec l'expérience, les orthophonistes s'attachent à la singularité du patient venant les consulter. Malgré ces reconfigurations prises dans le mouvement de démocratisation sanitaire, l'asymétrie historique et construites entre ces deux rôles perdure. Il existe donc une ambivalence : la place du sujet semble pouvoir évoluer mais dans le cadre (im)posé par l'orthophoniste qui elle-même ne se rend pas toujours compte de la situation, de la position sociale dans laquelle elle se trouve.

De son côté, le patient ne semble pas toujours avoir de marge de manœuvre. La pratique de l'anamnèse révèle dans une majorité de cas l'expression d'une domination liée à l'imposition des normes professionnelles et personnelles de l'orthophoniste sur son patient. Pour autant, les critères mentionnés ci-dessus peuvent inverser ce rapport de domination lorsqu'ils sont au bénéfice du patient.

Or, nous pensons que ce résultat balise un état : les orthophonistes ne peuvent pas faire évoluer leur pratique puisque aucun problème n'est détecté. Elles ont besoin de recueillir des informations, elles y arrivent le plus souvent mais les conditions dans lesquelles ce recueil s'opère et le rapport de force qu'il génère représentent, semble-t-il,

une dimension globalement ignorée, non pensée par les professionnels. Soyons claires : ces résultats ne viennent pas ici condamner des pratiques professionnelles mais bien mettre en lumière des processus invisibles, dont nous ne nous excluons aucunement en tant que futures orthophonistes.

Pour finir, cette recherche nous a obligées à mettre de côté notre regard clinique pour adopter le positionnement propre aux sciences sociales. Cette démarche ardue fut riche à plus d'un titre. A l'heure de devenir nous-mêmes orthophonistes, nous aimons imaginer que ces réflexions autour des enjeux de l'anamnèse et de sa fonction sociale d'imposition de normes est un premier pas vers d'autres recherches sur ce thème. Il serait notamment intéressant d'aller approfondir la question des marges de manœuvre du côté du patient, en allant par exemple interroger la patientèle d'un orthophoniste sur ce thème, afin de mettre en lumière les normes et représentations modelant leurs attentes quant à la prise en soin orthophonique qu'ils reçoivent. Dès lors, quels horizons de redistribution des rôles pourraient se dessiner ?

REFERENCES

- Aïach, P., Fassin, D., & Saliba, J. (1994).** Crise, pouvoir et légitimité. In Aïach, P. & Fassin, D., *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. (pp 9-42). Lassay-les-châteaux : édition Anthropos.
- Antheunis, P. Ercolani-Bertrand, F. Roy, S. (2007).** Le bilan orthophonique : quelle place donner aux parents ? *Rééducation Orthophonique*, 231, 37.
- Bariety, M., Coury, C. (1971).** *Histoire de la médecine*. Paris : PUF, Que Sais-je ? n°31.
- Becker, H.S. (1963).** *Outsiders: Studies in The Sociologies of Deviance*. New York : The Free Press.
- Becker, H.S. (1998).** *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociale*. Saint-Amand-Montrond : La découverte, coll. Guides repères.
- Beaud, S., Weber, F. (2003)** *Guide de l'enquête de terrain*. Paris, Ed. La Découverte.
- Blanchet, A. et al. (1985).** *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Blanchet, A., Gotman, A. (1992).** *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Tours : Nathan, collection 128.
- Bon, F., Castagne, I., Lauga, P. (1988).** L'anamnèse. *Glossa*, 12, 16-21.
- Bonnaud, V. (2000).** Evaluation de la mémoire, *Rééducation Orthophonique*, 201, 83.
- Borel-Maisonny S. (2007).** L'absence d'expression verbale chez l'enfant (Ecrits initialement publiés en 1979). *Rééducation Orthophonique*, 232, 7-17
- Bourdieu, P. (1982).** *Ce que parler veut dire, l'économie des échanges linguistiques*. Paris : Fayard.
- Bourdieu, P. (1993).** *La misère du monde*. Paris : Seuil.
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2002).** *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.
- Boutin, G. (2008).** *L'entretien de recherche qualitatif*. Québec : Presses Universitaires de Québec.
- Canguilhem, G. (1966).** *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
- Carricaburu, D., Ménoret, M. (2004).** *Sociologie de la santé*. Paris : Armand Colin.
- Chiland, C. (dir.) (1983).** *L'entretien clinique*. Paris : PUF.
- Chillet, L. Cousin, C. (2011).** *L'entretien clinique : Un nouvel outil au service de la pratique orthophonique*. Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon.
- Cicourel, A. (2002).** *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*. Textes réunis par P. Bourdieu et Y Winkin. Saint Amand-Montrond : Seuil.
- Collot, E. (dir.) (2011).** *L'alliance thérapeutique : Fondements, mise en œuvre*. Collection psychothérapies pratiques. Paris : Dunod.
- Communal, A., Foucher, P. (2006).** Quels enjeux pour l'anamnèse en orthophonie. Mémoire d'orthophonie, Unité de Formation et de Recherche « Médecine et Techniques Médicales »- Université de Nantes.
- Crunelle, D. (2000).** Editorial. *Rééducation Orthophonique*, 202, 3.
- Degiovanni, S. (2014, avril).** De la démocratie sanitaire. *L'orthophoniste*, 338, 6-8.

