



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-theses-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

**PREVOT Gabrielle
TOURRET Camille**

**LES TRAJECTOIRES DES ORTHOPHONISTES
FORMES À L'APPROCHE
« LANGUE-VOIX-POSTURE »**

Maître de Mémoire
TAIN Laurence

Membres du Jury

**BASSETTI Fanny
GUILHOT Nicolas
PERDRIX Renaud**

Date de Soutenance
JUIN 2011

ORGANIGRAMMES

Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. BONMARTIN Alain

Vice-président CA
Pr. ANNAT Guy
Vice-président DEVU
Pr. SIMON Daniel
Vice-président CS
Pr. MORNEX Jean-François
Directeur Général des Services
M. GAY Gilles

Secteur Santé :

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

U.F.R de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux
Directeur **Pr. GILLY François Noël**

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. LOCHER François**

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

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

Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **Pr GIERES François**

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

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

Directeur **Pr. AUGROS Jean-Claude**

Observatoire Astronomique de Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

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

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

IUT LYON 1
Directeurs **M. COULET Christian** et **Pr. LAMARTINE Roger**

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION

ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves
Directeur des études
BO Agnès

Directeur de la formation
Pr. TRUY Eric
Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
THEROND Béatrice
GUILLON Fanny

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie
CLERGET Corinne

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier particulièrement :

Laurence Tain, pour son précieux travail d'accompagnement, son efficacité en toutes circonstances, qui nous ont permis d'appréhender l'approche sociale avec tant de plaisir.

Renaud Perdrix, Caroline Leclerc et Laurence Tain pour leurs interventions qui ont guidé notre travail durant deux ans et pour leur disponibilité.

Agnès Witko pour l'organisation de l'encadrement de ce travail.

Martine Joly pour sa confiance, les informations qu'elle nous a données et l'intérêt qu'elle a porté à notre recherche.

L'association LVP pour sa participation de facto.

Les orthophonistes interrogées pour le temps qu'elles nous ont consacré.

Véronique Gandolph pour ses précieuses informations sur la méthode Feldenkraïs.

Nos maîtres de stage qui nous ont permis de découvrir l'association.

Nos amis qui nous ont prêté leurs voitures, le réseau TCL.

A nos proches qui ont résumé ainsi notre sujet mémoire : « c'est sur la langue ».

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE.....	8
I. POSTURES THERAPEUTIQUES AUTOUR DE LA DEGLUTITION	9
1. Contexte d'enseignement de la rééducation de la déglutition.....	9
2. La formation à l'école d'orthophonie de Lyon	9
3. La formation Langue-Voix-Posture	9
II. REGARDS EN SCIENCES SOCIALES SUR LES PRATIQUES THERAPEUTIQUES	11
1. La représentation du soin.....	11
2. Etat des lieux : domination du modèle biomédical	12
3. Eléments de comparaison des pratiques biomédicales et des pratiques « parallèles »	12
III. LE CORPS : REPRESENTATION, INVESTISSEMENT ET PLACE DANS LE SOIN ORTHOPHONIQUE	15
1. Du corps que l'on est au corps que l'on a	15
2. Les pratiques corporelles pour « réhabiter » son corps	16
3. Le corps dans la rééducation orthophonique.....	17
IV. RESONANCE ENTRE LE CADRE SOCIAL ET LES ACTEURS	18
1. Habitus et « dispositions »	18
2. L'individu comme acteur, le point de vue interactionniste	19
3. La dynamique de légitimation.....	21
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	24
PARTIE EXPERIMENTALE	26
I. GENERALITES	27
1. Construction de l'objet.....	27
2. Position du chercheur	28
II. RECUEIL DES DONNEES	29
1. L'enquête téléphonique.....	29
2. Recueil d'information : l'approche qualitative par entretien semi-directif	30
III. L'ANALYSE DES DONNEES	33
1. L'analyse thématique.....	33
2. L'analyse par entretien.....	34
3. La typologie, la catégorisation conceptualisante.....	34
PRESENTATION DES RESULTATS.....	35
I. ELEMENTS DE VIE	36
1. Eléments de vie personnelle	36
2. Les éléments de vie professionnelle	39
II. PROCESSUS DE LEGITIMATION DU CADRE	41
1. La rhétorique professionnelle auprès des autres professionnels	41
2. La formation continue dans le processus de légitimation de LVP	42
III. LE RETENTISSEMENT DU PROCESSUS DE LEGITIMATION DU CADRE SUR LA PRATIQUE DES ORTHOPHONISTES	43
1. Le cadre médical : travail sur un registre technique	43
2. Le contenu d'une prise en charge	44
3. La négociation avec le patient	46
DISCUSSION DES RESULTATS.....	49
I. VALIDATION DES HYPOTHESES	50
II. DISCUSSION DES RESULTATS	51
1. Des différences au sein du « segment professionnel »	51
2. Le cadre social sous un autre angle.....	53
3. La formation LVP ou Feldenkraïs : vers un « réenchantement professionnel »	54

III.	PROFILS DES ORTHOPHONISTES : TYPOLOGIE	57
1.	<i>Présentation</i>	57
2.	<i>Synthèse</i>	60
IV.	LIMITES, PERSPECTIVES ET APPORTS DE LA RECHERCHE	60
1.	<i>Limites de la méthode</i>	60
2.	<i>Perspectives</i>	61
3.	<i>Apports</i>	62
CONCLUSION		63
BIBLIOGRAPHIE		65
ANNEXES		69
ANNEXE I : CATALOGUE DES EXERCICES PROPOSES DANS L'OUVRAGE DE NICOLE MAURIN :		
	« REEDUCATION DE LA DEGLUTITION »	70
	ANNEXE II : HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION LVP.....	71
	ANNEXE III : REEDUCATION SELON LA METHODE FELDENKRAIS ENSEIGNEE PAR FRANÇOIS COMBEAU...	72
	ANNEXE IV : ENQUETE TELEPHONIQUE	73
	ANNEXE V : ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE TELEPHONIQUE	78
	ANNEXE VI : PRESENTATION DES INTERVIEWEES	80
	ANNEXE VII : GUIDE D'ENTRETIEN.....	82
	ANNEXE VIII : GRILLE D'ANALYSE	84
	ANNEXE IX : TRAVAUX DE « LANGUE-VOIX-POSTURE ».....	89
TABLE DES MATIERES		90

INTRODUCTION

De 2002 à 2005, une équipe de chercheurs a mené un travail sociologique baptisé « Kalliopé ». Dirigée par Laurence Tain, sociologue et démographe, l'équipe a étudié la construction sociale de l'identité professionnelle des orthophonistes. L'ouvrage « Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession » (Tain, 2007), aboutissement du projet Kalliopé, met en lumière les résultats de ses recherches. Notre mémoire s'inscrit dans une même continuité.

Il y a deux ans, lors de nos stages, nous avons été intriguées par des orthophonistes qui recevaient des patients souffrant de maux de dos. Ces prises en charge consistaient en une rééducation linguale pour soulager les patients. Ces orthophonistes nous ont expliqué qu'elles avaient suivi une formation intitulée « Langue-Voix-Posture » (LVP). Martine Joly, la formatrice les a initiées à la méthode psychocorporelle Feldenkraïs. Ces orthophonistes formées ont alors été amenées à rééduquer des patients dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Nous avons voulu en savoir plus sur l'association « Langue-Voix-Posture ». Il s'agit d'une équipe constituée de plusieurs professionnels (médecins ostéopathes, orthophoniste, podologue, dentiste, kinésithérapeutes) qui reçoit, en consultation pluridisciplinaire, des patients souffrant de troubles posturaux. L'équipe a mis en évidence un lien entre la déglutition atypique et les maux de dos. Certains patients, à la suite de la consultation, sont orientés vers des orthophonistes formées.

Nous avons alors souhaité nous intéresser aux orthophonistes participant à « Langue-Voix-Posture ». Les sciences sociales se sont avérées être un mode de recherche approprié. La recherche théorique et la réalisation d'entretiens nous ont permis de définir notre objet de recherche : les trajectoires des orthophonistes formées (il se trouve que nous n'avons interrogé que des femmes) à la méthode Feldenkraïs et participant à « Langue-Voix-Posture ».

Pour éclairer notre recherche, nous aborderons les éléments théoriques en sciences sociales suivants : les pratiques thérapeutiques, les différentes conceptions du corps et enfin la résonance entre le cadre social et les acteurs.

Nous mettrons en évidence que la trajectoire des orthophonistes est une production conjointe des professionnels et du cadre social « Langue-Voix-Posture ». Les entretiens avec les orthophonistes nous permettront d'appuyer cette hypothèse.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I. Postures thérapeutiques autour de la déglutition

1. Contexte d'enseignement de la rééducation de la déglutition

Les articles R.4341-1 à R.4241-4 du code de la santé publique (décret n°2002-721 du 2 Mai 2002) mentionnent les compétences des orthophonistes. L'article R.4341-3 explique que les orthophonistes peuvent rééduquer les troubles oto-rhino-laryngologiques parmi lesquels on retrouve le trouble de déglutition.

Nous précisons qu'une déglutition atypique est une langue « malpositionnée » c'est-à-dire trop basse, trop antérieure ou trop étalée, par rapport à la position de repos physiologique.

2. La formation à l'école d'orthophonie de Lyon

Lors des études universitaires, les éléments anatomiques de la zone oro-faciale sont enseignés, ainsi que la prise en charge des troubles de la déglutition. L'approche enseignée s'inspire fortement des principes de rééducation de Nicole Maurin décrits dans son ouvrage sur la rééducation de la déglutition (1997). Les exercices qui y sont recensés font travailler, en majorité, la musculature de la zone oro-faciale (cf. annexe I).

Il existe des formations continues qui complètent ces apprentissages dans la continuité de l'approche universitaire. Nous pouvons citer ainsi la formation de Gilles Leloup : « bilan et rééducation de la déglutition dysfonctionnelle » et celle de Maryvonne Fournier : « rééducation des fonctions oro-faciales ».

3. La formation Langue-Voix-Posture

3.1. Naissance de l'association Langue-Voix-Posture

L'équipe LVP (association 1901) est née, en 2001, suite à la rencontre de différents professionnels (ostéopathes, podologues, dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes) se questionnant sur le lien entre posture, articulation temporo-mandibulaire et malposition linguale.

L'orthophoniste de l'équipe, Martine Joly a rencontré François Combeau, un praticien Feldenkraïs (méthode psychocorporelle) et a trouvé la méthode adéquate pour mener à bien les rééducations de déglutition atypique et remédier aux problèmes posturologiques. Elle s'est inspirée de cette méthode pour mettre en place une formation destinée aux orthophonistes. Ceux-ci peuvent alors utiliser cette méthode avec des patients suivis par l'équipe pluridisciplinaire, mais aussi avec des patients suivis exclusivement par un ostéopathe ou un orthodontiste ne participant pas à la prise en charge LVP (cf. annexe II).

3.2. La méthode Feldenkraïs mise au service de l'association

Moshe Feldenkraïs naît au début du XXème siècle. Docteur en sciences physiques il pratique le judo à un niveau élevé. L'APMF (association des praticiens à la méthode Feldenkraïs) explique qu'il tire de ces enseignements « *la conception du corps comme réalité physique des poids et des masses, organisés dans l'espace, un jeu de force pour être debout et se mouvoir* », d'une part et « *une conception orientale du mouvement efficace et harmonieux utilisant l'énergie minimale* » d'autre part.

Une blessure au genou va par la suite orienter son travail : « *celle du mouvement et de son organisation dans le système nerveux* ». Il constate que l'utilisation de ses propres capacités de restauration par le mouvement est efficace. « *Il se penche sur la mécanique interne de son corps* ». Il mêle à ses observations des études en neuropsychologie puis enseigne ses savoirs.

Feldenkraïs (1993, p. 21) décrit les 4 éléments d'un acte : le mouvement, la sensation, le sentiment, la pensée. C'est ce qui, selon lui, permet à l'individu de « *s'auto-éduquer* » dans un sens bénéfique, pour « *s'aider soi-même* ».

Selon lui, au fur et à mesure de nos apprentissages individuels aboutissant aux acquisitions fondamentales, des circuits préférentiels se sont « *imprimés* » dans notre système nerveux. Par le travail mental nous pouvons réadapter nos actions à la réalité du moment.

Le mouvement est, selon Feldenkraïs le meilleur révélateur de ce que nous sommes étant donné que les impulsions nerveuses en sont à l'origine. « *Par son approche globale du corps en mouvement, la méthode Feldenkraïs permet une clarification de ses rapports d'orientation dans le temps et dans l'espace et une remise du développement général de l'individu* » (APMF, site Internet Feldenkraïs-France).

Selon Feldenkraïs (1993, p. 21), la santé n'est pas « *l'état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne normalement* », mais une capacité dynamique à parvenir à un nouvel état d'équilibre lorsqu'un traumatisme ou une maladie ont rompu le précédent.

En guise de conclusion de cette première partie, nous pouvons dire que l'approche universitaire s'appuie plutôt sur de la musculation de la zone oro-faciale tandis que l'approche proposée par LVP s'appuie plutôt sur la proprioception (cf. annexe III). Il semble donc que ces deux approches divergent. Ainsi nous nous interrogeons : Comment analyser de manière sociologique les pratiques thérapeutiques LVP ou Feldenkraïs ? Nous mettrons en évidence dans une deuxième partie les éléments clés permettant cette analyse.

II. Regards en sciences sociales sur les pratiques thérapeutiques

1. La représentation du soin

« Le langage dans lequel on s'exprime à propos de la santé et de la maladie, dans lequel on en interprète les causes, les manifestations et les conséquences, n'est pas un langage du corps : c'est un langage du rapport de l'individu à la société. (...) Les symptômes, les dysfonctionnements ne s'organisent en « maladie » que dans la mesure où ils introduisent une modification de la vie du malade et de son identité sociale » (Adam & Herzlich, 1994, p. 64).

Adam et Herzlich expliquent que le concept même de maladie naît du rapport entre l'individu et son environnement. Un individu seul ne pourrait être malade. Un dysfonctionnement de l'individu entraîne un changement dans son rapport à l'autre, c'est ce qui est appelé maladie.

Selon le sociologue Laplantine, trois modèles coexistent pour définir les représentations de la maladie dans la société occidentale. L'étiologie de la maladie s'organiserait autour des modèles suivants :

- Le modèle biomédical, qui explique que *« la maladie a son origine dans un agent nocif, mais qui est conçu comme « naturel » »* (1992, p. 77). Fondée sur la méthode expérimentale la maladie y est vue comme un tiers pathogène à combattre grâce au concours des médicaments ;
- Le modèle psycho-médical, d'interprétation psychologique plus que physiologique, et qui donne pour cause du symptôme des manifestations intra-psychiques ;
- Le modèle socio-médical, qui conçoit la maladie d'un point de vue davantage relationnel, et où les dysfonctionnements ont pour cause un déséquilibre entre l'individu et le mode de fonctionnement de la société à laquelle il appartient.

D'autre part, selon Laplantine, les causes de la maladie et les recours au soin sont sous-tendus par des croyances. Ces croyances sont décrites dans deux modèles : le premier considère la maladie comme une entité exogène. Dans ce modèle, l'apparition de la maladie trouve sa source à l'extérieur du sujet, et n'est, par conséquent, pas de son fait. Le second envisage la maladie sous un angle fonctionnaliste, la cause de l'apparition de la maladie est expliquée par un défaut d'adaptation aux événements vécus par le sujet. Dans ce modèle, le sujet est davantage impliqué dans l'apparition de la maladie.

Strauss (1978), quant à lui, met en évidence trois registres thérapeutiques. En effet, pour lui, la relation thérapeutique se négocie et dépend de trois facteurs : la relation entre le soignant et le patient (registre relationnel et affectif), la prise en compte des croyances du patient (registre communautaire et traditionnel), et l'exploitation par le professionnel de ses savoirs et de ses compétences d'expert (registre cognitif et technique).

2. Etat des lieux : domination du modèle biomédical

Le sociologue Aïach et l'anthropologue Fassin mettent en évidence la domination du « *paradigme scientifique* » sur les autres paradigmes du soin tels que « *l'expérience intime de la maladie* », ses conséquences sur la vie du patient, les représentations de la maladie. « *La médecine moderne n'est pas obligée de solliciter [ces domaines] chez le malade, car ils ne conditionnent pas l'organisation et le fonctionnement de l'exercice thérapeutique* » (1994, p. 37).

La médecine officielle a fait du modèle biomédical son système de représentation prédominant. Pour la médecine officielle, la maladie est une « *entité exogène pénétrée par effraction dans le corps du malade* » et la guérison serait une « *jugulation d'une positivité ennemie avec laquelle il ne faut pas composer* » (Laplantine, 1987, p. 39).

3. Eléments de comparaison des pratiques biomédicales et des pratiques « parallèles »

3.1. Le niveau relationnel

L'anthropologue Le Breton (1990, p. 112), met en lien le phénomène d'augmentation des connaissances médicales et une tendance de l'institution médicale à laisser le sujet avec sa souffrance : « *Tel est l'écueil d'une médecine qui n'est pas celle du patient : le recours à un savoir du corps qui délaisse l'homme souffrant* ». Il y a perte de l'aspect symbolique du soin, perte du relationnel. Laplantine, quant à lui, exprime la même idée quand il dit que l'homme « *n'est plus maître de conduire son destin* » face à une médecine de plus en plus envahissante (1987, p. 36).

C'est aussi une distance entre le patient et le « *spécialiste* » que crée le fait d'être en possession de multiples connaissances. « *Le médecin est en mesure de définir les besoins du malade auxquels il est possible et légitime de répondre. La différence dans les savoirs et les compétences spécialisées peut alors se transformer en distance sociale et en pouvoir sur les personnes* » (Adam & Herzlich, 1994, p. 38).

Cet essor de la spécialisation en lien avec l'augmentation des connaissances a entraîné une obligation de partage des tâches entre les différents spécialistes. « *Le malade (...) a de plus en plus souvent le sentiment d'un système fragmenté, peu « lisible » et dont la cohérence lui échappe* » (Adam & Herzlich, 1994, p. 39). C'est aussi l'idée de Le Breton (1990, p. 112) qui considère qu'à présent « *l'homme dans son identité propre, occupe une place anonyme dans cet édifice de connaissances et d'action* ». La médecine soignerait la maladie et non pas le malade. Le malade serait relégué au plan de spectateur.

Les médecines parallèles, contrairement à la médecine classique donnent une explication au sujet, sur sa maladie. Elles sont fondées sur l'idée qu'il manque à l'individu les éléments lui permettant de comprendre le sens de sa souffrance. En cela la médecine « classique » soigne le symptôme, c'est-à-dire le dysfonctionnement du corps du sujet alors que les médecines parallèles donnent du sens aux souffrances. « *Si la médecine répond à*

la question des causes de la maladie, elle laisse dans l'ombre celle de son sens » (Le Breton, 1990, p 119).

En donnant un sens à la maladie, le sujet deviendrait plus maître de sa santé et davantage acteur dans son soin. Les médecines parallèles sont, d'après Le Breton des médecines au service de la personne qui rendent le patient responsable de sa guérison : « *[les médecines « douces »] offrent des réponses qui ne s'arrêtent pas à un organe ou à la fonction malade, mais s'attachent à restaurer les équilibres organiques et existentiels rompus. Ce sont surtout des « médecines de la personne ». Elles se donnent le temps de la parole ou de l'écoute, le temps du geste, et du silence, et exigent de ses praticiens une solide capacité de résistance à l'angoisse du patient. Mais elles restituent au sujet sa pleine responsabilité dans la prise en charge de ses troubles. La force des médecines parallèles tient à cette capacité de mobiliser une efficacité symbolique souvent négligée par l'institution médicale » (1990, p144).*

Afin de reconsidérer la capacité de l'organisme à se soigner, d'expliquer au patient la source de sa souffrance, de le responsabiliser vis-à-vis de son soin, c'est un échange entre le patient et son soignant qui est à favoriser. Aïach et Fassin expliquent le « *succès populaire* » des médecines alternatives par le fait que le registre relationnel est alors investi (1994, p.37). C'est ce que dit Laplantine quand il explique que le modèle relationnel permettrait une plus grande implication du malade dans sa prise en charge. C'est sur ce modèle que s'appuient les médecines parallèles. « *Le rôle du soignant sera d'aider le patient à développer ses propres défenses* » pour rétablir un déséquilibre entre celui-ci et son environnement (Laplantine dans De Lopez & Raeth, 2008, p 12).

3.2. L'étiologie de la maladie

Selon Laplantine (1987, p. 39), deux systèmes de représentation du soin s'opposent. Les médecines douces considèrent que « *les affections [...] nous appartiennent [...], ont une signification et appellent à une activité de régulation adaptée à chacun* ». Ces pratiques thérapeutiques prennent en compte l'individu en globalité et sont préoccupées par « *la primauté accordée au rôle de l'endogène* », c'est-à-dire de ce que la source de l'apparition de la maladie est interne, et que, par conséquent, l'individu peut être acteur de sa guérison. Il existe dans ces pratiques une prise en compte du « *patrimoine pathologique* » de l'individu. Le « *patrimoine pathologique* » est, selon lui, à entendre comme les habitudes diverses pouvant nuire à la santé (1987, p. 35).

Les pratiques parallèles proposent de « *faire confiance à la nature, aux réactions de l'organisme en aidant à mieux se défendre, en lui apportant du confort. Alors la maladie est un défaut d'adaptation, alors guérir revient à se protéger, à se défendre* » (Laplantine, 1987, p. 39). A contrario, la médecine officielle voit la maladie comme entité ennemie à éradiquer.

L'auteur poursuit avec la question du temps, qui n'a pas la même signification dans les médecines classique et parallèles. Dans la conception des médecines parallèles, il est « *dangereux de contrarier les manifestations du symptôme qui est l'expression de l'organisme. Il faut le laisser s'exprimer* ». Alors que dans celle de la médecine classique, il convient de freiner l'évolution de la maladie. Une autre critique se situe dans le fait que

l'allopathie, par la médiation médicamenteuse, se montre trop « *brutale* » (Laplantine, 1987, p. 35).

3.3. L'évolution des maladies et de leur traitement

Herzlich (1984, p. 256) estime que la puissance de l'organisme en terme de guérison est mise à l'écart par la médecine classique : « *la conception d'une autre approche se fonde souvent sur l'idée, très anciennement enracinée et partagée par presque tous, de la puissance d'auto guérison de l'organisme. C'est celle-ci, pensent ces malades, qui est négligée, voire détruite, par la médecine scientifique, et de là dérivent les limites de son efficacité* ».

Selon Bouchayer (1994, p. 206), « *les médecins doivent faire face à une augmentation des maladies dites psycho-somatiques* » (1994, p.206). Herzlich parle de « *surmenage, de fatigue, de nervosité, de dépression* ». Ces troubles sont considérés comme « *des maladies des temps modernes, liées à la société urbaine, dans laquelle les conditions de travail, de temps de transport, de logement et d'alimentation, sont indissociables et forment un ensemble pathogène* » (1991, p.91). Cette même auteur, définit le stress comme les réactions en chaîne de l'organisme à des pressions excessives menaçant son équilibre (1991, p.51). Ces maladies sont à considérer comme maladie du corps et de l'âme.

Certains usagers s'éloignent de la voie allopathique, et se tournent vers des pratiques parallèles. Selon Le Breton (1990, p. 139), ce recours « *traduit l'émergence de valeurs ascendantes qui organisent de plus en plus les formes de la socialité : souci de soi, du naturel, du « bio », de la forme, volonté de s'entretenir, méfiance devant les traitements perçus comme lourds et agressifs de la médecine (d'où ce qualificatif de « douceur » affublées à ces médecines alternatives) ; valeurs privilégiées [des médecines dites « parallèles* »]. Cet engouement suppose un décalage entre les demandes sociales en matière de soins et de santé et les réponses de l'institution médicale. Souvent l'échec du traitement médical incite le patient à se tourner vers des praticiens d'un autre ordre dans un souci d'expérimentation. Ou encore le souci de pondérer les effets des traitements médicaux ou de les accompagner en multipliant les chances de guérison ».

Les médecines parallèles se proposent de restaurer le lien entre ces deux entités en reconsidérant le corps. C'est ce thème que nous allons aborder dans une deuxième partie. Nous avons vu, dans cette deuxième partie, différentes représentations de la maladie et du soin. Comment se positionne la pratique thérapeutique Feldenkraïs au sein des modèles présentés ? Nous allons préciser ce positionnement par rapport au concept de « corps ».

III. Le corps : représentation, investissement et place dans le soin orthophonique

1. Du corps que l'on est au corps que l'on a

1.1. Le corps cosmique

Le corps est notre souche identitaire, il a longtemps été considéré comme le vecteur de l'unicité de l'être, « *mêlé au cosmos, à la nature et à la communauté* » (Le Breton, 1990, p. 32). L'existence de son corps, signe l'existence de l'individu dans le monde.

1.2. Une scission entre le sujet et son corps

« Longtemps considérées comme une violation de l'être humain, créature divine, les actions de l'outil dans le corps marquent un premier pas vers la dissociation entre le sujet et son corps » (Le Breton, 1990, p. 78).

C'est, selon Le Breton, entre le XVI^{ème} et le XVII^{ème} siècle avec l'amélioration des connaissances anatomiques et l'essor des pratiques chirurgicales, que naît une scission sujet-corps. Plus tard, avec l'avènement de la technique, le corps est mis au même plan que la machine, « *les métaphores mécanistes pour en rendre compte, les prothèses correctrices qui se multiplient* » témoignent de ce phénomène.

C'est, pour l'auteur, l'ère de l'individualisme, sous-tendue par un repli sur soi du sujet à l'inverse des sociétés traditionnelles communautaires où le sujet fait partie intégrante du groupe et de son environnement, qui a vu naître une dissociation entre corps que l'on est et corps que l'on a.

1.3. L'ère de l'autonomie dans l'entretien du corps : le beau et le sain.

Avec la montée de l'individualisme, les pratiques d'entretien du corps se multiplient. L'enjeu est alors de soigner l'image du corps, première représentation de soi au sein de la société. Le culte de l'apparence est en plein essor, l'activité physique est mise en valeur et « *avoir la forme* » est un élément majeur pour l'image de soi et de santé. « *Désignant à la fois un état de disponibilité corporelle et de bien être psychique, la forme intègre une double dimension : hygiénique et esthétique. Chercher à atteindre la forme nécessite, d'une part un travail de « l'aspect corporel », d'autre part la recherche d'un état organique optimum correspondant à la « santé »* » (Travaillot, 1998, p. 78).

1.4. Un dualisme bien présent

« Qu'il soit célébré ou gommé, le corps dans notre société est fragmenté, le dualisme de la modernité se déploie sur deux versants opposés : d'une part sur celui du corps survalorisé faisant l'objet de toutes les attentions, d'autre part sur celui du corps

déprécié car jugé encombrant » (Duret & Roussel, 2002, p. 60). Le regain d'intérêt pour les pratiques corporelles se fait en parallèle d'un phénomène social : l'individu contemporain doit être un sujet performant. En ce sens, le corps est tantôt l'objet permettant d'atteindre ses objectifs sociaux, tantôt l'enveloppe qu'il est essentiel d'entretenir afin d'assurer son propre bien-être.

En effet, actuellement, comment ne pas remarquer l'importance de l'image du corps dans les médias, l'importance du marché de la forme, des pratiques alimentaires, esthétiques, sportives. Cette forte représentation du corps dans le monde contemporain témoigne de cette « *survalorisation du corps* ». En outre, la « *ritualité* », à entendre comme la succession des actions constituant le rapport de l'individu à son environnement et à ses pairs, force le corps à s'effacer : « *Dans l'écoulement de la vie courante, le corps s'évanouit. Infiniment présent puisqu'il est le support inévitable, la chair de l'homme, il est aussi infiniment absent à sa conscience* » (Le Breton, 1990, p. 182). Le corps est de plus en plus perçu comme encombrant dans le monde social.

Un paradoxe est nettement observable dans ce phénomène de succession entre délaissement du corps, d'une part, et intérêt et attention pour celui-ci, d'autre part. Au cœur de ce paradoxe, on observe un besoin de réenchancement du soin par la réappropriation du corps. « *Le monde contemporain réduit le continent corps. En n'étant plus le centre de rayonnement du sujet il perd sa puissance d'action sur le monde et en contrepoint les pratiques et les discours à son propos prennent une ampleur grandissante* » (Le Breton, 1990, p. 187).

2. Les pratiques corporelles pour « réhabiter » son corps

2.1. Principes des méthodes psychocorporelles

La psychologue Brocq met en lien malaise social et malaise psychologique des individus : « *De nos jours, les individus ressentent, à des degrés différents, le manque de stabilité de leur vie quotidienne et la difficulté croissante à maîtriser leur avenir. (...) Nous assistons à un véritable télescopage psychologique et social qui met en cause les bases mêmes de notre culture* » (2008, p. 37-38).

C'est par le corps, l'enveloppe, le contenant de l'individualité que se fait la recherche d'une adaptation à l'environnement social et d'un équilibre. Il est intéressant de noter qu'au regard des pratiques mettant en lien corps et psychisme, le mal (la douleur, la maladie) est appréhendé comme un déséquilibre entre le sujet, son environnement et ses pairs, et que le corps, « *point nodal de notre ancrage au monde* » (Brocq, 2008, p. 38), est le seul moyen de rétablir un rapport de bien-être avec le monde. Dans notre société de l'action, (voire de « *l'hyper-action* »), notre corps constituerait une « *barrière défensive pour lutter contre la confusion moi-autre* » (Brocq, 2008, p. 39). Ce que proposent les pratiques psychocorporelles est de réconcilier corps et psychisme.

Le soin par les pratiques psychocorporelles considère le corps, l'âme et l'esprit comme intimement liés. Ce genre de pratiques prennent le corps comme médiation afin « *de ramener à la conscience des contenus refoulés et d'intégrer ce qui était auparavant insupportable* » (Largier, 2008, p. 13). Le stress, la douleur, ont un impact sur l'individu

qui peut refouler dans son inconscient les événements « *traumatiques* » de sa vie. Un bénéfice peut être trouvé par l'exploration corporelle, source « *d'approfondissement et d'élargissement de la connaissance de soi* » (Largier, 2008, p. 13).

2.2. L'internalité du corps

« *Le corps s'est « psychologisé », à l'image d'un individu qui se revendique plus maître de lui avec la modernité. D'où la présentation d'exercices inédits : « concentrez votre attention sur la respiration », par exemple, ou « concentrez votre attention sur le muscle qui travaille, pensez à lui et tâchez de le sentir accomplir sa fonction » » (Vigarello, 2006, p 178). De plus en plus d'approches proposent une prise de conscience en profondeur du corps. Cela passe par un travail de représentation mentale comme l'explique Vigarello, l'enjeu étant de connaître son corps dans ses moindres recoins afin de mieux en appréhender les mécanismes.*

« *Les méthodes s'accumulent proposant dès les années 1960 la recherche d'une « connaissance parfaite des tensions de son corps », celle d'une totale « perception du corps propre », celle d'une « parfaite image de soi ». Elles inventent des termes, comme ceux d'« attention intériorisée », ceux de « création d'image mentale » ceux de « représentation mentale ». Elles inventent des images aussi, associées à la sensibilité motrice (...) pour mieux aiguïser les prises de conscience. Elles poursuivent, tout simplement, la volonté d'une perception exhaustive de l'intériorité : « Il faut que toutes les sensations de n'importe quelle partie du corps soient intégrées dans un ensemble cohérent ». Le travail sur soi prétend plus que jamais se faire travail mental » (Vigarello, 2006, p 190).*

3. Le corps dans la rééducation orthophonique

Les prises en charge nécessitant une action sur le corps représentent une minorité dans le champ de compétence des orthophonistes. Nous pouvons citer les rééducations des troubles de la déglutition, des troubles des fonctions oro-myo fonctionnelles et des troubles de la phonation. Toutes ces rééducations ont une action sur le corps puisqu'il s'agit de rétablir son fonctionnement ou de contourner les difficultés afin de rendre la fonction la plus efficiente possible par compensation.

De plus, certaines rééducations orthophoniques se font via le corps. Ce dernier sert de médiateur pour la rééducation. La dynamique naturelle de la parole (DNP) en est un exemple. L'orthophoniste est amené à faire sentir, par des massages, les différents sons de la langue. Il s'agit alors d'intégrer dans le corps, de manière sensorielle, ou par représentation mentale, un mécanisme dont la mise en place naturelle pose problème. La rééducation du bégaiement peut également utiliser le corps : ce dernier devient un moyen d'extérioriser des éléments problématiques et sources de souffrance.

Mais la manipulation reste rare en orthophonie. On peut citer la formation Ostéovox qui a vu le jour il y a quelques années et qui enseigne la manipulation sur les principes d'ostéopathie appliqués à la zone laryngée. Et même la formation LVP, qui met le corps et sa globalité à une place centrale, n'a pas recours à la manipulation.

Le toucher n'est pas anodin et c'est ce que dit Nettleton (1995, p. 116-120) : « *le corps n'est pas qu'un objet de soin mais aussi un lieu de négociation sociale où le sens du tactile est loin d'être innocent* ».

Cette troisième partie sur le corps nous amène à nous demander si l'expérience du corps ne serait pas « une clé » pour comprendre les trajectoires des orthophonistes formées à LVP ou Feldenkraïs : quelle est la place du corps dans leur vie personnelle et dans leur pratique orthophonique ?

IV. Résonance entre le cadre social et les acteurs

1. Habitus et « dispositions »

L'habitus correspond, selon Bourdieu (1980 p. 88) à « *un système de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structure structurante, c'est-à-dire en tant que principe organisateur et générateur de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leur but sans supposer la visée consciente de fins* ».

L'habitus ne reflète pas seulement la domination du social sur la singularité individuelle. « *Produit de l'histoire, l'habitus produit des pratiques, individuelles et collectives, donc de l'histoire, conformément aux schèmes engendrés par l'histoire ; il assure la présence active des expériences passées qui, déposées en chaque organisme sous la forme de schèmes de perception, de pensée et d'action, tendent, plus sûrement que toutes les règles formelles et toutes les normes explicites, à garantir la conformité des pratiques et leur constance à travers le temps* » (1980, p. 91).

Les pratiques d'un individu sont à considérer dans leurs aspects individuel et collectif dans la mesure où elles sont l'action de l'individu qui se meut au sein d'une société et qui est imprégné de ses mécanismes.

« *Le développement de l'individu est [...] lié aux pratiques corporelles qui caractérisent un contexte social et culturel spécifique. Elles sont initiées avant même la naissance de l'enfant et se prolongent tout au long de son éducation et de son inscription dans une réalité individuelle et sociale* » (Arborio, 2008, p. 57).

Minary, psychologue, parle des familles et des corps comme d'« *institutions [à] considérer comme des produits d'une dynamique sociale et historique* » (2010, p. 161). Il explique qu'à partir de Durkheim, par « *institutions* » on entend : « *organisations juridiques et politiques dont font partie les gestes et les coutumes, les modes et les systèmes de pensée [...] en cela qu'ils sont des « forces extérieures à l'individu » qui le « contrôlent* ». C'est donc à la fois l'héritage social et l'héritage familial qui façonnent les représentations individuelles du rapport au corps et par conséquent les recours à des pratiques particulières.

L'auteur met en avant les caractères inné et acquis des représentations du corps. « *Dans son rapport au corps, figurent chez l'individu des caractères innés qui renvoient à son individualité et des caractères acquis liés à son milieu socioculturel, et plus*

particulièrement à son éducation et à son expérience. Dès lors, la frontière entre ce qui relève d'une singularité individuelle et ce qui fait référence à un contexte social plus large nécessite d'être considéré à partir de l'analyse de situations socioculturelles spécifiques » (Arborio, 2008, p. 55).

2. L'individu comme acteur, le point de vue interactionniste

Les auteurs interactionnistes ne voient pas l'individu comme déterminé par son environnement social. « *L'individu est un acteur agissant avec les éléments sociaux* » (Le Breton, 2004, p. 47).

« L'interactionnisme n'entend pas nier le rôle des positions statutaires dans la situation de l'interaction mais en relativise l'importance dans la mesure où l'action n'est que partiellement structurée par les attributs liés à la position sociale » (Etienne, 1995, p. 110).

2.1. La professionnalisation des métiers paramédicaux

Parsons, sociologue fonctionnaliste définit le professionnel par différents critères (Gay, 2004, p. 114).

- La possession d'un savoir pratique, rationnel qui est le résultat d'un apprentissage scolaire et scientifique et s'oppose à un savoir traditionnel.
- La détention d'une compétence technique spécifique distincte d'une compétence qui se diffuse. Elle établit une différence entre ceux qui la possèdent (les professionnels) et ceux qui ne la possèdent pas.
- L'objectif de parvenir à l'élaboration et au renforcement de valeurs universelles et non pas particularistes.
- La recherche d'une attitude affectivement neutre ; dimension restrictive à la médecine, au droit, à la recherche et à l'enseignement.

Freidson, (1984 p. 79), quant à lui, nous éclaire sur la professionnalisation des métiers paramédicaux : un « *métier paramédical peut atteindre le degré d'autonomie d'une profession à condition de contrôler un domaine d'activité disjoint qui peut être isolé du champ global de la médecine et où la pratique n'exige pas le contact quotidien avec les médecins, ni le recours à leur autorité* ».

2.2. La pratique professionnelle

Pour Abbott (1988, p. 152), « *ce qui fonde le fait professionnel, en constitue la signature, c'est la capacité à mobiliser une « inférence », c'est-à-dire à articuler savoir formel et pratique concrète. L'inférence est l'interface entre le diagnostic qui est fait et la remédiation apportée* ».

Perdrix (2007, p. 152) utilise ce concept pour analyser les pratiques orthophoniques : « *l'orthophonie [étant dans le champ] paramédical [n'est] pas une science et doit puiser*

dans des champs connexes et multiples des fondements théoriques propres à éclairer sa pratique. Donc pour faire face à des inférences plurielles (médecine, neuroscience, psychologie, linguistique...) dont la compatibilité ou l'articulation n'est pas toujours évidente. S'il est possible que l'orthophoniste jongle aisément avec l'ensemble de ces savoirs, on peut aussi envisager qu'un choix est opéré, privilégiant telle inférence plutôt qu'une autre. Positionnement en conséquence des systèmes de représentation de la maladie (croyance) ou découlement des nécessités de démarcation d'autres groupes professionnels (stratégie) » ?

2.3. Les segments professionnels

La profession est définie comme une « *agrégation de segments poursuivant des objectifs divers, plus ou moins subtilement maintenus sous une appellation commune à une période particulière de l'histoire.* » (Bucher et Strauss, 1978, p. 69). La notion de segment renvoie donc à des groupes de professionnels qui émergent suite à des divergences de carrière ou de valeurs.

Pour Dubar et Tripiier, « *il n'existe pas de profession unifiée* » (1998, p. 248). La diversité est alors au cœur de la conception des professions. En outre, selon les segmentations (pratiques professionnelles, carrières) et leur croisement, des sous-segments peuvent émerger.

La diversité des pratiques est inévitable, et Champy préconise de « *chercher au niveau d'une culture commune aux membres de la profession, un système intégré de valeurs, de savoirs et de savoir-faire que les professionnels activent de façons diverses* » (2009, p. 130). Et il rajoute que « *pour saisir la stabilité des valeurs à l'œuvre dans le travail professionnel, il faut rompre avec une conception qui les associe au conflit* », prenant alors de la distance avec la définition straussienne.

2.4. Les mondes sociaux

Morin (2004, p. 221), explique que « *les métiers de la santé se développent en segments globalement confédérés* », mais très diversifiés et parfois même avec des intérêts contraires. Ainsi, des « *agrégations de segments* » se construisent parfois plus facilement entre différents groupes professionnels qu'à l'intérieur d'un même groupe. Le travail pluridisciplinaire apparaît alors plus facile dans la mesure où les tâches effectuées sont complémentaires.

Les équipes pluridisciplinaires constituent des « *mondes sociaux* » (Strauss, 1978, p. 272), c'est-à-dire un ensemble de professionnels de différentes professions qui partagent valeurs et croyances. Les interactionnistes insistent sur le fait que les « *mondes sociaux* » sont des entités en mouvements.

2.5. Les trajectoires professionnelles : les carrières

Hughes définit le concept de « *carrière* » (1937 p. 404-413) « *dans sa dimension objective, [comme se composant] d'une série de statuts et d'emplois clairement définis, de suites typiques de positions, de réalisations, de responsabilités et même d'aventure. Dans sa dimension subjective, une carrière est faite des changements dans la perspective selon laquelle la personne perçoit son existence comme une totalité et interprète la signification de ses diverses caractéristiques et actions, ainsi que tout ce qui lui arrive* ».

3. La dynamique de légitimation

3.1. La légitimité

Selon Weber (1947, p. 270), la domination s'appuie sur 3 types de légitimité :

- la légitimation traditionnelle (la légitimité vient de la régularité intrinsèque des coutumes et des traditions) ;
- la légitimation charismatique (la légitimité vient de l'autorité personnelle du chef ou la force héroïque d'une personne, même les qualités extraordinaires d'un individu) ;
- la légitimité rationnelle (la légitimité vient du respect de la loi)

Laplantine estime que seul le modèle biomédical est reconnu comme légitime d'un point de vue social au sein du système de soin : « *la pensée médicale officielle de notre société, celle qui bénéficie de la plus grande légitimation sociale, ne serait guère compréhensible sans son modèle épistémologique de référence qui est celui des sciences exactes. Plus précisément, elle se constitue elle-même comme étant le relais pratique de la biologie. Son discours, co-extensif à son objet, est le biomédical et n'en connaît ni n'en reconnaît d'autres. Et tout ce qui pour elle n'entre pas dans ce champ de savoir est soit abandonné aux élucubrations de la pensée non scientifique, soit appelé à s'y soumettre. Or ce qu'il importe de comprendre, c'est que c'est bien cette primauté exclusive du modèle épistémologique adopté qui est seule capable de rendre compte de « la permanence de la médecine occidentale des temps modernes » (réaliser des découvertes qui entraîneront une révolution de la pratique du diagnostic et de la thérapie) mais en restant toujours profondément identique à elle-même* » (1984, p 266).