-
- Dei Cas, P. (2007).** La pratique du bilan de langage oral chez l'enfant en cabinet libéral : quelles ressources ? Quelles attentes ?. *Rééducation orthophonique* 231.
- Desanti, R., Cardon, P. (2007).** *L'enquête qualitative en sociologie*. Collection ASH étudiants. Pays-Bas : ASH.
- Dubar, C., Tripier, P., Boussard, V. (2011).** *Sociologie des professions*. Saint-Just-la-Pendue, France : Armand Colin.
- Ferrand, A., Freidson, E. (1984).** *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Grawitz, M. (2001).** *Méthodes des sciences sociales*. (11^e éd.). Paris : Dalloz.
- Kaufmann, J-C. (2011, 2013).** *L'enquête et ses méthodes : L'entretien compréhensif*. (3^e ed). Paris : Armand Colin.
- Kremer, J-M., Lederlé, E. (2012).** *L'orthophonie en France*. (7^e éd.). Paris : PUF.
- Kremer, J-M., Lederlé, E., Maeder, C., coord. (à paraître).** *L'orthophoniste : guide théorique et pratique*. Paris : Lavoisier.
- Laplantine, F. (1986, 1992).** *Anthropologie de la maladie*. Millau : Payot, Bibliothèque scientifique Payot.
- Leloup, G. (2007).** De la nécessité d'un cadre méthodologique d'évaluation du langage oral. *Rééducation Orthophonique*, 231, 29.
- Letourmy, A., Naïditch, M. (2009).** L'émergence de la démocratie sanitaire en France. *Santé, Société et Solidarité*, 2, 15-22.
- Marchand, C. (2014).** Education thérapeutique du patient (ETP) : principes et intérêts, *Rééducation Orthophonique*, 259, 21.
- Monfort, M. (2007).** L'évaluation des habiletés pragmatiques chez l'enfant. *Rééducation Orthophonique*, 231, 81.
- Müller, H-P., Sintomer, Y. (2006).** *Pierre Bourdieu, théorie et pratique. Perspectives franco-allemandes*. France : La Découverte, collection « Recherches ».
- Osta, A. (2013).** Évaluation clinique de la voix en orthophonie. *Rééducation Orthophonique*, 254, 170-171.
- Paradeise, C. (1985).** Rhétorique professionnelle et expertise. *Sociologie du travail*, 37(1), 17-31.
- Pennec, S., Cresson, G., Bouchayer, F. sous la direction de Schweyer, F-X. (2004).** *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Dijon-Quetigny : ENSP, collection Recherche santé sociale.
- Puech M. (2013).** Échelles d'autoévaluation des troubles vocaux et qualité de vie. *Rééducation Orthophonique*, 254, 145
- Rosenbaum, F. (2014).** Les violences et/ou le racisme institutionnel dans un cadre psychopédagogique assimilationniste. *Rééducation Orthophonique*, 247, 70.
- Swartz, M.H. (1991).** *Manuel de diagnostic clinique : anamnèse et examen*. Canada : Maloine.
- Swartz, M.H. (2003).** *Manuel de diagnostic clinique : historique et examen physique*. Italie : Maloine.
- Tain, L (dir.). (2007).** *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Rennes : ENSP.
- Thibault, C. (2010).** L'importance du premier entretien. *Rééducation Orthophonique*, 241.
-