Les propos d'Aïach et Fassin viennent corroborer cette idée : « *les praticiens des médecines parallèles essaient d'obtenir une chaire universitaire. La conquête d'une légitimité passe ainsi par la légalisation ou, pour le dire en termes weberiens, par une double caractérisation rationnelle et légale des activités sociales modernes ; la légitimation légale semble partiellement compenser, pour ces professionnels, le déficit de légitimité rationnelle induit par la domination du paradigme scientifique* » (1994, p. 41).

3.2. La formation continue

La formation continue peut constituer une démarche de professionnalisation qui permet au praticien de sécuriser ou de revaloriser son identité professionnelle.

C'est ce qu'explique Blin (1997, p. 215) : *« les stages de formation s'imposent d'abord par la nécessité de sécuriser et de valoriser l'image que les professionnels se sont construits d'eux-mêmes »*. Mais ces stages permettent également de prendre du recul sur les pratiques et ainsi de retrouver une motivation professionnelle. Ils permettent de *« réactiver [leurs savoirs] », d'échanger avec d'autres professionnels, de renforcer leur « évolution personnelle » et éventuellement « d'envisager des améliorations statutaires et défendre [leurs] identités professionnelles »*.

Blin (1997, p. 215) met en évidence que la professionnalité requiert une articulation entre formation continue et *« accompagnement professionnel sur le terrain »*. En effet, la formation continue remplace des modèles implicites par des *« capacités d'analyse sur et à l'extérieur même des pratiques »*. Cela nécessite des dispositifs d'accompagnement dont le but serait d'aider *« les acteurs à produire de nouvelles représentations des processus dans lesquels ils sont engagés et qui les finalisent »*. Blin précise que l'accompagnement professionnel nécessite une demande des professionnels et que toute attitude prescriptive et toute notion de pouvoir doivent être abandonnées. *« Il s'agit de concevoir des démarches et des outils (...) pour aider les professionnels à analyser et comprendre leurs problèmes et les soutenir »*.

3.3. Le travail de légitimation : la rhétorique professionnelle

Paradeice, dans son article sur la rhétorique professionnelle et l'expertise, met en évidence que toute profession *« doit produire un travail permanent d'entretien de la croyance face à ses divers auditoires, de façon à maintenir l'adéquation des perceptions du savoir, du besoin et de la relation entre savoir et besoin »* (1985, p. 54). La rhétorique repose sur trois prémisses :

- Les valeurs du besoin, il y a alors un travail d'identification et d'extension.
- Les valeurs de la science : il y a un travail de reconnaissance scientifique difficile notamment parce qu'il est nécessairement lié à l'assentiment d'un public éminent ; et un travail de formation continue des professionnels eux-mêmes.
- Les valeurs de compétence.

3.4. Le réseau : enjeu de légitimité et fonctionnement

Carricaburu et Ménoret (2005, p. 69) citent Strauss : *« La pratique des professionnels devient de plus en plus une pratique d'interdépendance entre les professionnels dans la mesure où la prise en charge du patient est nécessairement multidisciplinaire et que la nature des tâches s'en trouve modifiée »*. Le réseau répond donc à un besoin et est ainsi impliqué dans le processus de légitimation.

Le travail en réseau nécessite néanmoins la mise en œuvre de stratégies, de travaux d'articulation et de régulation.

Pour tenter de s'adapter au mieux au cours de la maladie, le médecin dispose en général d'un protocole à suivre. Le protocole peut s'apparenter à un cadre structurant. Lorsque la pathologie est complexe, il s'agit de préciser toutes les étapes de la prise en charge, c'est-à-dire « *l'ensemble du travail qui aura besoin d'être fait pour maîtriser le cours de la maladie et remettre le patient dans une forme suffisamment bonne* » (Strauss, 1978, p. 176). L'arc de travail va prendre forme avec l'articulation de la trajectoire. L'articulation

correspond à la coordination entre les différentes tâches. Elle est essentielle dans une prise en charge pluridisciplinaire. D'après Strauss, le travail d'articulation y est pour beaucoup dans la réussite médicale.

Reynaud (1999, p. 158) explique que, selon Roethlisberger et Dickson, on distingue à l'intérieur de l'organisation sociale, une organisation « *formal* » (officielle, explicite) une organisation « *informal* » (officieuse, qui n'apparaît qu'à l'aide de l'observation et d'entretiens). Toutes deux reposent sur un système de valeurs et de croyances (que les auteurs appellent « *système idéologique* »). On peut caractériser la première par la logique du coût et de l'efficacité. L'autre est liée à une logique des sentiments qui, comme son nom l'indique, est profondément enracinée dans les sentiments et qui représente les valeurs inhérentes aux relations entre hommes des différents groupes de l'entreprise.

Cette quatrième partie nous amène à ce raisonnement. L'individu, dans une perspective interactionniste, est un acteur. Il possède des dispositions éducatives et culturelles qui orientent ses choix personnels et professionnels. Les acteurs LVP possèdent des valeurs communes qui sous-tendent la cohérence du travail en équipe. Nous souhaiterions voir en quoi la trajectoire des orthophonistes entre en résonance avec la dynamique de légitimation du cadre.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Comme nous l'avons vu, l'approche universitaire et l'approche que propose l'association LVP diffèrent dans la prise en charge des troubles de la déglutition. La rééducation selon l'approche Feldenkraïs a une dominante proprioceptive tandis que la rééducation enseignée à l'université agit essentiellement sur l'aspect musculaire.

Notre intérêt se porte sur le positionnement de l'approche Feldenkraïs par rapport aux différents modèles de pratiques thérapeutiques. Le concept de corps constitue alors pour nous une clé d'analyse. En effet, il est au centre de l'approche Feldenkraïs et de la prise en charge LVP et nous pensons qu'il tient une place importante dans les trajectoires personnelle et professionnelle des orthophonistes formées.

Pour mener à bien notre réflexion, il convient de considérer l'association LVP comme un cadre social en mouvement.

Notre cheminement aboutit à cette question :

**« Comment se construisent les trajectoires des orthophonistes formées à l'approche
« Langue-Voix-Posture » ? »**

Hypothèse générale :

Les trajectoires de ces orthophonistes sont une production conjointe de la dynamique des acteurs et des cadres sociaux en mouvement.

Hypothèse 1 :

Les trajectoires des orthophonistes « Langue-Voix-Posture » reflètent et construisent les pratiques personnelles et les orientations professionnelles.

- Les orthophonistes ont recours à des pratiques de soin alternatives et des pratiques corporelles.
- Leur pratique professionnelle, leur choix de formations continues, le travail en réseau, orientent les trajectoires des orthophonistes.

Hypothèse 2 :

Les trajectoires des orthophonistes « Langue-Voix-Posture » s'inscrivent dans un processus de légitimation du cadre social.

- La formation continue participe au processus de légitimation de l'association LVP auprès des autres professionnels.
- Le cadre médical « sécurise » les orthophonistes dans leur prise en charge alternative.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTALE

I. Généralités

Le travail de recherche en sciences sociales commence par un constat issu d'observations empiriques. Un questionnement au sujet de ce constat permet de circonscrire l'objet de la recherche. L'exploration, l'observation, la construction d'outils permettant un recueil de données, l'analyse et l'interprétation des résultats permettent d'aboutir à une objectivation de l'objet.

Mener un travail de recherche en sciences sociales implique deux dynamiques de travail qui se complètent et se mêlent perpétuellement : la première émane des énoncés théoriques et des concepts, la deuxième des éléments empiriques récoltés sur le terrain. C'est le tissage de ces deux éléments qui va amener le chercheur en sciences sociales à pouvoir tirer des résultats de ses recherches.

1. Construction de l'objet

1.1. Construction de l'objet disciplinaire : orthophonie et sciences sociales

Notre recherche s'inscrit dans la continuité des travaux de recherche en sciences sociales déjà menés au préalable dans le domaine de l'orthophonie sous la direction de L. Tain et de l'équipe Kalliopé. Le prisme des sciences sociales nous permet d'analyser la trajectoire des orthophonistes interviewées.

Il s'agissait pour nous d'un travail sur des acteurs. Bercot et Mathieu-Fritz décrivent ainsi le travail dans le cadre des sciences sociales : « certains voient la sociologie comme une interprétation scientifique de la réalité. Le point de vue des acteurs est, dans cette perspective, considéré comme partiel et partial. Les acteurs ne possèdent pas les outils scientifiques pour analyser la réalité. Ils sont dominés par des représentations partielles de la réalité, des idéologies qui modifient et biaisent leur perception du réel ».

De ce fait, le métier de sociologue ne peut être qu'une affaire de scientifiques. Bercot et Mathieu-Fritz citent Durkheim (2008, p. 232) : « considérer les faits sociaux comme des choses et ne pas s'en remettre au discours des acteurs pour penser le social. Selon cette conception, le sociologue, pour comprendre l'existence d'un phénomène, repère et étudie les régularités et les faits durables traversant l'ensemble de la société. Il rapproche des variables que l'on n'avait pas eu forcément l'idée d'associer spontanément. Ce rapprochement des variables est en général lié à la construction de l'objet de recherche ».

1.2. Pré-construction sociale de l'objet d'étude

Selon Pires (1997, p. 37), au regard des travaux de Schutz, « l'objet a été conçu par un travail de l'esprit ou créé par le biais d'institutions ou de pratiques sociales avant que le chercheur n'entreprenne sa recherche sur cet objet. (...) ».

La population observée qui constitue notre objet d'étude, est un « segment professionnel », les orthophonistes qui le constituent se sont déjà construites une identité, tant sociale que professionnelle basée sur leurs habitus, façonnée par leurs trajectoires personnelles et professionnelles.

1.3. Construction de notre objet d'étude

Comme nous l'avons vu, l'objet d'étude était pré-construit, et nous avons choisi de l'exploiter. Pour cela, nous avons dû nous plonger dans les lectures. Notre questionnement de départ, très large, nous a amené à lire des ouvrages très divers. Au fil de nos lectures, nous avons concrétisé notre objet de recherche. Nous avons également pu rencontrer deux personnes engagées dans l'association LVP. Ces rencontres nous ont permis de définir plus précisément notre objet d'étude.

2. Position du chercheur

2.1. La recherche « de l'intérieur »

Lorsque nous avons interrogé les orthophonistes, nous n'avons pas pu faire fi de notre histoire : étudiantes, femmes soignantes et soignées. Nous faisons partie de ce monde social. Ainsi, nous avons gardé en tête que nous observerions « de l'intérieur » (Pirès, 1987, p. 46).

Nous avons ressenti le fait que la subjectivité « revêt une importance capitale pour la compréhension, l'interprétation et l'explication scientifique des conduites humaines » (Pires, 1997, p 56).

C'est cette condition d'acceptation d'une certaine subjectivité qui permet au chercheur de prétendre capter une « réalité sociale ». C'est ce qu'explique Schutz (1987, p 49) : « en adoptant l'attitude scientifique, le chercheur observe les modèles de l'interaction humaine ou ses conséquences. Cependant, il doit interpréter ces modèles d'interaction en termes de structure subjective de signification à moins qu'il ne renonce à tout espoir de saisir la « réalité sociale ».

Nous avons pris conscience de notre subjectivité pendant ce travail de recherche, comme nous avons pris conscience de la subjectivité des orthophonistes interviewées.

2.2. La subjectivité

Le but du chercheur est de parvenir à l'objectivation de faits construits grâce à des données subjectives. Un chercheur qui serait capable tout au long de son travail de ne jamais participer sur quel plan que ce soit aux « relations entre moyens et fins, aux motifs et aux chances, aux espoirs et aux craintes que l'acteur utilise dans le monde social » (Pires, 1997, p. 60) serait le chercheur idéal. Le chercheur doit faire avec sa propre subjectivité et ceci présente des écueils.

Pour notre recherche, nous sommes parties d'hypothèses et avons interrogé les orthophonistes sur différents thèmes. Notre statut d'enquêteur nous plaçait, lors des entretiens, en situation d'interaction avec l'orthophoniste interviewée. Etre en situation d'échange avec un individu demande une implication de la part des deux interlocuteurs.

2.3. Notre confrontation aux écueils

L'enquêteur en sciences sociales doit établir une interaction naturelle pour gagner la confiance de l'acteur interrogé sans pour autant s'impliquer. C'est une difficulté que nous avons rencontrée. Au cours des entretiens, il est arrivé que nous participions au cheminement d'idée, que le choix du registre de nos questions soit trop inductif.

Le sociocentrisme est le phénomène qui fait que le chercheur, rejette certains propos qu'il considère comme non intelligibles du fait de leur non-compatibilité avec ses pré-supposés. Dans notre quête de données, il nous est arrivé d'adopter cette attitude « sociocentrée ». Il est possible que nous soyons passées à côté de discours intéressants.

Un autre écueil auquel nous avons été confrontées est celui de la rhétorique professionnelle. C'est le fait que l'interviewée se dissimule de manière inconsciente derrière sa position sociale qui induit un rôle à tenir devant l'interlocuteur.

II. Recueil des données

1. L'enquête téléphonique

1.1. Recueil des données

Nous avons réalisé un sondage par échantillon aléatoire afin de mieux cerner la notoriété de la formation LVP (cf. annexe IV). Grâce à une liste numérotée des orthophonistes Rhône-Alpes et un tableau de nombres au hasard, nous avons procédé au tirage au sort de cinquante orthophonistes libéraux. Nous les avons interrogées, par téléphone. Voici les questions :

- Quel est votre lieu d'exercice ?
- Où et quand avez-vous obtenu votre diplôme ?
- Connaissez-vous « Langue-Voix-Posture » ?

-
- Avez-vous fait la formation ? Si oui : quand et où ?
 - Pensez-vous que nous devrions l'enseigner à la faculté ?
 - Quelle est votre opinion sur LVP ?
 - Selon vous, quelle est l'opinion de la profession sur LVP ?

Le tableau suivant présente l'échantillon des orthophonistes interrogés. Ces derniers sont répertoriés par ville et année de formation.

Tableau 1 : Présentation de l'échantillon par année de diplôme et lieu de formation

<i>Année</i>	1972-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2010	Total
<i>Lieux de formation</i>					
Lyon	10	5	10	9	34
Autres villes	6	3	2	5	16
Total	16	8	12	13	50

1.2. Analyse des données

Nous avons traité les données en fonction de deux variables : la ville du diplôme et l'année du diplôme. Nous cherchions à établir un lien entre la notoriété de la formation LVP et les générations de diplômés et un lien entre la notoriété de la formation LVP et la ville d'obtention du diplôme. Nous avons donc réalisé des tableaux récapitulatifs en associant un pourcentage pour chacune des questions (cf. annexe V).

2. Recueil d'information : l'approche qualitative par entretien semi-directif

2.1. La définition de la population

Nous avons réalisé quinze entretiens avec des orthophonistes inscrites dans le "fichier LVP" dont se sert l'équipe pluridisciplinaire LVP pour orienter le patient, en fonction de son lieu de résidence. Dans ce fichier, deux types d'orthophonistes sont confondus : les orthophonistes qui ont fait la formation LVP proposée par Martine Joly, et les orthophonistes qui ont suivi ou qui suivent une formation Feldenkraïs.

Sur les quinze orthophonistes que nous avons rencontrés, onze ont fait la formation LVP : mesdames A., C., E., G., H., I., J., L., M., N. et O. ; quatre suivent de manière régulière les formations Feldenkrais proposées par François Combeau, intitulées « articulation, phonation, déglutition » : mesdames B., D., F. et K. Ces orthophonistes sont âgées de 34 à 61 ans et sont toutes en libéral (cf. annexe VI).

Le fichier contient les coordonnées d'orthophonistes de toute la France. Nous avons privilégié la rencontre avec des orthophonistes de Rhône-Alpes (Rhône, Ardèche) dans un désir de cibler nos recherches notamment sur le travail de coopération entre les différents professionnels concernés. Notre échantillon s'est constitué en fonction des réponses positives des orthophonistes, seules 15 sur 30 appelées ont accepté un entretien.

Nous situant dans une démarche qualitative, nous n'avons pas de critères statistiques pour déterminer la taille de l'échantillon. Nous avons donc voulu tendre vers la saturation de l'échantillon. « La saturation est atteinte lorsque la recherche empirique ne révèle plus rien de nouveau » (Dépelteau, 2000, p. 376). La saturation est donc atteinte si les réponses aux entretiens sont des répétitions ou des reformulations des réponses apportées lors des entretiens précédents.

2.2. Le déroulement de l'enquête : du guide d'entretien au déroulement des entretiens

« Les phénomènes n'apparaissent pas directement aux acteurs avec des significations qui seraient « incorporées » à eux, à la manière dont la linguistique voyait « le message », directement porteur de sens. Les significations « émergent » à partir d'un travail, quasi intuitif et immédiat, fait par l'acteur en action, avec ses projets et ses habitudes cognitives, affectives et comportementales. » (Paillé & Mucchielli, 2003, p. 12)

L'entretien permettra aux acteurs de faire émerger des significations, mais il s'agira toujours de faire un travail de mise en relation avec un contexte. Les contextes pertinents, pris comme référents peuvent varier pour chaque acteur.

2.2.1. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est un outil pour mener l'entretien. Il s'agit d'une traduction des hypothèses en questions contextualisantes. En effet, comme nous l'avons vu, les significations émergent lorsque les orthophonistes sont amenées à situer leurs propos dans des contextes.

Ainsi, dans notre guide d'entretien, pour avoir des informations sur la représentation du soin des orthophonistes, nous leur avons demandé de nous décrire une ou plusieurs séances bien précises.

Le guide d'entretien est organisé de façon à pouvoir vérifier que nous avons abordé tous les éléments souhaités, que ce soit des éléments factuels (la ville d'obtention du diplôme, les formations continues choisies par les orthophonistes), ou des éléments modaux qui reflètent par exemple leur représentation du soin.

Nous avons organisé le guide d'entretien autour de trois thèmes (cf. annexe VII) :

- La représentation du soin
- Les trajectoires
- Le processus de légitimation

2.2.2. Le mode d'accès direct aux interviewés

Nous avons contacté les orthophonistes par téléphone grâce au fichier fourni par la formatrice Martine Joly. Nous nous sommes présentées comme des étudiantes en quatrième année d'orthophonie et avons parlé de la réalisation d'un mémoire en sciences sociales portant sur l'identité des orthophonistes ayant fait la formation LVP ou Feldenkraïs. Nous nous sommes positionnées en étudiantes ignorantes et curieuses afin d'ôter la crainte du jugement des orthophonistes.

L'accès direct présente l'avantage de poser une base commune entre nous et l'orthophoniste. Cependant, ce mode d'accès a entraîné des refus. Nous avons appelé environ trente orthophonistes et la moitié d'entre elles ont accepté.

Nous avons expliqué notre préférence pour un entretien réel, enregistré, qui durerait environ une heure. La plupart des orthophonistes que nous avons rencontrés n'ont pas pu nous consacrer plus d'une heure et certains entretiens ont dû être poursuivis par téléphone. Nous avons également donné des précisions sur l'utilisation que nous ferions des informations obtenues. Nous les avons rassurées quant à leur anonymat.

2.2.3. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif nécessite de connaître parfaitement le guide d'entretien. Le discours est alors plus librement formé, et tend à répondre aux questions de recherche. Cependant, le guide d'entretien a gêné certaines orthophonistes qui se sont senties dans un rapport d'évaluation.

L'enquêteur a différents moyens d'écoute et d'intervention.

Lorsque l'enquêteur écoute, il doit pouvoir différencier les propos de l'interviewé : comment il parle de l'objet (dimension référentielle), ce qu'il dit de ce qu'il pense (dimension modale) et ce qu'il dit de ce qu'il cherche à accomplir comme acte à mon égard (dimension illocutoire). La dimension illocutoire comprend la rhétorique professionnelle. Lors des entretiens nous avons donc essayé de distinguer les propos de chaque orthophoniste :

- ce qu'elle nous dit,
- ce qu'elle ressent,
- ce qu'elle dit ressentir.

L'écoute est productrice de sens, c'est une première analyse qui permet dans un premier temps d'élaborer d'autres hypothèses et dans un second temps de les tester par d'autres questions.

Les stratégies d'intervention sont au nombre de trois:

- la contradiction,
- la question externe qui introduit un thème nouveau
- la relance

Nous avons surtout utilisé la question externe et les différentes relances. Les relances ont différé, selon la dimension dans laquelle nous nous trouvions (référentielle, modale et illocutoire). Les relances dans le registre référentiel peuvent être : des demandes de précision sur l'objet (par exemple les loisirs) ou des demandes de complémentation (par exemple le nom des formations continues). Les relances dans le registre modal peuvent être : des répétitions ou des reformulations, (ex : « vous pensez que vous n'êtes pas munie pour faire cette prise en charge »), des interprétations (« la formation a fait évoluer votre pratique »).