TLFi [en ligne], « Anamnèse », URL : <http://www.cnrtl.fr/definition/anamn%C3%A8se>, consulté le 3 octobre 2014.

Torris G. (2015). Anamnèse, *Encyclopædia Universalis* [en ligne], URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/anamnese/>, consulté le 12 février 2015.

Touzin, M. (2002). Évaluation du langage écrit. *Rééducation Orthophonique*, 212, 44-45.

Textes de référence :

Arrêté du 25 avril 1997 modifiant l'arrêté du 16 mai 1986 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste. Bulletin Officiel n° 97/19, texte numéro 1164, Annexe II, pp. 33-35, Journal Officiel (7 mai 1997), 106, p. 6894 .Bulletin Officiel du Ministère de l'Education Nationale, 22 mai 1997, 21 : pp. 1472-1478

Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste. Journal Officiel (4 mai 2002), 104, p. 8339.

Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste, Bulletin Officiel (5 septembre 2013), 32, p.30.

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

Identité et territoire professionnels

Quelle est la conception du travail de l'orthophoniste ? (vocation...)

Quelle est leur stratégie clinique ? (horaires, jours ouvrés)

Pourquoi exerce-t-il à cet endroit ? (quelle trajectoire ?)

Quelle population soigne-t-il ?

- Âge ?
- Lieu de formation ?
- Année d'obtention du diplôme ?
- Lieu d'exercice ?
- Type d'exercice ? Libéral-salarié-mixte.
- Pourquoi avez-vous choisi ce métier ?
- Qui soignez-vous ?
- Comment sont organisées vos journées, vos semaines ?
- (Amplitude horaire, pauses dans la journée, enchaînement des rendez-vous, vacances, repas, créneaux fixes par patient ...)
- Avez-vous toujours eu le même type d'exercice, dans le même lieu ?
- Qui sont vos patients ?
- Vous sentez-vous spécialisé ? Formation continue...
- Comment vous tenez-vous au courant de l'actualité en orthophonie ?
- Réseau sociaux, abonnements à des revues, conférences, groupe de travail, syndicalisme...
- Quelles relations avez-vous avec les enseignants, les médecins ?
- La profession des gens de votre entourage

Usages et représentations autour de l'anamnèse

Qu'est-ce qu'une anamnèse pour les orthophonistes, quelle définition en font-ils ? (recueil d'informations, pratique spécifique ...)

Qu'attendent les orthophonistes de l'anamnèse ?

Qu'est-ce qui sous-tend leur pratique ? (organisation, efficacité, conception théoriques, conceptions cliniques...)

Appropriation d'une pratique et identité professionnelle :

Existe-t-il une marge de manœuvre dans la pratique du recueil de données en lien avec la pathologie concernée ? (prescription spécifique : par exemple, rééducation orthophonique de la voix œsophagienne vs prescription large : bilan orthophonique et rééducation si nécessaire)

Peut-on parler de para-diagnostic et d'une semi-autonomisation de la profession liée au grade master ?

Par quels moyens les informations sont-elles récupérées, sélectionnées ?

Comment se passe le recueil de données, très concrètement ?

Quelle sélection font-ils de leurs patients ? Comment savent-ils avant le premier entretien à qui ils ont affaire ? Comment se déroule le premier contact téléphonique ?

Existe-t-il une chaîne de récupération de l'information, qui s'apparenterait à une forme de sous-traitance (dans le cadre des orthophonistes salariés notamment) ? Dans quel cadre législatif et/ou administratif se situe-t-elle ? Comment les informations sont-elles compilées ?

Pratique du recueil d'informations

- Comment les patients arrivent-ils chez vous ?
- Téléphone ou autre, quel est le premier contact, sous quelle forme ?
- Qui vous appelle ? Quelles questions posez-vous à ce moment-là ?
- Pouvez-vous nous raconter en détail comment s'est déroulé le premier entretien et la suite de la prise en soins de tel et tel patient ?
- Demandez-vous au patient d'apporter un ou plusieurs documents spécifiques lors du premier entretien ?
- Quelle est l'organisation matérielle pendant la première rencontre ?
- Face à face ?
- De part et d'autre du bureau ?
- Prise de notes ? Si oui, sur papier ou ordinateur ?
- Enregistrement audio ou vidéo ?
- Quelles informations cherchez-vous ?
- Comment recueillez-vous ces données ?
- Temps spécifique, outils spécifiques, stratégies de récupération d'informations auprès de tiers...
- Comment se passe le bilan d'un point de vue administratif et financier ?
- Quelle trace gardez-vous de ces informations ?
- Comment se passe la transmission des données dans le cas où vous êtes amené à être remplacé, en cas de déménagement de votre patient ... ?
- Comment rédigez-vous vos bilans ?
- A qui l'adressez-vous ?
- Pouvez-vous nous raconter comment se déroulaient les premiers entretiens dans les premiers temps de votre exercice professionnel ?

Annexe II : analyse verticale : fiche de présentation

1. Fiche d'identité de l'orthophoniste :

- ✓ Parcours de vie professionnelle
- ✓ Formation continue
- ✓ Patientèle
- ✓ Investissement professionnel
- ✓ Semaine type

2. Une analyse par personne centrée sur la pratique de l'anamnèse :

- ✓ Organisation temporelle
- ✓ Créneaux pour le bilan
- ✓ *Turning point* et/ou évolution
- ✓ Bilan en combien de fois

- ✓ Avant le rendez-vous:
 - o Les informations recueillies au téléphone
 - o Les informations données

- ✓ Au rendez-vous :
 - o Trame d'anamnèse
 - o Le carnet de santé
 - o Déroulement de l'entretien
 - Avec très jeune et jeune enfant
 - Avec enfants plus grand
 - Avec les adultes
 - o Les prises de notes
 - o Type d'Entretien
 - o L'évolution de la pratique

- ✓ Après le rendez-vous : que devient la trace écrite ?
 - o Rédaction du bilan
 - o Envoi du bilan

- ✓ Importance de l'anamnèse ? Qu'est-ce qui est recherché par l'orthophoniste lors de ce moment ?

✓ Utilisation de la vidéo et/ou d'un enregistrement audio ?

Annexe III : Analyse thématique

- ✓ Importance de l'anamnèse
- ✓ Types d'entretien et évolution des pratiques dans le temps
- ✓ Les questions posées
- ✓ Les informations recueillies par l'observation
- ✓ L'organisation temporelle
- ✓ Les « rituels » de l'anamnèse : le protocole
- ✓ Le carnet de santé
 - o Est-il demandé ?
 - o Est-il consulté ?
 - o Est-il rempli ?
- ✓ Vidéo-enregistrement durant l'anamnèse
- ✓ Formation initiale à la pratique de l'anamnèse
- ✓ Rédaction du bilan, partie anamnèse
- ✓ Prise de notes durant l'anamnèse
 - o Sur une feuille libre
 - o Sur une feuille pré-remplie
 - o Sur l'ordinateur
- ✓ Ressenti de l'orthophoniste concernant l'anamnèse
- ✓ Représentations concernant les patients

Annexe IV : Bibliographie de « Rééducation Orthophonique »