Les reformulations ont des effets conséquents. Elles permettent d'approfondir, engagent à aller à l'essentiel. Elles peuvent aussi avoir un effet de réflexion et d'apprentissage, un effet de précision. Enfin, les reformulations apaisent l'interlocuteur qui a le sentiment de conserver la maîtrise de ses propos. Nous n'avons pas toujours pris conscience de tous ces effets lors des entretiens mais plutôt lors de l'analyse des corpus. C'est un véritable exercice que de garder notre posture de chercheur tout en adoptant une attitude empathique et d'objectivation.

III. L'analyse des données

« Si la posture concerne « qui je suis », on peut dire que l'attitude relève du « comment » : comment je vais considérer, approcher, appréhender, traiter les données de l'enquête. » (Paillé & Mucchielli, 2003, p.48)

1. L'analyse thématique

La lecture des entretiens, un à un, permet de repérer les thèmes et la récurrence de sous-thèmes s'y rapportant. L'analyse thématique est une analyse transversale à l'ensemble des entretiens. Nous avons défini donc quels étaient les thèmes pertinents puis nous avons décomposé entièrement les corpus en mettant les propos des orthophonistes dans les thèmes.

Nous avons également pris soin de distinguer les informations factuelles et celles porteuses de sens. La grille d'analyse élaborée suite à ce premier travail nous a permis de mieux cerner les éléments pertinents dans l'analyse des trajectoires des orthophonistes (cf. annexe VIII).

La posture du chercheur influence nécessairement la sélection des données des corpus, c'est ce qui s'appelle la sensibilité théorique du chercheur. Nous avons donc relevé les thèmes pertinents en croisant deux axes: notre posture et les données du corpus.

2. L'analyse par entretien

L'analyse par entretien repose sur l'hypothèse que chaque singularité est porteuse du processus sociologique qu'on veut analyser.

Il s'agit de saisir, de comprendre la cohérence d'un discours. Ce type d'analyse prend son sens lorsqu'on étudie des processus, et ici, des trajectoires. Nous avons élaboré des fiches biographiques pour mieux connaître les acteurs.

Par cette analyse, nous sommes passées du contenu manifeste au contenu latent tout en gardant à l'esprit le contexte de production du discours.

3. La typologie, la catégorisation conceptualisante

Les analyses thématiques et par entretien peuvent éventuellement mener à une typologie, c'est-à-dire, à l'élaboration d'un ou plusieurs types idéaux.

Un idéal-type n'est pas un idéal en termes de valeurs mais une construction en termes de caractéristiques. C'est une idéalisation de l'idée telle qu'elle s'incarne dans les faits.

Selon Grémy et Le Moan (1977, p. 15), « élaborer une typologie consiste à distinguer, au sein d'un ensemble d'unités (individus, groupes d'individus, faits sociaux, etc.), des groupes que l'on puisse considérer comme homogènes d'un certain point de vue. Le contenu de cette notion d'homogénéité [...] se fonde généralement sur une certaine ressemblance définie à partir d'un sous-ensemble de caractéristiques servant à décrire les unités étudiées ». Les auteurs décrivent trois façons d'élaborer la typologie :

- La démarche systématique consiste à situer les unités étudiées par rapport à un ensemble de types abstraits, idéaux.
- La démarche pragmatique structure l'univers étudié à partir de dimensions servant à décrire les unités.
- La démarche empirique permet de regrouper des unités autour d'un petit nombre d'entre elles choisies comme noyaux de la typologie.

En nous inspirant des démarches pragmatique et empirique nous avons pu élaborer des profils-types. En effet, nous avons essayé de prendre en compte un maximum de thèmes dans l'élaboration de la typologie : la représentation du corps, la représentation du soin, l'intérêt pour les pratiques corporelles, la rencontre avec l'association, l'implication dans le réseau. Mais nous avons également élaboré les profils-types autour de certaines orthophonistes.

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

I. Éléments de vie

1. Éléments de vie personnelle

1.1. Pratiques de soin personnelles

On observe une double tendance chez ces orthophonistes.

D'une part, le recours prioritaire aux médecines douces se retrouve au travers de différents propos, notamment celui de madame L. quand elle dit : « *depuis que je suis ado je vais chez un homéopathe et depuis je ne me soigne qu'avec ça. Mes enfants ne sont soignés que comme ça. L'ostéopathie aussi.* » Madame H., elle, a prioritairement recours aux soins alternatifs et utilise dans un second temps la médecine classique : « *J'aurais tendance à d'abord essayer [les médecines douces] et à passer à la médecine classique après* ». C'est aussi le cas de madame O. qui n'a recours qu'à « *[...] des choses énergétiques : du Shiatsu, qui est l'équivalent japonais de la médecine chinoise, [...] des massages, [...] de l'acupuncture* ».

D'autre part, certaines orthophonistes, malgré un recours à la médecine classique en premier lieu ont une envie d'ouverture à d'autres modes de soin, envie qui s'est opérée progressivement ou qui a été transmise à travers les habitudes au sein du foyer. C'est ce que nous montrent les propos de, madame J. quand elle explique : « *j'allie bien les deux en fait, allopathie et homéopathie, je ne suis pas une « vraie médecine douce » mais c'est vrai que maintenant, j'essaie un peu d'allier les deux* ». Cette envie d'ouverture est explicite dans les propos de madame H. : « *moi j'essaie d'allier les deux parce que je pense que c'est intéressant d'essayer des choses nouvelles* ».

Les raisons de ces choix sont multiples.

Un premier motif, celui d'un goût pour un soin de fond proposé par les médecines alternatives, est évoqué par madame H. : c'est un problème de santé récurrent, ou ne pouvant être vaincu par la médecine classique qui est à l'origine du recours au soin alternatif : « *pour des choses plus résistantes, une toux qui résiste qui dure un petit peu, un petit peu d'anxiété, des choses comme ça, moi j'ai commencé à m'orienter un petit peu plus vers l'homéopathie* ». Il en est de même pour madame N. qui explique : « *cela m'est arrivé de passer une année entière à enchaîner des petites pathologies, au bout d'un moment la réponse classique ne suffisant pas je suis allée voir d'autres approches pour me remettre en état, pas pour me soigner par rapport à ce que j'avais attrapé mais pour me remettre en état, pour ne pas recommencer l'année d'après dans le même essoufflement* ». Dans cette même idée, la notion de fréquence régulière semble un élément important dans le cadre du soin alternatif. Madame H. explique ainsi que ses visites chez l'ostéopathe se font tous les deux à trois mois. L'importance d'un soin de l'ensemble du corps et de la personne est expliqué par madame C. : « *je fais pas mal de médecine chinoise, je considère les choses dans leur globalité donc ça m'a tout de suite parlé.* »

Un deuxième motif apparaît : celui de la crainte de l'excès de médication. Ainsi, madame A. dit : « *j'ai un enfant qui est souvent malade, (...) je me rends compte que la médecine classique, les antibiotiques, je ne lui en donne plus, ça ne sert à rien. Je lui donne des dolipranes, je vois que la médecine classique a ses limites* ». Madame D. dit : « *très vite je me suis intéressée [à] quelque chose d'alternatif. Ça m'a toujours intéressée, l'homéopathie. (...) Je suis très sensible à ça, peut être aussi parce qu'il faut faire fonctionner sans trop de médicaments, de choses comme ça* ». De même madame K. pense « *qu'il y a des excès au niveau de l'allopathie* ».

Enfin, le troisième motif évoqué pour recourir aux médecines parallèles est celui d'un désir général d'avoir une « *bonne hygiène de vie* ». Madame K. explique qu'« *en se reposant, et en buvant et en restant au chaud, en faisant attention à ce qu'on mange, souvent, ça passe. L'idéal c'est d'avoir une vie saine* ».

1.2. Les pratiques corporelles

A l'image des pratiques de soin auxquelles elles ont recours, les loisirs de ces orthophonistes sont tournés vers leur bien-être corporel.

Certaines privilégient le sport dans son aspect plutôt technique comme madame C. qui pratique l'escalade, la danse, et qui explique qu'elle a « *toujours fait beaucoup de sport* », ou madame I. qui pratique une « *gymnastique plutôt technique* » à raison de deux heures par semaine.

Certaines encore préfèrent une pratique plus en douceur leur permettant une exploration de leur corps. Ces orthophonistes font de la gymnastique par la méthode Pilate, du tai-chi, du yoga. Madame N., elle, s'est tournée vers la méthode Feldenkraïs après l'avoir découverte par l'intermédiaire de la formation LVP et explique : « *je le prends sur mon temps de loisir et comme une recherche personnelle* ».

Ce désir d'exploiter les possibilités de bien-être qu'offre le travail corporel serait, au regard de certains discours, ancré en elles. Madame I. l'exprime quand elle dit : « *ça a toujours été en moi* », de même que madame D. : « *je devais porter ça en moi car très vite je me suis intéressée aux parutions là-dessus, ce qui fait du bien au corps, c'était quelque chose d'important pour moi, et c'est pour ça aussi que Feldenkraïs me plaît bien* ».

Dans ce même besoin d'explorer leurs corps, certaines se sont orientées vers une pratique vocale. Madame L. mentionne un intérêt ancien pour la musique : « *je suis plus musicienne que sportive. (...) Je chante et je suis pianiste et guitariste* ». Madame A. « *a toujours fait du chant* », madame B., quant à elle, fait du chant lyrique en cours individuel avec un professeur qui pratique la méthode Feldenkraïs et s'exprime au sujet de la complémentarité qu'offre cette double approche : « *je fais du chant lyrique en cours individuel, la prof pratique Feldenkraïs. Coup de bol. Ça prend [une vraie] signification* ».

1.3. Le choix des études

Outre le désir d'aide à la personne, les orthophonistes ont choisi leur profession quand leurs intérêts se sont dessinés. Plusieurs orthophonistes ont eu, en premier lieu, une attirance pour la médecine. C'est le cas de madame B. : *« j'avais passé des tests au CIO et je voulais faire psychiatre, ils m'avaient dit : médecine sera trop dur pour toi. (...) J'avais commencé [la fac de] psycho et puis j'ai passé le concours, et je l'ai eu tout de suite (...). Quand j'ai vu le lien avec le chant, je me suis dit que c'était bon. (...). Voix, neuro, c'était deux trucs qui me bottaient bien ».*

Pour d'autres orthophonistes, en plus des dimensions d'écoute et de transmission que l'on trouve dans le métier d'orthophoniste, c'est le travail du corps qui les intéressait. C'est le cas de madame K. : *« au début je voulais être kiné, l'orthophonie, c'est vraiment de la transmission de savoir, l'interaction des gens, l'écoute psychologique. Alors que le kiné, il a un rôle différent, il remet en fonctionnement. Nous, on pourrait dire qu'on remet aussi entre guillemet (...) mais ce n'est pas le même objectif. Je me sens mieux en tant qu'orthophoniste que je l'aurais été en kiné ».*

1.4. Les intérêts pendant les études

Certaines orthophonistes nous mentionnent un intérêt ancien pour la position de la langue. Madame I., passionnée de philosophie nous dit : *« j'avais déjà réfléchi au fait de la position de la langue par rapport à l'évolution humaine. Le fait que l'homme s'est redressé, la tête s'est mise debout, la langue monte. (...) ».* Madame D., elle, explique : *« j'ai fait mon mémoire sur les problèmes de malposition linguale, c'est ce qui fait qu'ensuite, en étant orthophoniste, je me suis intéressée à ces problèmes-là ».*

Certaines autres avaient une attirance pour la voix ou la langue. C'est le cas de madame L. qui a travaillé sur l'analyse acoustique de la voix, de madame A. qui elle a fait un mémoire sur la statique vertébrale de la voix. C'est aussi le cas de madame A. qui nous explique : *« [j'ai fait un stage] chez Le Huche à Paris en consultation où là il recevait des bègues et des troubles de la voix. C'était intéressant ».*

Madame C. a fait *« beaucoup de stages en institut psy »* et voulait travailler avec des enfants avec des problèmes psychologiques.

Les intérêts émergent également de rencontres. Ainsi madame O. nous explique une expérience de stage : *« avec Courbon pour le bégaiement au pavillon U (...) c'était un vrai délice, mais une vraie rencontre avec le bégaiement aussi, c'est intéressant quand il y a les deux, après, est ce que c'est à cause de la bonne ambiance qu'on s'investit plus dans le stage, on ne sait pas trop exactement... ».*

Ce sont aussi les rencontres de personnalités marquantes qui peuvent insuffler une envie. Madame O. nous dit : *« j'ai eu Le Huche aussi en cours. Donc j'ai eu des gens qui étaient des précurseurs au niveau de l'orthophonie, ça m'a donné envie de continuer. J'ai fait les formations en voix avec Le Huche, Allali, Cornut, Roch... ».* Madame M. raconte ces expériences de stages en mettant en avant les rencontres qu'elle a pu y faire : *« [c'est davantage] la rencontre avec des personnalités qui m'ont intéressée que des pathologies,*

parce que le but n'est pas d'emmagasiner le plus d'images de patients possibles, moi ce qui m'intéressait c'était la relation soignant-patient et effectivement je suis tombée avec des personnes qui avaient une aura particulière et une approche vraiment très intéressante ».

2. Les éléments de vie professionnelle

2.1. Les pratiques professionnelles

La pratique professionnelle se définit par la concrétisation de valeurs et de systèmes de représentation. Les orthophonistes opèrent des choix.

Comme le dit madame F. : *« je pense que de toute façon, on est multiple, et l'orthophonie, c'est le côté absolument passionnant de ce métier, on touche à tout, on est au carrefour de tout, du psychologique, du cognitif, du physique »*. Madame N., qui se tournait au début de ses études vers un métier d'enseignement, a décidé de choisir l'orthophonie qui semblait pouvoir apporter des satisfactions supplémentaires à l'aspect purement pédagogique : *« c'était l'idée que ça se trouve au carrefour de l'enseignement et du médical »*. Elle travaille également à la faculté où elle donne des cours et explique son goût pour ce double aspect du travail : *« j'aime bien parce que du coup c'est complémentaire du travail ici parce que les étudiants sont dans la recherche professionnelle. »*

C'est aussi une ouverture à d'autres pratiques de soin que permet le métier d'orthophoniste.

Nous avons pu remarquer que dans la représentation du soin de ces orthophonistes, leur statut de professionnelles paramédicales leur a permis une ouverture et une curiosité par rapport aux diverses pratiques de soin envisageables, et particulièrement aux médecines douces. C'est ce que nous dit madame H. : *« je pense qu'on a quand même de la chance par rapport à ça. Etre ortho a priori ça ouvre sur pas mal d'autres choses et c'est plus facile d'appeler l'ostéopathe, d'essayer l'homéopathie, d'appeler un psychologue parce que quand même ça fait partie de la pratique ça fait partie de nos ouvertures. Pour nous c'est évident »*.

Madame M. qui travaille à mi-temps dans un service de pédopsychiatrie explique sa conception du soin. L'imprégnation du mode de fonctionnement établie au sein de son milieu de travail l'a amenée à avoir une conception psychologique du soin qui lui font prendre en considération l'individu dans son ensemble : *« j'ai déjà une approche sans doute un petit peu globale du fait que je travaille en pédopsy donc c'est vrai que [cela me permet] de ne pas buter comme ça sur un symptôme et d'aller chercher des liens, et en tout cas de me laisser imaginer qu'il peut y avoir d'autres ouvertures possibles, impliquer le patient d'une autre façon »*.

2.2. Une envie de se former

Les orthophonistes rencontrées ont toutes suivi des formations continues autre que celle proposée par l'association LVP.

Elles invoquent en premier lieu le besoin de se munir d'outils pratiques car « *sur les quatre ans d'études, il y a trop de théorie et pas assez de concret* » (madame C.).

Les orthophonistes trouvent également dans les formations le moyen de prendre du recul sur leurs pratiques, et ainsi de mieux cibler ce qu'elles font, les objectifs qu'elles veulent atteindre. Pour Madame P., « *c'est faire en sorte de mobiliser la pensée pour être sûr que ça n'aille pas dans tous les sens* ». Et pour madame G., les formations intéressantes sont celles qui permettent « *de réfléchir sur façon de fonctionner du patient* ».

2.3. Rencontre avec « Langue-Voix-Posture » : apports personnel et professionnel

Comme nous l'avons déjà mentionné, le travail effectué lors de la formation LVP est un travail de prise de conscience de la position de langue, basé sur les principes de la méthode Feldenkrais, un travail de proprioception. Il est apparu que les orthophonistes, par l'expérimentation sur elle-même de ces sensations, se sont rendues compte de certains blocages qu'elles ont pu régler par un travail ostéopathique. Ainsi, madame H. est allée consulter le docteur Joly ayant pris conscience d'une malposition de son bassin à la suite de son deuxième accouchement.

D'autres orthophonistes expriment ce phénomène de découverte d'un problème et parlent d'auto correction grâce aux clés fournies par cette nouvelle approche de leur corps. Madame M. explique : « *je me suis rééduquée. Parce que j'étais complètement accrochée à mes mâchoires et depuis cette formation j'ai complètement lâché au niveau des mâchoires. (...) On s'auto corrige. Parce qu'on se rend bien compte, c'est inévitable, on le fait sur soi finalement donc on s'observe inévitablement* ». Pour madame E., c'est grâce à la mise en pratique régulière par le travail qu'elle propose à ses patients dans le cadre de ses rééducations LVP qu'a pu s'opérer ce phénomène d'auto correction : « *comme je fais pas mal de rééducation, je me suis aperçue que je n'avais pas une bonne déglutition, et à force d'expliquer aux autres, j'ai vu qu'il y a des choses qui ont changé. Je me suis rééduquée toute seule !* »

Outre l'apport personnel de la formation, c'est un apport professionnel que les propos des orthophonistes nous permettent de mettre en évidence.

Ainsi madame A. explique sa nouvelle démarche diagnostique. « *C'est un bilan bien plus complet que le bilan classique : cervicales, torticolis, troubles de voix...* ». Madame H. également, a affiné son bilan : « *je prends beaucoup plus compte de l'aspect postural, des douleurs dans le dos, dans les genoux, s'il y a un décrochage scolaire, des choses comme ça qui paraissent très éloignées mais qui en fait sont très en lien* ».

Madame L. explique que par la formation, elle a réussi à se décomplexer par rapport au toucher dans le soin. Elle explique également que sa personnalité ne lui permettait pas d'être à l'aise avec cet aspect du travail : *« c'est un passage qui n'est pas forcément évident, parce que je ne suis pas très tactile en fait. C'est ma personnalité qui est comme ça et finalement, depuis que j'utilise ça, ça marche pas mal, je suis assez à l'aise. Mais dans la formation initiale, c'est sûr qu'il n'y a rien qui nous pousse à aller dans ce sens là. A l'époque où j'ai fait mes études ce n'était pas du tout une approche qui était proposée »*.

Madame H affirme : *« je ne peux pas pratiquer sans ça, parce que je me rendais compte que certains enfants résistaient à la rééducation [classique] »*.

2.4. Une prise en charge holistique

Les orthophonistes qui travaillent en lien avec d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux ont un intérêt pour la prise en charge holistique. Madame K. l'explique ainsi : *« c'est lié : que chaque patient aille voir le dentiste, le podologue, l'ostéopathe, on fait tous ensemble et chacun donne sa vision du problème. C'est intéressant. J'adore. Prendre la personne dans sa globalité. C'est plus efficace parce qu'on ne regarde pas d'un côté de la lorgnette, on regarde l'individu entièrement. C'est voir l'étendue du problème au niveau de toute la personne. Et arriver à travailler tous dans le même sens. Ça c'est important »*. Madame D. est *« contente, de temps en temps, d'adresser la personne, de téléphoner à une autre personne qui la suit, soit l'ostéopathe, soit le podologue soit le dentiste pour lui poser une question »* sur un patient.

D'autres orthophonistes, moins impliquées dans l'équipe pluridisciplinaire, ont tout de même une vision globale de la prise en charge du patient. Madame O. interroge souvent ses patients sur ce qu'ils ont comme prises en charge : *« eux me disent bien si c'est d'abord de l'orthophonie, si d'abord ils ont porté des semelles, j'essaie de voir quelles sont leurs prises en charge et la chronologie envisagée. Donc j'intègre l'équipe dans ce sens là »*. Madame E. considère la vérification du médecin *« du travail de l'orthophoniste »* comme *« un travail en équipe à distance »*.

II. Processus de légitimation du cadre

1. La rhétorique professionnelle auprès des autres professionnels

Suite aux différents travaux de recherches, l'association LVP a publié des articles dans des revues destinées à différents professionnels de santé : dentistes, podologues, médecins sportifs, ostéopathes, homéopathes.

LVP s'est également investie dans la recherche, avec la mise en place des consultations pluridisciplinaires aux hospices civils de Lyon et des congrès permettant des échanges avec des thérapeutes en France et à l'étranger.

L'association a été sollicitée par des syndicats, lyonnais et de différentes régions de France, pour intervenir lors de conférences et a également été invitée à participer à une émission de radio.

Elle assure une formation post-universitaire auprès des dentistes et auprès de médecins et de professionnels sportifs (cf. annexe IX).