- RO n°193 : L'infirmité Motrice d'Origine Cérébrale
- RO n°194 : Les pathologies vocales chez l'enfant
- RO n°195 : Les maladies neuro-dégénératives
- RO n°196 : Langage Oral Production
- RO n°197 : La conscience phonologique
- RO n°198 : Les aphasies de l'adultes
- RO n°199 : Les activités logico-mathématiques
- RO n°200 : L'orthographe
- RO n°201 : La mémoire
- RO n°202 : L'éducation précoce en orthophonie
- RO n°203 : L'accompagnement familial : la formation des parents et des intervenants
- RO n°206 : Le bégaiement
- RO n°207 : Autismes
- RO n°209 : L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans
- RO n°210 : Cancers et traumatismes de la face
- RO n°211 : Le bégaiement chez l'enfant
- RO n°212 : Le bilan orthophonique
- RO n°213 : Langage écrit : morphologie et conscience morphologique
- RO n°214 : L'hyperactivité et les troubles de l'attention
- RO n°215 : Immobilités laryngées
- RO n°216 : Les fentes oro-faciales
- RO n°217 : Implantation cochléaire
- RO n°218 : L'attention
- RO n°219 : Hémisphère droit et communication verbale
- RO n°220 : Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant
- RO n°221 : Les habiletés pragmatiques chez l'enfant
- RO n°222 : L'orthographe lexicale
- RO n°223 : La compréhension
- RO n°224 : Qualité de vie
- RO n°225 : La morphologie : acquisition et mise en œuvre
- RO n°226 : La déglutition dysfonctionnelle
- RO n°227 : La compréhension : évaluation et prise en charge
- RO n°228 : Implantation cochléaire en cas de pathologies et/ou de troubles associés
- RO n°229 : Parole : aspects perceptifs et moteurs
- RO n°230 : Les dysphasies

RO n°231 : Le bilan de langage oral de l'enfant de moins de 6 ans
RO n°232 : L'absence d'expression verbale chez l'enfant
RO n°240 : Dimension linguistique et culturelle de la prise en charge des maladies neuro-dégénérat
RO n°241 : La petite enfance
RO n°242 : La guidance, accompagnement familiale auprès de l'enfant handicapé
RO n°247 : L'éthique en orthophonie
RO n°251 : Soins palliatifs et orthophonie
RO n°253 : Les pathologies acquises du langage chez le patient bilingue ou multilingue
RO n°254 : L'évaluation vocale
RO n°255 : L'évaluation des troubles du raisonnement logique
RO n°259 : L'éducation thérapeutique du patient en orthophonie

Annexe V : Occurrences des termes recherchés dans RO

Années	exemplaires	Représentativité : Nombre d'occurrences pertinentes dans le corps du texte			Termes retrouvés
		« anamnèse »	« entretien »	« Recueil de * » ou « histoire »	
1998	RO n°193	-	1	-	« Interrogatoire » (terme utilisé par des médecins surtout)
	RO n°194	1	2	-	
	RO n°195	1	-	1	
	RO n°196	3	-		
1999	RO n°197	-	-	-	« récit de vie »
	RO n°198	-	1		« étude biographique »
	RO n°199	-	-	-	
	RO n°200	-	-	-	
2000	RO n°201	1	20	1	« Entretien d'accompagnement et d'élucidation »
	RO n°202	1	-	-	
	RO n°203	-	2	2	
2001	RO n°206	1	-	11	« Recueil d'informations rétrospectives »
	RO n°207	1	-	-	
2002	RO n°209	-	3	4	« Recueil d'anamnèse »
	RO n°210	-	3	1	
	RO n°211	-	-	5	« recueil de données d'anamnèse »
	RO n°212	23	3	11	
2003	RO n°213	-	-	-	« histoire du patient »
	RO n°214	-	6	2	
	RO n°215	-	-		« histoire de la maladie »
	RO n°216	-	-	-	
2004	RO n°217	1	-	1	« histoire des troubles »
	RO n°218	1	-	-	
	RO n°219	-	-	-	
	RO n°220	2	-	8	
2005	RO n°221	5	-	1	« Interrogatoire »
	RO n°222	2	-	-	
	RO n°223	-			« Histoire »
	RO n°224	-	(nombreuses occurrences dans cadre de W de recherches)		

2006	RO n°225	-	-	-	« Histoire linguistique du patient »
	RO n°226	1	-		
	RO n°227	?	?	?	
	RO n°228	3	-		
2007	RO n°229	-	-	-	« Entretien d'anamnèse »
	RO n°230	2	-	-	
	RO n°231	18	9	2	
	RO n°232	-	1	2	
2009	RO n°240	2	1	1	« Recueil d'éléments d'anamnèse »
2010	RO n°241	2	8	6	« Histoire personnelle »
	RO n°242	16	2	9	
2011	RO n°247	6	1	8	« Histoire de l'enfant »
2012	RO n°251	1	-	-	
2013	RO n°253	3	0	3	
	RO n°254	9		3	
	RO n°255	1	2		« Histoire du père»
2014	RO n°259	-	1	-	

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : occurrences du terme "anamnèse" dans Rééducation Orthophonique	36
Figure 2 : évolution des types d'entretien avec le gain d'expérience professionnelle de l'orthophoniste.....	43

TABLE DES MATIERES

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	8
PARTIE THEORIQUE	9
I L'anamnèse et l'entretien clinique : aperçu historique et clinique, formalisation	10
1 Aperçu historique de l'anamnèse et définitions	10
2 L'anamnèse en orthophonie	11
2.1 Brève histoire de l'orthophonie en France	11
2.2 Les recommandations de bonnes pratiques : guide professionnel et textes de loi	11
3 Les types d'entretiens : définitions et types d'entretien.....	12
3.1 L'entretien, technique ou art ?.....	12
3.2 Formalisation de l'entretien : aperçu historique.....	13
3.3 Typologie de l'entretien	14
II Construction et mise en application des normes dans le champ de la santé	15
1 Le normal, le déviant, le pathologique.....	15
1.1 La déviance, révélatrice de normes sociales	15
1.2 La maladie, une norme qui ne dit pas son nom	16
2 Normes professionnelles dans le champ de la santé	17
2.1 L'émergence d'une norme médicale	17
2.2 Une partition du monde entre soignants et soignés.....	17
III Malade et patient : positions relatives, rapports de domination	18
1 La relation thérapeutique : conflit, négociation, alliance et misère de position.....	18
2 Le langage, instrument de domination	19
3 La légitimité professionnelle : tactique et rhétorique.....	20
4 Vers un pouvoir accru du profane ? La démocratie sanitaire	21
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	23
PARTIE EXPERIMENTATION	25

I	Construction et déconstruction de la problématique.....	26
1	La Grounded Theory.....	26
2	Phase exploratoire et construction de la problématique.....	26
3	Un autre regard : voir les gens comme des activités.....	27
II	L'entretien	27
1	Enquêtrices, enquêtées.....	27
1.1	L'entretien compréhensif : choix et entraves.....	27
1.2	Heurs et malheurs de la « double casquette ».....	28
2	Guide d'entretien et improvisation.....	28
3	Population	29
3.1	Constitution de la population : un nombre restreint de professionnelles aux profils variés 29	
3.2	Présentation de l'échantillon.....	30
4	Exploitation des données : retranscription et analyse des corpus.....	30
4.1	Analyse verticale : entretien par entretien	31
4.2	Analyse horizontale thématique	31
III	L'analyse d'un corpus d'articles.....	31
1	Choix méthodologique	31
2	Choix des revues et des numéros.....	32
3	Démarche	32
3.1	Représentativité	32
3.2	Grille d'analyse qualitative : ce qu'il en est dit.....	32
	PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	34
I	Qu'entend-on par anamnèse ?	35
1	L'anamnèse dans la littérature : une norme professionnelle floue.....	35
1.1	Résultats généraux : représentativité et termes utilisés.....	35
1.2	L'anamnèse, une norme professionnelle en mouvement.....	37
2	L'anamnèse en pratique : une pratique qui évolue avec l'expérience	40
2.1	Evolution dans le temps des types de pratique de l'anamnèse	40
2.2	Des éléments d'interprétation : pourquoi les pratiques évoluent	43
II	Les filtres opérant lors de l'anamnèse	48
1	L'anamnèse est personnalisée et comporte des invariants	48
1.1	Le recueil d'information par une demande directe : l'enquête explicite et le dévoilement d'une identité professionnelle et personnelle.	48
1.2	L'observation comme méthode de recueil d'informations : prise de données indirecte..	52