2. La formation continue dans le processus de légitimation de LVP

2.1. La formation continue proposée par LVP

Différentes formations ont été organisées par LVP suite à une sollicitation des syndicats orthophoniques de différentes régions de France.

Tableau 2 : Historique des formations « Langue-Voix-Posture »

Villes	Organismes à l'initiative de la formation	Dates
Rennes	SORB	2001
Caen	FOF	2002
Grenoble	SORAA	2003-2003
Chambéry	SDO 73	2002-2003
Valence	SDORRA	2003
Lyon	LVP	2003-2004
Lyon	SDORRA	2003-2004
Lyon	SDORRA	2004
Grenoble	SODI	2004
Bourg-en-Bresse	SDORRA	2004
Valence	SDORRA	2005
Lyon	SDORRA	2005
Bourg-en-Bresse	SDORRA	2006
Lyon	SDORRA	2006
Rouen	SORB	2007
Grenoble	SODI	2008
Lyon	LVE	2010

2.2. La figure des formateurs

Les formateurs acquièrent aux yeux des orthophonistes un statut d'expert conféré par leurs compétences. Madame O. choisit ses formations « *parce qu'[elle] entend parler d'une certaine méthode, ou d'un certain formateur. Maintenant ce sont les formateurs plus que les méthodes qu'il m'intéresse d'aller voir* ». Elle ajoute qu'« *il y a des grandes figures dans le métier qu'on a envie de connaître* ». Madame I. s'est laissée tenter par la formation LVP notamment parce que Martine Joly est « *quand même spécialiste de ces rééducations et qu'elle a beaucoup travaillé par rapport à ça.* »

La formation continue permet la rencontre de personnalités. Cette rencontre peut être marquante. Ainsi, François Combeau suscite une sorte d'admiration. Dans le discours de madame F., c'est en ces termes : « *François Combeau est un type passionnant, il élargit beaucoup le champ* », « *c'est Combeau qui a eu l'idée* », « *c'est François qui nous en a fait prendre conscience* ».

2.3. La formation LVP répond à une demande de certaines orthophonistes

Les méthodes LVP ou Feldenkrais semblent avoir répondu à différents niveaux à la demande des orthophonistes :

Pour certaines, elle a permis une valorisation de la prise en charge du trouble de la déglutition. Madame G. explique qu'avant la formation, elle faisait ces rééducations « *parce que c'est une base de notre nomenclature* », qu'elle « *n'avait pas le choix* ». Elle parle de sa première méthode de rééducation de déglutition en ces termes : « *je savais que ça allait rater de toute manière. Je ne savais pas pourquoi, mais j'avais bien vu que ce n'était pas efficace* ». Madame L. parle « *de résultats non concluants* ».

Elle permet également, selon la plupart des orthophonistes, de se munir. Madame E. explique qu'elle n'était pas du tout « *attirée par la rééducation de déglutition, surtout parce qu'[elle] n'avait rien comme formation, ou très peu de choses* ». C'est donc aux orthophonistes de s'enrichir de moyens concrets. La formation LVP, d'après Madame O. donne « *un outil qui permet de s'adapter à chaque patient* ».

Elle permet de se spécialiser. Madame E. pense que la formation permet d'acquérir une sorte de « *spécialité* ». Elle explique : « *mes autres collègues m'envoient pour la déglutition car on est peu* ». Madame B. raconte que, dans la ville où elle exerce, « *chacun a bien été amené à faire ce qu'il préfère faire. Les formations, ça permet d'approfondir. Du coup [elle prend] les voix, les troubles de déglutition* ».

Enfin, elle permet de répondre à une demande croissante de la part des orthodontistes. Madame C. explique : « *j'avais pas mal de demandes en fait venant d'orthodontistes pour le positionnement de langue. Je me suis dit que c'était dommage de ne pas faire la formation* ».

III. Le retentissement du processus de légitimation du cadre sur la pratique des orthophonistes

1. Le cadre médical : travail sur un registre technique

1.1. Lien avec le médecin

C'est surtout à la fin de la prise en charge que le médecin ostéopathe ou l'orthodontiste, et l'orthophoniste sont en lien. Le médecin objective la fin de la prise en charge. En effet, la

plupart des orthophonistes nous ont décrit le confort que cela présentait de ne pas avoir à terminer la prise en charge de leur propre chef. Elles estiment même que c'est cette objectivation du médecin qui fait l'efficacité de cette prise en charge. C'est ce qu'illustre le discours de madame L. : *« j'aime bien dans ce cas là pour arrêter [la rééducation] avoir l'avis du docteur Joly, pour qu'il me dise si tout est en place parce que moi je vois bien que la langue fonctionne correctement mais pour savoir si le reste ça a suivi ou pas. »* Madame K. attend l'autorisation du médecin ostéopathe pour arrêter la prise en charge : *« au niveau anatomique effectivement ça a bougé, c'est nickel, on peut arrêter »*. Madame A. énonce clairement que c'est l'ostéopathe qui signe la fin d'une rééducation, en fonction de l'évaluation posturale.

Quand on recueille les propos des orthophonistes sur la fin de la prise en charge, il est intéressant de voir qu'elles emploient des termes médicaux, techniques sur la position exacte de la langue (« elle est montée »), sur l'automatisation du « schème moteur ». Les résultats peuvent être quantifiés : la rééducation se poursuit si les « bords de langues » ne sont pas assez musclés.

1.2. Lien avec la formatrice

Martine Joly est formatrice mais les propos recueillis lui confèrent un rôle d'accompagnatrice professionnelle. Madame G. dit très clairement que quand elle se sent démunie, face à un cas très particulier, elle sollicite Martine Joly. *« C'est ma référente en quelque sorte »*.

2. Le contenu d'une prise en charge

2.1. La relation thérapeutique

2.1.1. Climat de soin

Le climat de soin apparaît également comme un pré-requis à la rééducation. Soigner c'est aussi expliquer au patient pourquoi il est là. Madame K. dit : *« j'essaie d'expliquer à l'enfant pourquoi il est là, quel est mon rôle aussi, après j'essaie de le mettre à l'aise, j'essaie de créer le contact et l'interaction, j'essaie que l'enfant se sente bien là où il est, et puis après, petit à petit j'attaque au niveau du trouble mais je ne rentre pas directement de front dans le symptôme, j'essaie d'abord d'installer de la confiance, de l'envie, du plaisir, de la communication. »* Dans cette rééducation, les orthophonistes mettent en parallèle connaissances techniques et sensations physiques et psychiques du patient.

2.1.2. Le soignant est un guide

On note que les orthophonistes se considèrent comme un guide. C'est ce que révèle le discours de madame P. : *« [on accompagne] au début parce qu'il y en a beaucoup qui commencent en me disant « mais dites moi ! » »*. Le patient, aux yeux de ces

orthophonistes n'est pas celui qui est entre les mains du soignant, mais celui qui contribue à sa propre guérison. Madame M. explique que c'est ce qu'apporte l'approche Feldenkrais quand elle dit : *« c'est le patient qui s'approprie son fonctionnement, qui le réajuste de lui même, c'est pas moi qui lui dit comment faire, c'est lui qui découvre et qui essaie de repérer quels sont les bénéfices [d'un] placement différent de la langue. Je ne lui dis pas « il faut mettre là », c'est à lui de découvrir la position. »*

2.2. Travail sur le ressenti

Les propos tenus sur le contenu de la rééducation montrent que le champ lexical est plutôt celui du ressenti. Madame B. parle de sa pratique : *« c'est pas de l'introspection au sens psy, mais au sens de sentir. On peut vraiment vivre des choses fortes avec cette rééducation, au niveau de la proprioception »*. Madame D. explique : *« le fond c'est de prendre conscience de ce qu'il se passe quand on bouge, quand on parle, quand on respire, prendre conscience de soi, pour ensuite aller vers la pathologie. »*

La formation LVP nécessite uniquement le travail de ressenti sans médiation matérielle, comme le dit madame M. : *« je dirais que là, il n'y a pas de tiers, on n'utilise pas d'objet, il n'y a pas de matériel donc c'est vraiment une confrontation directe entre la personne et son corps et son trouble »*. Les orthophonistes ont mentionné le fait que le patient doit remettre en question ses habitudes corporelles. Madame M. explique que c'est une remise en question difficile : *« alors que tout allait bien tout à coup on dit à cette personne : « non, vous faites mal ». Ils arrivent souvent avec cette idée : ma langue je la mets mal elle n'est pas bien. Alors tout à coup quelque chose qui, dans leur corps, ne leur posait pas de problème est vécu de façon très négative »*.

Cela peut être un obstacle dans la prise en charge, c'est en tout cas ce que de nombreuses orthophonistes décrivent : quand le patient n'a pas l'habitude de sentir ce qui se passe au niveau de son corps, il a tendance à être désarmé et l'orthophoniste est amenée à *« jauger »* l'état *« interne »* du patient.

De plus, il apparaît que, quand les patients prennent conscience de la détente possible via ce travail de ressenti, il mettent en mots leurs souffrance et la rééducation peut alors prendre une tournure psychothérapeutique. C'est ce qu'explique madame F. : *« j'ai eu une dame qui a fini il y a pas très longtemps, c'est fou ce qu'elle a pu apporter aux séances, c'était presque de la psychothérapie »*.

Dans les propos des orthophonistes, la pratique de soin se situe à la limite entre l'orthophonie et la psychologie car il convient de sentir si le patient est prêt ou non à fouiller dans l'intime. Les orthophonistes mettent en évidence différentes analyses de ces blocages.

Le fait d'agir dans la bouche peut entraîner un ressenti d'intrusion chez le patient. Madame M. explique : *« ce n'est pas rien parce que c'est la bouche, la langue, une partie du corps qui est très sensorielle et puis en plus l'outil de la parole, « on m'a dit que quand je parlais, ma langue n'étais pas au bon endroit », il y a plein de dimensions là-dedans qui sont à prendre en compte »*. Pour les orthophonistes, c'est une entrée dans l'intimité du patient, et leurs propos sont représentatifs de la particularité de ce travail. Ainsi madame C. explique : *« c'est sûr que c'est une rééducation, une prise en charge très*

particulière, notamment cet aspect de relation parce qu'on travaille sur l'intérieur de l'autre. On est à l'intérieur de la bouche, on touche l'oralité, ce n'est pas rien ». De plus, certains patients, du fait de leur culture ont une représentation de cette zone du corps qui peut présenter un tabou. Madame N. dit : « j'avais vu au tout début (...) une jeune fille qui était maghrébine, qui était venue, et le fait qu'on travaille sur la langue, je pense que c'était un peu trop proche de son intimité et que ça faisait un peu partie des interdits et c'est ce qui faisait que pour elle, (...) le fait de parler de la langue et de faire des choses avec la langue, c'était un peu obscène et elle se sentait mal à l'aise avec ça (...). »

Certaines orthophonistes ont une autre interprétation des blocages rencontrés par les patients qui est celle de la difficulté à abandonner leur désir de contrôle, comme le montre le discours de madame C. : « *Tous les gens qui ont un problème de malposition de langue sont dans le contrôle, ils ne lâchent pas. Et quand c'est dur à débloquer, ils le disent tous « c'est comme dans la vie, j'ai du mal à lâcher ». Tous le disent. Et là, [il] faut faire attention à pas tomber dans le psy* ». De même, on peut remarquer dans ce que dit madame D. d'une de ces patientes que le frein à l'avancée de la rééducation peut aussi se situer dans la difficulté à se débarrasser d'une souffrance qui permet au patient de se sentir exister. « *Une jeune fille de 16 ans (...) avait des problèmes de langue mal positionnée, elle avait mal partout mais on s'est aperçu après que c'était plus une histoire de stress, cette façon d'être, de souffrir tout le temps, lui convenant. (...) C'est quelque chose qui la faisait un peu exister* ».

3. La négociation avec le patient

3.1. Le discours du médecin crédibilise les orthophonistes

Certaines orthophonistes rapportent le fait que le médecin ostéopathe qui leur envoie les patients tient des propos enthousiastes quant à l'amélioration de la posture après la rééducation de la malposition de langue.

3.2. Les différents patients, avec leur histoire personnelle, et leurs croyances.

Madame E. explique le parcours de soin d'un patient : « *c'est arrivé qu'un adulte vienne à cause de douleurs, et [d]'essayer pas mal de choses avant de tomber sur l'ostéopathe, et soit un peu incrédule car ils ont essayé plein de choses qui n'ont pas marché* ». Madame J. relate la rencontre avec des patients qui ne savent pas trop quoi penser de cette approche : « *les gens, quand ils arrivent ils sont sceptiques sur cette rééducation de langue, mais d'autre part ce qu'ils se disent : « on ne prend pas de médicaments donc pourquoi pas essayer ? » »*.

Madame J. fait une distinction entre les personnes « *très fermées, qui n'arrivent pas à se mettre dans la rééducation et puis d'autres, aux contraires, qui sont ouvertes à d'autres méthodes, dont on sent qu'elles adhèrent* ». Madame K. parle en ces termes : « *je pense qu'il y a des gens qui sont prêts à entendre certaines choses, il y a des gens qui sont prêts à faire la rééducation, il y a aussi des gens qui viennent chez moi en disant : « Je viens*

parce qu'on m'a dit de venir mais j'y crois absolument pas donc je ne vois pas ce que je fais là » ». Madame P. distingue également deux sortes de patients : *« il y en a qui arrivent avec plein d'expériences et d'autres on sent que ça leur correspond pas ».*

3.3. Un pré-requis : sentir sur soi pour mieux soigner

Dans l'approche Feldenkrais, les orthophonistes sont amenées à sentir sur elles. Madame D. l'explique ainsi : *« la formation Feldenkrais, on l'expérimente sur nous, c'est ça qui est intéressant. Ça nous donne des lignes de conduite pour faire partager, pour faire comprendre au patient ».* Madame A. raconte que la formation LVP l'a ouverte *« sur quelque chose de complètement différent, sur le travail sur le corps ».* Elle précise : *« moi a priori je n'étais pas branchée la dessus, je suis pas dans le ressenti moi-même donc pour moi c'était quand même quelque chose qui me demandait un effort, a priori ».* Après les trois jours de formation, elle a souhaité approfondir son expérimentation en faisant elle-même une rééducation de déglutition chez une orthophoniste *« pro du Feldenkrais »* pour soulager ses migraines et ses maux de dos. Elle raconte que ces 15 séances en tant que patiente l'ont *« sécurisée »*, lui ont *« donné confiance »* en elle pour ses rééducations. Madame E. trouve que la formation lui a donné *« plus d'assurance ».*

Le fait de sentir sur soi apparaît comme légitimant la pratique. Madame O. justifie cela *« parce que [la méthode] se base sur le ressenti de chacun et chacun découvre son mode de fonctionnement ».* Madame D. explique à tous ses nouveaux patients un accident de voiture dont elle est sortie indemne : *« moi j'ai rien eu, parce que je suis restée relâchée, mon corps a fonctionné en dissociation. Je raconte toujours ça à mes patients : voilà ce que ça peut vous apporter, d'avoir une sensation, dans un moment où on s'y attend pas, sans s'en rendre compte, on fait ce qu'il faut, le corps se met en place ».*

Dans une logique inverse, certaines orthophonistes expliquent qu'elles ne prennent pas de rééducation de voix car elles n'ont pas expérimenté la pratique sur elle. Madame C. explique cela : *« par contre la voix, ça ne me parle pas du tout. Je ne fais pas cette prise en charge, je n'arrive pas à sentir en moi, j'ai fait des petites formations mais ça ne me parle pas du tout. J'aurais du mal à rééduquer ».* De même, Madame E. tient ces propos : *« je ne suis pas à l'aise pour chanter, je n'ai pas une voix qui porte, je crois pas chanter très mal mais je n'ai pas de voix, et du coup, n'étant moi-même pas à l'aise avec ma voix, je ne me sens pas à l'aise pour donner des conseils aux autres ».*

3.4. Explications, argumentation et négociation

Un travail d'explication de la méthode est réalisé. Il s'agit tout d'abord de nuancer la parole du médecin. Madame G. témoigne : *« les gens ils arrivent en disant qu'on va faire un miracle. Alors moi je leur dis : je vais peut être vous faire du bien, mais peut être tout n'est pas lié à la langue non plus ».* Madame F. rapporte les propos du médecin : *« Joly a tendance à dire systématiquement : c'est la langue. Moi je dis aux gens : c'est mécanique, si on peut rééduquer la langue, c'est déjà une cause. »*

L'explication de la méthode commence par une explication anatomique, médicale, et s'associe rapidement à un travail d'argumentation. Madame A. explique que *« cette langue, le lien avec le reste, souvent il faut ré-expliquer, [les patients] sont très étonnés,*

il faut argumenter, les convaincre ». Madame K. parle ainsi : « *j'explique que j'aide les gens à repositionner leur langue, et que ça a un impact sur la posture en général et qu'ils se sentent mieux, mais c'est vrai que les gens quand on parle de langue, ils rigolent. C'est un peu péjoratif pour certains* ».

Enfin, certaines orthophonistes s'engagent dans un processus de négociation. Madame K. dit au patient : « *si vous voulez, on va faire quelques séances, et à l'issue de ces quelques séances vous me direz si vous souhaitez continuer ou pas* ». Madame B., face à des patients plus sceptiques, dit « *qu'il faut réussir à l'emmener, qu'il n'y a pas de manière idéale et que c'est le plus difficile* ».

La négociation peut également amener l'orthophoniste à changer sa prise en charge : « *c'est vrai que quelquefois j'ai glissé sur plus de directif avec certains. Parce qu'ils sont un peu perdus* ». Madame O., quant à elle, revient « *à quelque chose d'un peu plus classique, un peu plus praxique* ». Madame I se dit fonctionner en terme de contrat : « *j'aime bien les rééducations qui sont fixées dans le temps parce que ça permet de faire le point de dire « là on avance », « là on n'a pas avancé » et puis si on a pas avancé, eh bien on fait autrement. (...) Je dis, t'as dix séances pour mettre ça en place et si tu n'y arrives pas tant pis, on abandonne. Trois fois par semaine pour que ça se fasse très rapidement* ».

3.5. Les limites : Les patients n'adhèrent pas tous.

Pour Madame G., un échec de rééducation de la langue, « *c'est quand quelqu'un n'y croit pas* ».

Madame J. explique l'échec par un problème de compréhension du patient. « *Certains ont du mal à comprendre et en fait, ils n'arrivent pas à se mettre dans la rééducation ; ils ne voient pas le but qu'on veut atteindre et pour eux c'est très difficile. Quand ils ne comprennent pas, ils lâchent la rééducation* ». Madame N. voit la difficulté lorsque « *ce sont des personnes qui n'ont pas l'habitude de faire attention à leurs sensations, à leur corps, qui ont une très mauvaise représentation de leur corps, alors là les personnes ne sont pas très à l'aise* ». Madame C. a déjà rencontré des adultes « *qui ne rentrent pas dans le truc* ».

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

I. Validation des hypothèses

Hypothèse générale :

Les trajectoires sont une production conjointe de la dynamique des acteurs et des cadres sociaux en mouvement.

Hypothèse 1 :

Les trajectoires des orthophonistes reflètent et construisent les pratiques personnelles et les orientations professionnelles.

- Les orthophonistes ont recours à des pratiques de soin alternatives et à des pratiques corporelles.

La plupart des orthophonistes interviewées ont recours aux médecines dites « *parallèles* » car pour elles, la maladie trouve son origine à l'intérieur du sujet. Laplantine parle de « *primauté accordée au rôle de l'endogène* » (1987, p. 39).

La plupart de ces orthophonistes partagent « *l'idée [...] de la puissance d'auto guérison de l'organisme* » (Herzlich, 1984, p. 256). Ainsi, l'entretien du corps leur est essentiel. Cependant, toutes n'ont pas recours au même genre de pratique corporelle, les unes favorisant une pratique psychocorporelle ou vocale pour enrichir leur connaissance d'elles-mêmes, les autres préférant le sport plus technique et intensif leur servant d'exutoire.

- Leur pratique professionnelle, leur choix de formations continues, l'intérêt pour le travail en réseau, orientent les trajectoires des orthophonistes.

La formation continue permet, selon Blin (1997, p. 215) « *de se sécuriser et de valoriser l'image que les professionnels se sont construite d'eux-mêmes* ». Par l'appropriation de la méthode Feldenkraïs, les orthophonistes se sentent à même de mieux soigner. Les propos de Laplantine (1984, p 302) corroborent ceux des orthophonistes : « *seul celui qui est passé par l'épreuve de la maladie peut soigner* ».

Certaines orthophonistes se sont ainsi orientées vers la formation LVP. La spécificité de cette formation réside dans le fait que les orthophonistes sont amenées à sentir sur elles ce qu'elles demandent aux patients.

La plupart des orthophonistes sont impliquées dans un ou plusieurs réseaux. Le travail en équipe et l'intérêt d'une prise en charge holistique étant leurs motivations principales.

Hypothèse 2 :

Les trajectoires s'inscrivent dans un processus de légitimation du cadre social.

- La formation continue participe au processus de légitimation de l'association LVP auprès des autres professionnels.

Nous avons mis en évidence un travail de rhétorique professionnelle qui prouve que l'association LVP est dans une dynamique de légitimation. Comme le dit Paradeise, la rhétorique professionnelle s'appuie sur les « *valeurs de la science* », il y a alors un travail de reconnaissance scientifique et un travail de formation continue (1985, p. 54).

La formation continue et la notoriété grandissante des formateurs participent au processus de légitimation de LVP.

- Le cadre médical « sécurise » les orthophonistes dans leur prise en charge alternative.

Nous avons mis en évidence un contraste entre le contenu de la prise en charge et la fin de la clôture de celle-ci en terme de registres de soin (Strauss, 1992). Après analyse des discours nous avons remarqué que le registre de soin prédominant au sein de la rééducation est celui du psychologique et du relationnel. A contrario, les orthophonistes emploient des termes techniques pour expliquer la fin d'une prise en charge, celle-ci étant objectivée par le médecin ostéopathe.

La liberté d'action dans la prise en charge est mise en évidence par les orthophonistes. Certaines diront : « *le médecin ne sait pas ce que je fais en séance* » (Madame C). Ainsi, libres sont ces orthophonistes d'être plus « *techniques* » ou plus « *relationnelles* ». Morin, (2004, p. 218) précise que cette « *bipolarisation* » ne se résume pas à une opposition « *omnipraticien/spécialiste* » ou « *médecin/infirmier-psychologue* ». En effet, pour les « *professionnels de santé, soigner n'est pas qu'un choix volontaire d'une idéologie ou d'une théorie de thérapie, c'est aussi agir en fonction de la marge de liberté dont on dispose, matériellement ou symboliquement* ».

La méthode Feldenkraïs amène la rééducation sur un terrain très psychologique. Les orthophonistes connaissant les limites de leurs compétences, elles utilisent le cadre médical comme garde-fou.

De plus, ce cadre médical LVP et plus particulièrement le discours du médecin prescripteur, donne une crédibilité aux orthophonistes dans leur prise en charge alternative, pouvant ainsi mener à bien la rééducation de déglutition. Cette pratique de soin peut être considérée comme hétérodoxe dans la mesure où elle « *relève de domaines non enseignés et/ou peu valorisés dans le cursus initial, et reposer sur des méthodes ou des théories non unanimement admises* » (Momot, 2008).

II. Discussion des résultats

1. Des différences au sein du « segment professionnel »

Selon Champy, comme nous l'avons vu, la diversité des pratiques est inévitable. Il préconise de « *chercher au niveau d'une culture commune aux membres de la profession, un système intégré de valeurs, de savoirs et de savoir-faire que les professionnels activent de façons diverses* » (2009, p. 130).

1.1. Divergences des pratiques de soin personnelles et des pratiques corporelles

Nous souhaitons mettre en évidence que les orthophonistes interviewées n'ont pas toutes recours aux pratiques de soin parallèles.

Laplantine (1987, p. 81) met en lumière quatre positionnements par rapport à l'usage des pratiques parallèles. Nous allons vous les présenter pour vous montrer la diversité des positionnements :

- La première position est celle de la « méconnaissance » qui consiste à rejeter les médecines parallèles.
- La deuxième est une « position dure et critique » : les individus estiment qu'on ne peut pas comparer l'efficacité des médecines parallèles avec celle des médecines allopathiques dans la mesure où les critères de validité diffèrent.
- La troisième est une position critique mais ouverte : ces individus considèrent que la validité des médecines parallèles est plus empirique que scientifique et attendent des preuves.
- Le dernier positionnement est celui d'un engouement massif : ces individus croient sans regard critique.

Ces profils ne reflètent pas le réel, nous nous en servons comme piste de réflexion. Nous avons vu dans nos résultats que les orthophonistes rencontrées se situent, pour la plupart dans le troisième ou dans le quatrième profil de cette classification. Cependant, nous avons rencontré des orthophonistes qui préféraient un recours aux médecines allopathiques et qui dont les discours s'avéraient « durs et critiques » envers les médecines douces, notamment homéopathiques (madame G.).

Nous avons vu que les orthophonistes ont, pour la plupart, investi leur corps. Elles se disent à l'aise avec leur corps. Cependant, nous avons recueillis des propos qui mettent en évidence que le corps dans la rééducation orthophonique est encore une « étape » à franchir. La formation LVP propose un travail d'exploration de ce corps souvent mis à l'écart dans les prises en charge habituelles. L'action sur le corps n'y est pas directe puisqu'il n'y a pas de manipulation de la part du soignant, mais il paraît clair que le fait de mettre en action ce corps soulève des interrogations chez les orthophonistes quant à leur représentation du soin par cette médiation et par la manipulation corporelle.

Elles décrivent leurs difficultés, à premier abord, d'agir sur le corps, avec lequel elles ne sont pas à l'aise pour différentes raisons. Madame F. énonce clairement : « *je n'aime pas toucher, manipuler les gens, j'ai peur de faire mal* ». Madame L. explique que, par la formation, elle a réussi à se décomplexer par rapport au toucher dans le soin. Elle explique également que sa personnalité ne lui permettait pas d'être à l'aise avec cet aspect du travail : « *c'est un passage qui n'est pas forcément évident, parce que je ne suis pas très tactile en fait. C'est ma personnalité qui est comme ça et finalement, depuis que j'utilise ça, ça marche pas mal, je suis assez à l'aise* ».

1.2. La méthode Feldenkraïs : une approche « parallèle » ?

Dans la rééducation de la déglutition, le fait d'agir sur l'anatomie peut être mis en lien avec un aspect plus médical du soin. C'est ce que nous montrent les propos de madame G. : « *LVP en fait c'est sur que c'est la seule rééducation médicale que je fais. (...) Vu que je ne fais pas de voix, pas de neuro, pour moi c'est le seul lien paramédical avec la profession. Dans les autres rééducations que je fais, on ne voit pas vraiment le lien soin et anatomie. Pour moi c'est la seule rééducation en lien avec du soin physique* ».

On peut considérer que certaines orthophonistes se situent davantage dans un registre technique. Celles-ci nous ont décrit un rejet du travail de proprioception, travail jugé trop subjectif. Madame I. explique : « *c'est des trucs trop subjectifs et je ne suis pas dans ce fonctionnement* ». Madame H. revient sur la notion de protocole LVP et met en évidence que « *c'est plus facile d'arrêter les rééducations comme celles-ci, qui sont plus techniques* ». Madame D. apprécie ce genre de rééducation où l'on « *connaît le début, le milieu et la fin* ». Madame C. précise : « *je le vois, quand la langue est bien placée et le schème automatisé* ».

2. Le cadre social sous un autre angle

2.1. Le lien médecin-orthophoniste : vers une dépendance ?

Carricaburu & Menoret (2004 p. 65) expliquent que Freidson a tenté d'identifier sociologiquement le contrôle exercé par la profession dominante sur les métiers paramédicaux. Il définit les métiers paramédicaux par quatre caractéristiques : connaissances techniques, assistance aux tâches décisives, exécution des tâches sans contrôle, moindre prestige social.

Le médecin ostéopathe est le prescripteur et il objective la fin d'une prise en charge sans regard sur le contenu des séances. Nous constatons un retour à une certaine dépendance. Cela va en opposition avec la revendication de la profession d'orthophoniste d'être de plus en plus indépendante. Nous nous référons par exemple à la loi du 11 Février 2002 qui autorise les orthophonistes à poser un diagnostic.

2.2. Une formatrice-accompagnatrice

Nous avons relevé, dans les propos des orthophonistes, que ces dernières lui confèrent un rôle plus important que celui de formatrice. Blin (1997) parle d'accompagnement professionnel, en continuité avec la formation continue en entreprise. Nous nous permettons de faire un parallèle avec l'association LVP : Martine Joly est l'accompagnatrice de certaines orthophonistes après la formation. Madame G. dira « *Martine Joly, c'est ma référente en quelque sorte* ».

2.3. Une dynamique de légitimation surtout lyonnaise

L'enquête téléphonique que nous avons effectuée met en évidence que la notoriété de LVP est lyonnaise.

Tableau 3 : Notoriété de Langue-Voix-Posture en Rhône-Alpes

<i>Orthophonistes interrogées qui...</i>	<i>... Connaissent ou ont entendu parler de la formation LVP</i>	<i>... Pensent que l'approche devrait être enseignée ou mentionnée à la faculté</i>
<i>Lieux de formation des orthophonistes interrogées</i>		
Lyon	50 %	38.2%
Autres villes	12.5 %	12.5%

2.4. La rhétorique professionnelle : une quête de légitimité

Lors des entretiens nous avons été confrontées à une rhétorique professionnelle. En interrogeant les orthophonistes sur leur pratique Feldenkraïs, celles-ci avaient une propension à parler de leur mode de pratique dans un registre d'argumentation davantage que de description. Leurs propos sur la place du ressenti, sur l'adaptation aux patients s'inscrivent dans une logique de valorisation de la méthode. L'anecdote relatée par madame N. illustre ce phénomène de rhétorique : elle explique qu'un de ses patients, sportif de haut niveau a pu régler ses problèmes de posture mais également améliorer ses performances.

Quant à l'adaptation au patient, madame E. met en avant l'efficacité qu'entraîne le fait d'obtenir la collaboration du patient. *« Avec LVP, c'est plus une coopération avec le patient, il comprend ce qu'on lui demande, il y participe et ça marche beaucoup mieux. La démarche [permet] d'impliquer un peu plus les patients dans leur rééducation et pas seulement dans ces rééducations-là. »*

De même, madame K. valorise l'approche Feldenkraïs : *« Feldenkraïs ça a été sûrement le réveil. Plus de flexibilité et de compréhension de la personne. Moi, je vais regarder la personne, je vais comprendre des choses. Je fais moins de plaquage, j'ai une meilleure adaptation à l'autre dans la rééducation. »*

3. La formation LVP ou Feldenkraïs : vers un « réenchancement professionnel »

Bouchayer (1994, p. 207) parle de « réenchancement professionnel » quand les praticiens se forment à des pratiques parallèles avec *« le souci de trouver et de mettre en place une*

pratique qui leur permette de contourner certains désavantages de l'exercice actuel du métier de médecin et de combiner cette pratique avec une activité intellectuelle et relationnelle perçue comme « plus passionnante ». »

Certains médecins ont été désenchantés par le « *modèle biomédical* » dont ils ont été imprégnés pendant leur formation (Laplantine, 1986, p. 274). En effet, ce modèle ne leur permet pas de répondre aux « *nouvelles demandes psychosomatiques ou fonctionnelles* » (Bouchayer, 1994, p. 206) qui nécessite une prise en charge plus globale, plus lente, non iatrogène. Bouchayer met également en avant leur « *souci de trouver et de mettre en place une pratique qui leur permette de contourner certains désavantages de l'exercice actuel du métier de médecin et de combiner cette pratique avec une activité intellectuelle et relationnelle perçue comme plus passionnante* » (1994, p. 207). Ce réenchantement professionnel s'explique plus précisément par différents aspects.

- Les pratiques alternatives sont peu contrôlées

Nous l'avons vu précédemment, le cadre médical permet de légitimer les pratiques alternatives de soin. Le contrôle, la vérification du médecin sont demandés par les orthophonistes dans le cadre d'LVP. Mais les médecins n'ont pas de droit de regard sur ce qu'il se passe dans la séance. Madame M. le souligne ainsi : « *ils ne m'appellent pas pour me dire comment faire mon travail* ». Nous pourrions citer à nouveau Madame C. qui insiste sur sa liberté d'action : « *d'ailleurs les médecins ne savent pas ce que [je fais] en séance* ».

- Les médecines hétérodoxes permettent de diversifier les prises en charge, et éventuellement d'opérer plus facilement une sélection de la patientèle.

La plupart des orthophonistes n'étaient pas attirées par la rééducation de la malposition de langue avant la formation. L'approche Feldenkraïs leur a donné un goût pour ces rééducations et ainsi ces orthophonistes ont pu diversifier leurs prises en charge.

Les orthophonistes formées à la méthode Feldenkraïs (formation longue Feldenkraïs ou courte LVP) mettent en avant le changement de la patientèle avec une augmentation du nombre de patients adultes. Madame G. apprécie d'avoir fait la formation car ce sont les seuls adultes qu'elle prend en rééducation puisqu'elle ne fait « *ni de la voix, ni de la neurologie* ».

- Elles ouvrent le praticien à d'autres conceptions, d'autres représentations du corps et de la maladie.

Les orthophonistes s'accordent sur le fait que l'approche Feldenkraïs a été une ouverture.

Madame H. dira : « *c'est le fait d'être plus globale dans mon approche, d'être moins centrée sur l'aspect technique et musculaire de la chose mais plus dans une approche plus globale du patient, du corps, de la posture* ».

Pour madame K., c'est son regard qui a été modifié : « *dans mes perceptions des autres sur certaines choses, sur leur posture... LVP c' est aussi un petit peu ça, c' est une autre ouverture quoi, ce n'est pas qu'une ouverture au niveau de l'orthophonie. C'est une perception des gens et des choses* ». Madame L. a changé son rapport au corps dans le

soin orthophonique : *« maintenant j'ai une approche plus globale, qui concerne l'ensemble de la personne, ça m'a ouvert d'autres champs, c'est une autre façon de voir les choses. [...] du fait que ce soit plus corporel ».*

- La formation aux pratiques alternatives a une influence sur les autres rééducations

Les apprentissages de la formation LVP ont permis à de nombreuses orthophonistes d'aiguiser leur regard sur la posture et le positionnement de langue mais aussi de voir le patient sous l'angle de la globalité : un trouble a, comme nous l'avons vu, diverses origines et peut prendre source dans différentes parties du corps. Le problème peut être mis en lien avec différents domaines. Ainsi, les orthophonistes nous décrivent la transposition de ce rapport de globalité dans d'autres prises en charge. L'aspect psychocorporel qu'LVP a permis de mettre en lumière est utilisé pour d'autres rééducations : retard de parole, trouble d'articulation, graphisme. Certaines orthophonistes mettent lien le trouble d'apprentissage de la lecture et la manque de maturité posturale.

- Enfin, elles valorisent les approches relationnelles

Les propos des orthophonistes mettent en avant que le fait d'agir en relation avec l'individu constitue une mise en valeur du soignant. Selon elles, cela redonnerait au patient le sentiment d'être davantage maître de sa guérison. Alors, le réenchancement professionnel se ferait par la remise en valeur d'un travail en partenariat entre le patient et son soignant, car le patient est plus impliqué dans son soin. Ce registre relationnel semble donner aux orthophonistes un sentiment de valorisation.

Cette collaboration se fait par le fait d'apprendre à comprendre le patient en début de prise en charge. C'est ce que madame B. nous décrit comme une dimension essentielle de la rééducation de déglutition : *« il y a toujours un petit temps de « tchatte », mais pas pour se raconter n'importe quoi, c'est orienté ! Je me rends compte de comment la personne est dans sa vie, au niveau mobilité, ou s'il s'est passé des trucs graves ».*

Le rôle de guide vers la guérison par la relation thérapeutique est aussi une source de satisfaction. Dans ces prises en charge de déglutition, le travail se fait en partenariat grâce à un juste équilibre entre les possibilités psychiques d'acceptation de la guérison, la demande du patient et les possibilités d'action du thérapeute. Le rôle de l'orthophoniste serait de permettre au patient un cheminement vers un mieux être. Le soignant est un guide à qui le patient donne les clés de sa guérison. Le patient est en effet considéré par les orthophonistes comme son propre thérapeute car il fournit des idées. Etant le seul à connaître son fonctionnement il est le mieux placé pour trouver les moyens de sa guérison. Madame M. dit : *« les gens font beaucoup de choses, ils vous aident il n'y a pas que le soignant qui fasse preuve d'imagination, parce qu'ils vont faire telle observation, ils vont faire quelques grimaces, ils vont vous renvoyer telle ou telle chose dans leur comportement ils vont laisser imaginer, la porte ouverte à beaucoup de choses ».* Cet aspect du travail semble se faire sur la base de l'échange et apporter satisfaction à une envie de ces orthophonistes en terme de soin.

III. Profils des orthophonistes : typologie

1. Présentation

Après avoir analysé de façon horizontale (analyse thématique) et verticale (analyse par entretien), nous avons essayé de conceptualiser trois profils idéaux d'orthophonistes ayant été formées à la méthode Feldenkraïs et participant aux prises en charge de la rééducation de la langue dans le cadre de LVP. Ces trois portraits ont été élaborés en considérant plusieurs éléments : la pratique de soin, les pratiques corporelles, la découverte de Feldenkraïs et l'investissement dans les prises en charge.

De plus, à la lumière des modèles de représentation du corps mentionnés par Andrieu (2008, p. 42) et définis par Depraz, nous tenterons de faire un lien entre les représentations du corps de ces orthophonistes et leur mode de rééducation de la déglutition.

Il est important de préciser que ces « profils » sont à nuancer. En effet, on ne retrouve pas, chez chacune d'entre elles, les différents traits que nous nous apprêtons à décrire. Certains traits ont pu être observés et se mêlent parfois et nous avons jugé intéressant de regrouper les traits de ces portraits de la manière suivante.

1.1. « Langue-Voix-Posture » : une « utilisation »

Ces orthophonistes ne suivent pas à la lettre la progression-type proposée par les formateurs. Ces orthophonistes n'avaient pas ou peu d'intérêts pour la rééducation de la déglutition et leur rencontre avec LVP et plutôt due au hasard. Elles jugent utile que l'approche soit enseignée à l'université car elle permet de se munir pour les rééducations de déglutition. LVP est un « outil » spécifique à la rééducation de la déglutition. Elles n'en font pas usage dans leurs autres prises en charge.

Il est intéressant de constater que ces orthophonistes ont une pratique de soin à dominante allopathique depuis leur enfance. Ces orthophonistes ont longtemps eu une réticence envers ce type de médecine et, par habitude ont plutôt tendance à s'orienter en premier lieu, pour se soigner, vers la médecine classique.

Ces orthophonistes ont un intérêt pour les pratiques corporelles qui se manifeste sur un mode technique, que ce soit le goût pour la technique vocale en chant ou pour le sport en ce qu'il est une mise en action contrôlée du corps.

En cela, la représentation du corps de ces orthophonistes, regroupées dans ce premier profil, pourrait correspondre au premier modèle que décrit Depraz, celui du « *corps physique inerte qui est l'objet matériel* ». Selon elle, le corps y est considéré comme « *dépourvu de chair. C'est la chose en tant qu'elle est extérieure. C'est une conception scientifique du corps. Toute la science s'est constituée autour de l'analyse de la matière inerte. C'est le règne de l'objectivation* ».

Au sujet de l'investissement avec les autres professionnels, on note une double tendance chez ces orthophonistes. Chez certaines, on note une dépendance au cadre médical : les prises en charge sont contrôlées par le médecin de l'équipe, chez d'autres on note une absence totale de lien avec l'équipe.

1.2. « Langue-Voix-Posture » : une « intuition »

Un autre profil peut être mis en évidence : celui des orthophonistes qui ont effectué une semi-intériorisation des notions proprioceptives abordées lors de formations. Elles admettent volontiers que la formation leur a permis d'explorer leur corps d'une manière nouvelle et de jouer le jeu de l'appropriation de la méthode proprioceptive proposée. Toutefois, elles considèrent que, bien que la formation leur ait ouvert des possibilités pour les autres prises en charge, elle n'a pas bouleversé leur mode de pratique.

On peut considérer que ces orthophonistes étaient prédisposées à une rencontre avec LVP en cela qu'elles présentent un attrait pour les pratiques corporelles. Cette rencontre s'est faite par hasard (réception d'un courrier du syndicat, échange avec des collègues...) et a été heureuse puisqu'elles en tirent des apports et considèrent qu'un enseignement à l'université devrait être envisagé au même titre que les autres rééducations.

Elles allient une pratique de soin classique avec des pratiques alternatives, elles sont ouvertes à la découverte de nouveaux modes de soin. Ces orthophonistes tâtonnent dans un souci « *d'expérimentation et une quête de soulagement* » (Le Breton, 1990, p. 146).

Elles présentent un intérêt, qu'elles décrivent comme étant ancien, pour les pratiques corporelles, mais ce qu'il est intéressant de constater c'est que LVP ou Feldenkraïs ont constitué une première découverte de ce mode d'exploration de l'« internalité » du corps et qu'elles ont, à la suite de la formation, eu l'envie d'approfondir ce mode de pratique.

En considérant la représentation du corps à la manière de Depraz, les orthophonistes de ce deuxième « profil » auraient une conception du « *corps vivant organique* ». « *On passe par un processus de « dés-objectivation ». (...) Il ne suffit pas que le corps soit vivant ou qu'il acquière statut de phénomène, il convient aussi qu'il soit vécu, c'est-à-dire que la sensibilité qu'il a en propre, les organes sensoriels qui l'auto-organisent comme organisme soit eux-mêmes sentis par celui qui les possède.* » On peut imaginer que c'est vers ce processus de « dés-objectivation » que tendent les orthophonistes qui ont apprécié le travail de recherche personnelle du fonctionnement du corps. Processus offrant la possibilité de rattacher l'organisme à la sensibilité rendant le « *corps vivant* » davantage « *corps vécu* ».