2	Les obstacles à la maîtrise de l'information	53
2.1	L'influence des paramètres : âge, sexe, race, catégorie sociale de l'interlocuteur	53
2.2	L'autonomie des patients dans leur communication en question	55
III	L'anamnèse et l'imposition d'un cadre	57
1	Anamnèse et place de l'usager.....	57
1.1	De l'anamnèse et de la démocratisation sanitaire ?	57
1.2	Relation thérapeutique : conditions idéale de production du discours	58
1.3	Le bon patient	59
2	Anamnèse et imposition d'un cadre thérapeutique	60
2.1	Cadre institutionnel et culturel	60
2.2	Cadre relationnel : l'anamnèse, le temps des présentations.	61
2.3	Le cadre financier et administratif	62
2.4	Le cadre temporel	63
2.5	Le cadre de pensée.....	63
2.6	Le territoire professionnel.....	64
2.7	Le cadre langagier	65
	CONCLUSION	66
	REFERENCES	68
	ANNEXES	71
	Annexe I : Guide d'entretien.....	72
	Annexe II : analyse verticale : fiche de présentation	74
1.	Fiche d'identité de l'orthophoniste :	74
2.	Une analyse par personne centrée sur la pratique de l'anamnèse :	74
	Annexe III : Analyse thématique	76
	Annexe IV : Bibliographie de « Rééducation Orthophonique ».....	77
	Annexe V : Occurrences des termes recherchés dans RO	79
	TABLE DES ILLUSTRATIONS	81
	TABLE DES MATIERES	82

Alexandra BENSOUSSAN
Sophie LEVAIN

L'ANAMNESE EN ORTHOPHONIE : NORMES, PRATIQUES, ENJEUX DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

83 Pages

Mémoire d'orthophonie – **UCBL- ISTR** – Lyon 2015

RESUME

Ce mémoire de recherche consacré à l'anamnèse s'inscrit dans le champ des sciences sociales.

A partir d'une revue de presse et de l'analyse de discours recueillis lors d'entretiens auprès de huit professionnelles, nous avons cherché à faire émerger la fonction sociale de l'anamnèse pour les orthophonistes. L'anamnèse est ici définie comme le temps d'entretien initial et de recueil de données autobiographiques pertinentes pour la prise en soin orthophonique. Si une tendance à la formalisation de cette pratique est observable dans la littérature professionnelle, nous avons constaté sur le terrain une diversité de pratiques d'anamnèse, rendue possible par un contexte professionnel où se côtoient depuis la création de la profession des influences théoriques multiples qui déterminent des positionnements cliniques variés. Cependant une évolution vers une modalité de conduite moins directive est constatée chez l'ensemble des professionnelles interrogées. De fait, si chaque orthophoniste possède sa propre grille de sélection du type d'information qu'il lui sera utile de recueillir lors de l'anamnèse, construite à partir de filtres et de représentations qui lui sont personnelles, le format non directif, à des degrés divers, semble le plus propice à l'installation d'un cadre favorable au discours. Des situations problématiques semblent émerger lorsque les groupes sociaux auxquels soignant et soigné peuvent se référer sont trop éloignés. Enfin, nous tendons à montrer que ce moment de récolte de données est un processus au cours duquel les orthophonistes posent et imposent le cadre thérapeutique au patient, cadre qui se déploie dans des dimensions institutionnelles, culturelles, financières, langagières, relationnelles notamment. Si l'asymétrie constatée de la relation soignant-soigné est en phase de reconfiguration avec le mouvement de démocratie sanitaire, nous nous questionnons sur l'horizon de cette reconfiguration et la marge de manœuvre laissée au patient face à un professionnel qui dispose, pour sa part, d'une latitude certaine.

MOTS-CLES

Anamnèse ; démocratie sanitaire ; relation thérapeutique ; entretien ; sociologie de la santé

MEMBRES DU JURY

ALLAIGRE Bruno – GUILHOT Nicolas – PERDRIX Renaud

MAITRES DE MEMOIRE

Guillaume JAUBERT – Caroline LECLERC KOPF

DATE DE SOUTENANCE

25 juin 2015