Ces orthophonistes entretiennent avec l'équipe LVP un lien qui s'établit en général quand elles ont besoin d'être conseillées, aidées. Il peut arriver qu'une rééducation n'évolue pas comme elles le souhaitent, elles n'hésitent alors pas à faire appel à la formatrice ou au médecin ostéopathe. On peut considérer que cela leur permet d'avancer dans leur processus d'appropriation de la méthode.

1.3. « Langue-Voix-Posture » : une « adhésion »

Le dernier profil que nous avons pu élaborer est celui des orthophonistes qui ont expérimenté de manière assidue la méthode Feldenkraïs sur elles-mêmes et l'ont intériorisée. Elles sont dans une dynamique de recherche de sensations sur leur fonctionnement et de prise en compte de l'individu dans sa globalité. Elles ont connu Feldenkraïs en échangeant avec des personnes rencontrées dans le cadre de leur pratique corporelle. Ces orthophonistes qui pratiquent yoga, tai-chi, gymnastique holistique, ont un intérêt particulier pour les pratiques permettant l'exploration du corps pour une meilleure connaissance de soi.

On s'aperçoit également que ces orthophonistes ont transposé cette représentation globale de l'individu à leurs autres prises en charge, et y intègrent, par conséquent le corps et ce qu'il raconte sur l'histoire du patient.

On note, de plus que ces orthophonistes ont recours à différents types de médecines douces telles que l'homéopathie, la médecine chinoise, l'acupuncture, mais également l'ostéopathie. Elles favorisent un soin de fond préférant la prévention à l'intervention ponctuelle par médiation médicamenteuse.

En cela on peut considérer que ces orthophonistes considèrent le corps comme le décrit Depraz dans son troisième modèle comme « *corps vécu immanent (savoir non réfléchi/involontaire/habituel)* ». Selon l'auteur, cette représentation est possible car elle naît des « *habitus* » décrits par Bourdieu. Elle correspond aux « *techniques corporelles* », que Mauss définit comme « *séries d'actes (...) plus ou moins habituels et plus ou moins anciens dans la vie de l'individu et dans l'histoire de la société* » (1950, p. 384). Ce serait donc pour ces orthophonistes un savoir inconscient sur le corps qui, avec le temps s'est conscientisé.

Ces orthophonistes considèrent leur rapport avec l'équipe LVP comme une collaboration. Elles se sentent autonomes face à la prise en charge mais soulignent la qualité de leur lien avec l'équipe vers qui elles se tournent volontiers pour échanger au sujet de leurs rééducations. C'est, pour elles, une rencontre humaine que représente le travail en équipe. Il est intéressant de noter que ces orthophonistes, doutent de la possibilité d'un enseignement de l'approche LVP à l'université, mentionnant que tout le monde ne peut pas adhérer facilement à ce type d'approche.

2. Synthèse

Tableau 4 : Elaboration de trois profils idéaux

	Posture biomédicale	Posture mixte	Posture holistique
Marqueurs de « corporalité »	Le corps externe (corps physique et matériel)	Le corps intuitif (corps vivant organique)	Le corps immanent (corps vécu)
Pratiques de soin personnelles	Allopathie	Allopathie et médecines alternatives	Médecines alternatives
Pratiques personnelles	Sport, technique vocale	LVP et Feldenkraïs comme première découverte	Pratiques holistiques et proprioceptives
Marqueurs de la pratique LVP	LVP : une utilisation	LVP : une intuition	LVP : une adhésion
Relation avec le médecin	Deux extrêmes : dépendance ou absence de relation	Demande de conseils, dans un rapport d'apprentissage	Autonomie dans la prise en charge mais collaboration avec le médecin
Rapport au protocole LVP	Distanciation	Conformité	Intériorisation
LVP dans les autres prises en charge	Utilisation pour la déglutition uniquement	Modification du rapport au corps dans le soin orthophonique	Prise en compte du corps dans toutes les prises en charge

IV. Limites, perspectives et apports de la recherche

1. Limites de la méthode

1.1. La démarche d'objectivation

Les entretiens avec les orthophonistes comportent le risque d'être entraînés dans une certaine rhétorique professionnelle, d'autant plus que nous sommes des étudiantes en orthophonie. La rhétorique professionnelle met en valeur non pas l'« être », mais plutôt l'« image » du professionnel. La prise de distance avec les discours sur l'efficacité de la méthode LVP ainsi qu'avec les conseils prodigués par des professionnelles à des futures professionnelles n'a pas toujours été aisé.

Au fur et à mesure des entretiens notre posture de chercheur a évolué. Nous nous sommes décentrées de ce que nous voulions objectiver et nous nous sommes laissées surprendre

par de nouveaux thèmes abordés, thèmes qui ont enrichi notre analyse et de ce fait notre recherche. Alors que nous pensions trouver des éléments sur le conflit et l’empiètement professionnel au sein de l’équipe LVP, il s’est avéré que c’est davantage sur un registre de partage de valeurs que nous avons été orientées. Notre guide d’entretien a ainsi évolué.

Ce dernier comportait des questions qui ne pouvaient pas se qualifier de « questions conceptualisantes ». Par exemple, la question « avez-vous l’impression d’appartenir à un réseau ? » incitait les orthophonistes à analyser elles-mêmes leur propre pratique. Or c’est à nous d’analyser leur pratique, en fonction de leur témoignage.

1.2. La population

Nous avons interrogé quinze orthophonistes dans l’espoir d’atteindre la saturation de l’échantillon. Il s’avère que des témoignages supplémentaires nous auraient été nécessaires pour y parvenir. En effet, la typologie est hétérogène car la plupart des orthophonistes se situent dans « « Langue-Voix-Posture » : « intuition » ». Recueillir des témoignages d’orthophonistes se situant dans les portraits « utilisation » et « adhésion » nous aurait probablement permis d’obtenir d’autres éléments.

C’est avec le recul que nous nous sommes aperçues d’un écueil. Nous avons élaboré nos questions dans un souci de concision pour être les plus rapides possibles au téléphone. En effet, la plupart des orthophonistes contactés n’ont pu nous accorder plus de deux minutes. Ainsi, nous avons fait le choix de demander la ville d’obtention du diplôme. Toutefois, a posteriori, il apparaît que si nous avions pu demander aux orthophonistes si elles avaient exercé dans la ville de Lyon, nous aurions eu des résultats plus significatifs à propos de la notoriété lyonnaise de LVP. En effet, la notoriété de la formation se développe plus par des réseaux professionnels que par le réseau étudiant.

2. Perspectives

Nous avons choisi d’interroger des orthophonistes ayant été formées à l’approche Feldenkrais, dans sa version courte (par Martine Joly dans le cadre de LVP) ou dans sa version longue (avec François Combeau, praticien Feldenkrais et orthophoniste). Nous avons donc orienté notre objet de recherche sur la trajectoire de ces orthophonistes.

Il serait intéressant de connaître la trajectoire des autres professionnels investis dans les prises en charge via LVP. Peut-être pourrions-nous alors mettre en évidence l’existence de mondes sociaux (Strauss, 1992) à savoir l’idée que des valeurs communes aux orthophonistes que nous avons interrogées, sont également partagées par les autres professionnels participant à LVP.

Une autre question nous est venue, suite au constat que seules des femmes, à notre connaissance, ont choisi de faire cette formation : le travail du corps, de la proprioception serait-il l’apanage des femmes ?

3. Apports

3.1. Pour la profession d'orthophoniste

Cette recherche a permis une clarification des buts de la rééducation dans le cadre de LVP ainsi que des moyens mis en œuvre pour y parvenir. Cette formation et la pratique qu'elle permet sont en effet peu ou mal connues du public d'orthophonistes, comme nous l'avons vu dans les résultats du questionnaire téléphonique.

De plus, ce travail montre tous les champs possibles en orthophonie, particulièrement les possibilités d'action sur le corps via la proprioception. Nous avons observé un élargissement du champ de compétence des orthophonistes, qu'il nous semble important de mettre en évidence.

3.2. Pour nous professionnellement et personnellement

La découverte majeure a été celle de l'approche en sciences sociales.

Dans un premier temps, ce fut l'occasion de réflexions et de recherches bibliographiques, travail source d'enrichissement personnel considérable. Les lectures, les modèles, permettent d'appréhender les rapports entre humains, de mieux cerner l'enjeu des situations, de mieux comprendre l'importance des statuts. Nous avons vécu nos stages différemment car nous avons plus de clés pour comprendre les rapports sociaux dans le cadre professionnel.

Par la suite, les entretiens nous ont permis d'approfondir nos capacités de conduite d'anamnèse. Obtenir des informations de manière subtile, laisser des espaces de parole libre, écouter de manière empathique sont des qualités que nous avons entraînées et qui sont indispensables pour exercer notre profession.

Les entretiens nous ont permis des échanges avec d'autres orthophonistes. Cela nous a apporté des connaissances sur la profession que nous voulons exercer mais ceci nous a également enrichies humainement. Echanger ouvre toujours des horizons.

CONCLUSION

Notre recherche s'est centrée sur la réponse à la question suivante :

**« Comment se construisent les trajectoires des orthophonistes formées à l'approche
« Langue-Voix-Posture » ? »**

Nous avons émis l'hypothèse que les trajectoires seraient une production conjointe des professionnels et des cadres sociaux en mouvement.

Notre recherche nous a amené à mettre en évidence des similitudes dans la trajectoire de ces orthophonistes. La plupart d'entre elles ont recours aux médecines parallèles et présentent un intérêt pour les pratiques corporelles. Ces éléments de vie ont orienté leur trajectoire.

Ces éléments ont également eu des répercussions sur leurs parcours professionnels notamment au niveau du choix de leur formation continue. La formation continue leur permet de se munir, de valoriser leur image professionnelle. Mais la formation continue traduit également une envie d'orienter leur pratique professionnelle en fonction de leurs croyances.

Le cadre LVP et la méthode Feldenkrais offrent aux orthophonistes la possibilité d'un réenchantement professionnel les ouvrant à une nouvelle façon de concevoir le corps, le soin. De plus elles élargissent leur champ de compétence, diversifient leur patientèle, et peuvent privilégier le registre de soin relationnel.

Nous avons mis en évidence que le cadre social LVP se situe dans une dynamique de légitimation. Cela a des répercussions sur la trajectoire des orthophonistes. En effet, le cadre médical permet aux orthophonistes de pratiquer la méthode alternative Feldenkrais. Elles ne craignent plus de s'aventurer sur le versant psychologique de la déglutition induite par la méthode car le cadre médical a un rôle de garde-fou.

Ce rôle de garde-fou est représenté en la figure du médecin ostéopathe qui objective les progrès et clôture la rééducation. En cela, la trajectoire des orthophonistes est modifiée car elles se trouvent, dans ces prises en charge, dans un rapport de dépendance au prescripteur.

Les principaux résultats que nous avons présentés ci-dessus sont à nuancer. Les trajectoires des orthophonistes ont toutes leurs singularités. La typologie que nous avons élaborée met en évidence trois « types » d'orthophonistes qui entretiennent trois liens différents avec le cadre social et qui ont des degrés différents de « corporalité ».

- Les orthophonistes « utilisation » apparaissent comme les plus dépendantes au cadre médical, et conçoivent le corps comme une entité biologique.
- Les orthophonistes « intuition » sont dans une quête de conseils auprès de la formatrice-accompagnatrice, et c'est la rencontre avec le cadre social qui a

modifié leur conception du corps. Elles accordent une place importante au ressenti.

- Les orthophonistes « adhésion » sont dans une démarche de collaboration avec le cadre médical pour privilégier la prise en charge holistique. Dans cette même logique, elles investissent leur corps comme un tout.

Nous avons vu que les orthophonistes rencontrées mettent le corps au centre de leur rééducation orthophonique et nous nous demandons comment a évolué la place du corps en orthophonie. En effet, la pratique orthophonique s'est inscrite dans différents courants qui n'accordent pas tous la même importance au corps.

Aux débuts de la profession, le corps était un médiateur de soin. Au fil du temps, et notamment dans la formation initiale lyonnaise, le courant neuropsychologique s'est imposé. Ainsi, le socle des apprentissages universitaires n'intègre que peu le travail par le corps. La méthode Feldenkrais serait-elle un moyen de réinvestir le corps en orthophonie ?

Par ailleurs, notre travail de recherche sur « des acteurs dans un cadre social » nous amène à d'autres réflexions. La rencontre avec des acteurs centraux, constituant le « noyau dur » de l'association, nous permet de constater qu'ils partagent sans aucun doute des valeurs communes. C'est par ailleurs ce qui nous amène à penser que les acteurs produisent le système et sont à l'origine de la cohérence de ce système. « Langue-Voix-Posture » est donc une production des acteurs. Les orthophonistes se situant dans le profil-type « adhésion » sont celles qui co-produisent le système.

Mais les orthophonistes ne sont pas les seuls acteurs, il serait donc intéressant de rencontrer l'ensemble des professionnels de l'association pour saisir plus largement le concept de « *mondes sociaux* » développé par Strauss. Nous aurions peut-être pu définir plus finement les valeurs communes à ces professionnels.

Dans ce même registre de partage de valeurs, nous nous sommes interrogées sur les enjeux de la transmission. En effet, au même titre que les formateurs Feldenkrais transmettent un savoir aux orthophonistes, ces orthophonistes transmettent un savoir à leur patient. Les pratiques corporelles véhiculent des valeurs sociales et culturelles. Ainsi, certains patients reçoivent des soins parfois en rupture avec leurs croyances. Et d'autres, partageant les valeurs transmises, reçoivent un soin à la manière d'une initiation.

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT A. (1988), « Professionnal Work ». In *The system of Professions – An essay on the Division of Expert Labor*. (ed.: 1992, chap. 2, pp. 35-58). Chicago : the University of Chicago Press.

ADAM P. & HERZLICH C. (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Collection 128. Armand Colin.

AIACH P., FASSIN D., & SALIBA, J. (1994), « Crise, pouvoir et légitimité ». In AIACH P. & FASSIN D. (Eds.), *Les métiers de la santé – Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (pp. 9-42). Paris : Anthropos.

ANDRIEU B. (2008), « Les pratiques corporelles réflexives : une épistémologie de l'action sur soi », In MOLARO C., *Vers une écologie des pratiques corporelles*. Nancy : Presses universitaires de Nancy.

ARBORIO S. (2008), « Développements de la personne et pratique corporelle. Le point de vue de l'anthropologue », In MOLARO C. *Vers une écologie des pratiques corporelle*. Nancy : Presses universitaires de Nancy.

BERCOT R. & MATHIEU-FRITZ P. (2008), *Le prestige des professions et ses failles*. Paris : éditions Hermann.

BLANCHET, A., & GOTMAN, A. (1992), *L'enquête et ses méthodes – L'entretien* (2nd ed. : 2007). Paris : Armand Colin.

BLIN J.-F. (1997), *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris : Coll. Action et savoir. L'Harmattan.

BOUCHAYER F. (1994), « Les voies du réenchantement professionnel », In AIACH P. & FASSIN D., *Les métiers de la santé*. Paris : éditions Anthropos.

BOURDIEU (1980), *Le sens pratique*. Paris : Editions de Minuit.

BROCQ H. (2008), « Le corps comme étayage identitaire », In FERRAGUT, *Médiation corporelle dans la pratique des soins*. Issy-les-Moulineaux : éditions Elsevier-Masson.

BUCHER, R. & STRAUSS, A. (1961). *La dynamique des professions*. In A. Strauss (Ed.), *La trame de la négociation – Sociologie qualitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. (Trans : J.-M. Chapoulie, ed. : 2002, pp. 67-86). Paris : L'harmattan.

CARRICABURU D. & MENORET M. (2005), *Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies*, Paris : éditions Armand Colin.

CHAMPY F. (2009), *Sociologie des professions*. Paris : PUF.

CORBIN A., COURTINE J.-J., VIGARELLO G. (2006), *Histoire du corps*, Paris : éditions Le Seuil.

DE LOPEZ B. & RAETH E. (2008). *Etude du processus de formation continue en rééducation vocale*. Lyon : mémoire d'orthophonie n°01430.

DEPELTEAU J.-F. (2000), *La démarche d'une recherche en sciences humaines*. Québec : Les presses de l'Université Laval.

DURET P., ROUSSEL P. (2002), *Le corps et ses sociologies*. Paris : Nathan université.

DUBAR C. et TRIPIER P. (1998), *Sociologie des professions*, 2nd éd 2005. Paris : édition Armand Colin.

ETIENNE J. (1995), *Dictionnaire de sociologie, les notions, les mécanismes, les auteurs*. Paris : Hatier.

EYRAUD F., PARADEISE C., REYNAUD J.-D, SAGLIO J. (1990), *Les systèmes de relations professionnelles*. Paris : éditions du CNRS.

FELDENKRAIS M. (1993), *Energie et bien-être par le mouvement*. Paris : Dangles.

FOURNIER M. (2004), « *Orthodontie, une rééducation de la tête au pied* », Orthomagazine n°54 pp 15-19.

FREIDSON E. (1984), *La profession médicale*, Paris : Payot.

GAY T. (2004), *L'indispensable de la sociologie*, Paris : Studyrama

GAL B. et NICOLLIN M. (2008), *Le processus de spécialisation en orthophonie : De la conception d'une pratique orientée à sa concrétisation*. Lyon : Mémoire d'orthophonie n°1443.

GREMY J.-P. et LE MOAN M.-J. (1977), « *Analyse de la démarche de construction de typologies dans les sciences sociales* », Informatique et sciences humaines, n°35.

HERZLICH C. et PIERRET J. (1991), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris : Payot.

HUGHES E. (1937), « *Institutional office and the person* », In American journal of sociology, vol.43 n°3.

JOLY M. (1999), « *La langue dans tous ses états* », journées du GLEM, Lyon.

LAHIANI & LOREAL (2009), *La construction de l'identité professionnelle des orthophonistes spécialisées dans la prise en charge des maladies d'Alzheimer*. Lyon : mémoire d'orthophonie n°1518.

LAPLANTINE F. (1984). « *Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie* », In Jobelet D. *Les représentations sociales* (p. 297-318). Paris : Editions PUF.

-
- LAPLANTINE F. (1992), *Anthropologie de la maladie*. Paris : édition Payot
- LAPLANTINE F. et RABEYRON P.-L. (1987), *Les médecines parallèles*. Paris : PUF.
- LARGIER G. (2008), *Comprendre et pratiquer les thérapies psychocorporelles*. Paris : Dunod.
- LE BRETON D. (1990), *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : PUF.
- LE BRETON D. (2004), *L'interactionnisme symbolique*. Paris : PUF. Quadrige.
- LOUBET DEL BAYLE J.-L. (2000), *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Paris: L'Harmattan.
- MAURIN N. (1997), *Rééducation de la déglutition*, Isbergues : Ortho édition.
- MEAD M. (1928), *Mœurs et sexualité en Océanie*. Paris : Plon.
- MINARY J.-P. (2010), « Corps et familles : des stéréotypes familiaux aux pratiques cliniques ordinaires », In CUYNET P. et MARIAGE A. *Corps en famille, du corps individuel au corps familial*. Paris : éditions Inpress.
- MOLARO C. (2008), « De l'épistémologie à l'anthropologie des pratiques corporelles », in MOLARO C. *Vers une écologie des pratiques corporelles*. Nancy : Presses universitaires de Nancy.
- MOMOT F. (2008), *Formation continue et construction de l'identité professionnelle*. Lyon : mémoire d'orthophonie n°01471.
- MORIN M. (2004), *Parcours de santé*. Paris : édition Armand Colin.
- MUCCHILLI A. & PAILLE P. (2003), *Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Colin.
- NETTLETON S. (1995). *Sociology of health and illness*, Polity press editions.
- PARADEISE C. (1985). « Rhétorique professionnelle et expertise ». *Sociologie du Travail*, 27(1), 17-31.
- PERDRIX R. (2007), « Elaborer des frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité ». In TAIN L., *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Nantes : édition ENSP.
- PIRES A. (1997), « Epistémologie et théorie », In POUPART E. *De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales*, Montréal : Gaétan Morin Editeur.
- REYNAUD J.-D. (1999), *Le conflit, la négociation et la règle*. Toulouse : édition Octares.
-

ROETHLISBERGER B., FRITZ J. & DICKSON W.-J. (1939), *Management and the Worker*. Cambridge MA: Harvard University Press.

SCHUTZ A. (1987), *Le chercheur et le quotidien ; phénoménologie des sciences sociales*. Paris : Klincksieck.

STRAUSS A. (1978), « Une perspective en terme de monde social ». In SRAUSS A., *La trame de la négociation – Sociologie qualitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. (Trans : J.-M. Chapoulie, ed. : 2002, pp. 67-86). Paris : L'harmattan.

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

TRAVAILLOT Y. (1998), *Sociologie des pratiques d'entretien du corps*. Paris : PUF.

VIGARELLO G. (1993), *Histoire des pratiques de santé, le sain et le malsain depuis le Moyen-âge*. Paris : le Seuil.

WEBER M. (1947), *Gesammelte aufsaetze zur religionsoziologie* (tome 1), TUBINGEN, Verlag von J.C.B Mohr, 1947, p.267-273.

YONNET P. (2006), *Le recul de la mort, l'avènement de l'individu contemporain*. Paris : Gallimard.

Lien Internet :

http://www.feldenkrais-france.org/htm/methode_feldenkrais.html, 19/04/2011, 20h32.

ANNEXES

Annexe I : Catalogue des exercices proposés dans l'ouvrage de Nicole Maurin : « Rééducation de la déglutition »

- Position de repos
- Léchage
- Mobilisation de la langue
- Déglutition
- Slurp
- Gorgée
- Claquer la langue
- Piston
- Sourire
- Langue pointue
- Crissement
- Phonation D. N. T.
- Recul de la langue
- Phonation S. Z.
- Phonation CH. J.
- Phonation V. F.
- Abaisse-langue
- Bouton vertical
- Lèvre supérieure
- Lèvre inférieure
- Le singe
- La bulle
- Les labiales
- Le moteur
- Le chien
- ATM propulsion
- ATM rétropulsion
- ATM latéralité
- ATM ouverture
- ATM fermeture
- Le mouchage
- Prise de conscience
- Ventilation uninarinaire
- La sirène
- L'arrière nez
- L'aile du nez
- Diaphragme
- Effort
- Habitudes
- Relaxation

Ces exercices sont répartis selon les fonctions qu'ils rééduquent : déglutition, phonation, motricité labiale, articulation temporo-mandibulaire (ATM), ventilation.

Annexe II : Historique de l'association LVP

L'équipe LVP est née de la rencontre de différents professionnels se questionnant sur les problèmes de posture.

En 1985, le professeur Georges Perdrix, dentiste, et Alain Pelligand, podologue travaillaient à la faculté d'odontologie de Lyon, au « centre de traitement des ATM et des douleurs oro-faciales des HCL », sur les ATM et la posture et mettaient en lien le travail en bouche et les répercussions qu'il entraînait sur les points d'appui au sol.

En 1990, le docteur Joly, ostéopathe, est sollicité afin d'ajouter à ce travail en pluridisciplinarité un travail ostéopathique crânio-sacré. Ils ont pu se rendre compte que ce travail d'équipe autour de la posture apportait des améliorations mais que les résultats étaient incomplets avec des récives.

Les professionnels de l'équipe ont par ailleurs pu se rendre compte qu'en Italie, le lien entre les dents et la posture était déjà bien ancré.

En 1997, Martine Joly a soumis l'idée que l'impossibilité à régler ces problèmes de manière durable pouvait venir de la langue qui, mal positionnée déséquilibrait l'occlusion dentaire et l'ATM.

Grâce à un approfondissement des recherches ainsi qu'à différentes rencontres avec d'autres professionnels (kinésiologues, kinésithérapeutes) les spécialistes sont arrivés à une prise de conscience de l'importance de la musculature linguale dans l'équilibre postural. En complémentarité de ce travail, une mise en rapport avec les travaux sur les chaînes musculaires de Madame Godelieve Struyf-Denys a été faite.

Martine Joly avait rencontré en 1992 François Combeau, praticien Feldenkrais, orthophoniste de formation et chanteur, qui avait été invité par Nicole Morelli-Lavastre représentante de la FOF à Lyon, pour une formation intitulée: « Dynamique vocale, dynamique corporelle ». Martine Joly séduite par l'approche de François Combeau s'est rendue à Paris pour suivre d'autres de ses formations.

En 1997, quand les liens ont été faits au sein de l'équipe entre la langue et la posture, Martine Joly a demandé à Nicole Morelli-Lavastre de recontacter François Combeau car son travail semblait tout à fait pertinent pour les rééducations de la langue : réorganiser le geste (et non tonifier).

François Combeau est depuis lors sollicité pour venir faire travailler un petit groupe d'orthophonistes (une vingtaine de participantes), deux fois par an à Lyon.

Martine Joly donne régulièrement des formations, dans le Rhône ou d'autres départements, sollicitée par les syndicats.

Annexe III : Rééducation selon la méthode Feldenkrais enseignée par François Combeau

Extrait de l'article de Martine Joly, « La langue dans tous ses états », p.32.

Bien que la langue soit constituée d'un ensemble de muscles, la rééducation n'est pas d'abord un travail pour développer une musculature par des exercices de « musculation ». C'est d'abord un travail de découverte par l'exploration :

- des lieux (contours, volume occupé par la langue, espace disponible...)
- des mobilités (de la langue, de la mandibule, des lèvres) nettement différenciées
- des rapports et des interactions entre la langue et les dents, le palais, la mandibule, le crâne, les cervicales, le larynx, la respiration, la posture.

Dans cet esprit, reproduire, imiter un modèle donné, répéter pour s'imprégner d'une autre façon de faire, extérieur à soi-même, ne présente pas grand intérêt. Ce travail est facilité par des mises en situation inhabituelles, posant problème, amenant le sujet à sortir de ses comportements d'habitude et à s'organiser différemment.

Annexe IV : Enquête téléphonique

Orthophoniste (n°), lieu d'exercice, ville et année de formation	Nombre de professionnels au cabinet, statut	Connaissez-vous LVP		Avez-vous fait la formation ? Seriez-vous intéressée ?	Pensez-vous qu'on devrait l'enseigner à la fac ?	Votre opinion sur LVP ?	L'opinion de la profession sur LVP ?
		Non	Oui				
1) Moresel (Isère), Lyon, 1991	Seule, titulaire	X		/	/	/	/
2) Vaulx-en-velin (Rhône), Lyon, 2004	Seule, associée	X		/	/	/	/
3) Tain l'Hermitage (Drome), Lyon, 1984	2, titulaire		X J'en ai vaguement entendu parler	/	/	/	/
4) Divonne les bains (Ain), Bruxelles, 1995	2, titulaire	X		/	/	/	/
5) Mieussy (Haute-Savoie), Lyon, 1998	2, titulaire	X		/	/	/	/
6) Sury-le-Contal (Loire), Lyon, 1992	3, titulaire	X		/	/	/	/
7) Romans (Ain), Paris, 2005	Seule, titulaire	X		/	/	/	/
8) St Egrève (Isère), Lyon, 1980	3, titulaire	X		/	/	/	/
9) Tulette (Drome), Montpellier, 1979	2, titulaire			Oui en 2004 ou 2005 à Grenoble	Ça pourrait être enseigné à la fac, l'approche plus globale, la mise en rapport avec la posture sont intéressantes, plus que la formation de la fac, c'est intéressant de dire aux ortho qu'un bilan ostéopathique est souhaitable	Intéressant même si je ne l'utilise pas à cause de la partie « ressenti », avec laquelle je ne me sens pas à l'aise	J'imagine que les ortho se disent qu'elles ne peuvent pas envisager la langue comme « hors-corps », de manière isolée
10) Albigny sur Saône, Lyon, 1977	Seule, titulaire		X	Non mais j'ai fait Feldenkrais avec Martine Joly (en 99 ou 2000) avec François Combeau, j'ai beaucoup travaillé LVP à une époque puis j'ai arrêté, j'ai beaucoup aimé travailler avec les adultes	Oui, car ce qui est enseigné n'est pas globale et l'aspect global est mieux. Et devrait être complété par ostéovox, c'est vraiment deux formations complémentaires, ce serait parfait	Très positive même si elle a arrêté parce qu'elle en a fait beaucoup	Toutes les orthophonistes que je connais trouvent ça intéressant mais ce sont des orthophonistes qui s'y intéressent
11) Lyon 7 ^{ème} (Rhône), Lyon, 1999	Seule, titulaire		X entendu parlé par des collègues	Non, je n'envisage plus de la faire car j'ai fait Ostéovox et j'ai trouvé les réponses par rapport à la déglutition	Je pense que ça devrait être enseigné à la fac	/	/

12) Thonon les bains, (Haute Savoie), Mons (Belgique), 2004	4, titulaire	X		Je serais intéressée	/	/	/
13) Roche la Molière (Loire), Montpellier, 1984	Seule, titulaire	X		/	/	/	/
14) Craponne (Rhône), Lyon, 2000	2, titulaire		X	Oui, avant 2005 à Grenoble	Pourquoi pas, il y a des bonnes choses, mais j'ai été déçue, et je pense que je ne suis pas la seule... la moitié des participants sont partis avant la fin	Mitigée. Gênée par le manque de théorie, le partie pris pas assez objectif. Je me sers de l'aspect sensoriel. L'approche du Dr Joly est pas mal mais la formation manque de substance, je me sers de l'approche de Maryvonne Fournier que je trouve plus fondée	Beaucoup de gens sont déçus
15) Thonon-les-Bains (Haute Savoie), Nancy, 1975	Seule, titulaire	X		/	/	/	/
16) Valence (Drome), Paris, 1974	Seule, titulaire	X		/	/	/	/
17) St Peray (Ardèche), Nancy, 1999	Seule, titulaire	X		Je serais intéressée	/	/	/
18) St-bonnet-de-Mure (Rhône), Lyon, 1995	3, associée	X		/	/	/	/
19) Le Versou (Isère), Nancy, 1981	Seul, titulaire	X		/	/	/	/
20) Sathonay camp (Rhône), Marseille, 1984	2, titulaire	X		/	/	/	/
21) Villefranche sur Saône (Rhône), Lyon, 1972	Seule, titulaire	X		/	/	/	/
22) Lyon 7 ^{ème} (Rhône), Montpellier, 2002	Seule, titulaire	X		/	/	/	/
23) Villefranche sur Saône (Rhône), Lyon 1981	5, titulaire	X		/	/	/	/
24) Valence (Drôme), Lyon, 1972	Seule, titulaire		X de nom	Non je n'ai pas envisagé de la faire	Aucune opinion	Aucune opinion	Je n'en ai jamais parlé avec mes collègues
25) Grenoble (Isère), Lyon, 1972	Seule, titulaire		X un peu	Non. Je n'ai plus que 4 ans donc je ne vais pas me lancer là-dedans mais j'aurais tendance à y croire	Oui tout à fait, enfin non car c'est encore une chose annexe, pourquoi pas proposer une sorte de catalogue en 4 ^{ème} année de formation, où on parle vaguement de cette formation	C'est intéressant mais si vous me parlez des semelles et tout et tout je vous direz que c'est du fanatisme, ça c'est du pipeau, il y a une importance au niveau de la posture mais il ne faut pas que ça dérive pour la dyslexie	Aucune idée
26) Givors (Rhône), Lyon, 1974	2, Associée	X		Je serais intéressée	/	/	/

27) Saint-Etienne (Loire), Lyon, 2008	2 dans le cabinet et 4 paramédicaux, remplaçante	X		/	/	/	/
28) Ste-Foy-lès-Lyon (Rhône), Lyon, 2008	2, Collaboratrice	X		/	/	/	/
29) Valence (Drome), Toulouse, 1975	2, associée	X		/	/	/	/
30) Bourgoin-Jallieu (Isère), Lyon, 2009	2, associée	X		/	/	/	/
31) Lyon (Rhône), Lyon, 1986	3, associée		X j'ai reçu un courrier	Non et je n'ai pas envisagé de la faire car tout ce qui est gymnastique bucco-faciale je pense avoir été munie par la formation	C'est toujours intéressant de voir comment peut être faite cette gymnastique. Après l'association est spécialisée dans les post trauma et les enfants IMC	Je n'en sais pas assez avez-vous une brochure	Aucune idée
32) St Germain au Mont d'or (Rhône), Lyon 2002	2, associée		X un peu j'en ai entendu parler dans d'autres formations	Je me suis dis que ça serait bien que je la fasse	Pourquoi pas je ne sais pas	Je ne sais pas trop ça me fait penser à une rééducation de la déglutition et ça me manque	Aucune idée mais j'en ai entendu parler de façon positive aux formations
33) Villeurbanne (Rhône), Lyon, 2007	Seule, titulaire		X j'ai vu qu'il y avait un site Internet, c'est bien avec Martine Joly	Non, et je n'ai pas envisagé de la faire, mais pourquoi pas, si je n'avais pas deux mille autres Je pense que c'est une formation à faire	Oui mais pas plus que d'autres techniques	C'est intéressant, moi-même j'envoie des enfants chez l'ostéopathe quand je ne m'en sors pas avec des enfants et leur posture	C'est très controversé, on y croit ou pas
34) Chambéry (Isère), Lyon, 1975	Seule, titulaire	X		/	/	/	/
35) Crolle (Isère), Paris, 1973	Seule, titulaire	X		/	/	/	/
36) Moins (Rhône), Lyon, 1973	4, collaboratrice	X		/	/	/	/
37) Meximieux (Rhône), Lyon, 1977	3, associée	X		/	/	/	/
38) Corbas (Rhône), Paris, 2010	4, remplaçante	X		/	/	/	/
39) Corbas (Rhône), Lyon, 1996	4, associée	X		/	/	/	/
40) St Didier au Mont d'or (Rhône), Lyon, 1998	2, titulaire (et 2 médecins ostéopathes : Dr Joly et Dr Plat)		X	Oui, à Lyon en 2003	Non, c'est un peu trop technique et c'est une approche qui doit être enseignée en petits groupes. En plus tout le monde n'y adhère pas	Je trouve que c'est bien car c'est une approche pluridisciplinaire qui permet de travailler avec d'autres professionnels ; en plus je trouve que c'est bien car c'est une approche globale	Quand on ne connaît pas, on est sceptique. J'ai des collègues qui s'orientent vers LVP voyant que ce qu'on leur a appris à l'école ne leur convient pas

41) Meyzieux (Rhône), Lyon, 1973	Seule, titulaire		X , par des collègues qui ont fait des stages sur l'automatisation des mouvements de la langue avec un retentissement sur tout le corps	Non, je n'aime pas ces PEC, mais si j'aimais je la ferais	Oui tout à fait	C'est très intéressant, tout ce lien	Mais collègues m'en parlaient plutôt positivement
42) Oyonnax (Ain), Lyon, 1980	4, associée		X par ma collègue qui a fait la formation	Non, j'ai envisagé de la faire quand j'aurai plus de temps, je suis un peu dans cette démarche du tout, de la globalité	Oui, tout ce qui a trait à la globalité de la personne devrait être enseigné, le corps est un tout	C'est très intéressant	Mes collègues qui ont fait la formation sont enchantées
43) Bassens (Savoie), Besançon, 1975	Seule, titulaire		X, lors d'une soirée, une sorte de bain de formation avec Martine Joly à Chambéry en 2005	Non, je suis engagée dans trop de formations longues durées	Oui mais avec tout le reste, on atteindrait les 6 années d'études mais il faudrait que toutes les ortho approfondissent ça	Je suis pour le fait de travailler avec les ostéopathes, quand un enfant a un souci de langue, j'envoie souvent chez l'ostéopathe et je dis aux parents de ne rien dire à l'orthodontiste et j'ai des retours de l'ostéopathe par courrier	Je ne sais pas je peux juste vous donner mon opinion
44) Claix (Isère), Lyon ,06	2, collaboratrice		X j'ai fait un stage avec Morelli-Lavastre, ça avait l'air efficace mais je ne suis pas portée là-dessus	Non je n'ai pas cette approche là avec les ostéopathes	Oh oui ou au moins présenté	Ca semble efficace mais bon pas pour moi	Je ne sais pas je n'en ai jamais parlé
45) Lyon, Bruxelles, 2005	2, titulaire	X		/	/	/	/
46) Lyon, Lyon, 2007	2, collaboratrice		X	Non	Non mais dire que ça existe	C'est bien que ça existe, je peux envoyer les patients les plus difficiles à des ortho LVP dont j'ai le nom de bouche à oreille, mais je n'aime pas suffisamment les troubles de déglutition pour faire la formation et donc avoir beaucoup de patients	Je crois que les gens disent que c'est un peu fermé comme cercle
47) Lyon, Lyon, 1995	2, titulaire		X	Je ne tiens pas à faire la formation	Pas du tout	LVP, c'est sectaire	Les autres aussi, je crois que nous sommes plusieurs à trouver ça sectaire
48) Montélimar (Ardèche), Lyon, 1996	2, associée	X		/	/	/	/

49) Lyon 9 ^{ème} , Lyon, 1991	5, titulaire		X de nom par des collègues ou des choses que j'ai pu lire	Non	Pourquoi pas	Je ne fais pas de voix, c'est pour ça que je ne l'ai pas faite	Que c'est intéressant
50) Veauce (Loire), Lyon, 1978	Seule, titulaire		X entendu parler, c'est avec Madame Joly c'est ça ?	Non, c'est intéressant mais je n'arrive pas à tout faire	Oui, les problèmes de dos et la déglutition, c'est sûrement tout lié	Je connais mal donc je ne peux pas dire mais ce serait intéressant à fouiller	Je ne peux pas vous dire, je ne sais pas

Annexe V : Analyse des résultats de l'enquête téléphonique

- *Connaissez vous LVP ?*

	OUI	NON	VAGUEMENT
Lieux de formation			
Lyon (34)	10	17	7
Autres (16)	2	14	0
Total (50)	12	31	7
Années de formation			
1972/1979 (16)	4	9	3
1980/1989 (8)	2	5	1
1990/1999 (12)	2	8	2
2000/2010 (14)	4	9	1
Total (50)	12	31	7

- *Avez-vous fait la formation ?*

	OUI	NON	INTERESSE
Lieux de formation			
Lyon (34)	2	27	5
Autre (16)	1	12	3
Total (50)	3	39	8
Années de formation			
1972/1979 (16)	1	11	3
1980/1989 (8)	0	8	1
1990/1999 (12)	1	10	1
2000/2010 (14)	1	10	3
Total (50)	3	39	8

- *Pensez-vous que l'approche devrait être enseignée à la faculté ?*

	Enseigné	Mentionné	Non enseigné	Ne sait pas
Lieux de formation				
Lyon (34)	7	6	2	19
Autre (16)	1	1	0	14
Total (50)	8	7	2	33
Années de formation				
1972/1979 (16)	4	1	0	11
1980/1989 (8)	2	1	0	5
1990/1999 (12)	1	1	2	8
2000/2010 (14)	1	4	0	9
Total (50)	8	7	2	33

- *Quelle est votre opinion sur la formation LVP ?*

	Ne sait pas	Bonne	Partagée	Mauvaise
Lieux de formation				
Lyon (34)	23	8	2	1
Autres (16)	14	2	0	0
Total (50)	37	10	2	1
Années de formation				
1972/1979 (16)	11	5	0	0
1980/1989 (8)	7	1	0	0
1990/1999 (12)	10	1	0	1
2000/2010 (14)	9	3	2	0
Total (50)	37	10	2	1

Annexe VI : Présentation des interviewées

MADAME A.

Durée de l'entretien : 1 heure

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 1969

Lieu de formation et année de diplôme : Lyon, 1993

Formation LVP avec Martine Joly

Statut marital : mariée, un enfant

MADAME E.

Durée de l'entretien : 55 minutes

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 1961

Lieu de formation et année de diplôme : 1984, Lyon

Formation LVP avec martine Joly en 2003-2004

Statut marital : mariée, deux enfants

MADAME B.

Durée de l'entretien : 1 heure

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 1976

Lieu de formation et année de diplôme : 2000, MontpelLier

Formation Feldenkrais avec François Combeau de 2001 à maintenant

Statut marital : mariée, deux enfants.

MADAME F.

Durée de l'entretien : 1h15 minutes

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 1950

Lieu de formation et année de diplôme : 1973, Lyon

Formation LVP avec martine Joly en 2002 puis avec François Combeau depuis 2004

Statut marital : mariée, quatre enfants

MADAME C.

Durée de l'entretien : 1 heure

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 1977

Lieu de formation et année de diplôme : 2002, Lyon

Formation LVP avec Martine Joly en 2003

Statut marital : célibataire

MADAME G.

Durée de l'entretien : 1h15 minutes

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 1964

Lieu de formation et année de diplôme : 1986, Lyon

Formation LVP avec martine Joly en 2003-2004

Statut marital : en concubinage, deux enfants

MADAME D.

Durée de l'entretien : 55 minutes

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 1951

Lieu de formation et année de diplôme : 1974, Lyon

Formation Feldenkrais avec François Combeau

Statut marital : mariée, quatre enfants

MADAME H.

Durée de l'entretien : 1h + 17 min (tel)

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 21/07/70

Lieu de formation et année de diplôme : Tours, 1992

Formation LVP avec Martine Joly

Statut marital : mariée, deux enfants

MADAME I.

Durée de l'entretien : 1h15 + 8 min au tél

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 06/06/56

Lieu de formation et année de diplôme : Lyon, 1981

Formation LVP avec Martine Joly

Statut marital : divorcée, deux enfants

MADAME J.

Durée de l'entretien : 45 min + 20min (tél)

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 05/03/56

Lieu de formation et année de diplôme : Lyon, 1979

Formation LVP avec Martine Joly

Statut marital : mariée, trois enfants

MADAME K.

Durée de l'entretien : 45 min+ 15 (tél)

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 17/03/63

Lieu de formation et année de diplôme : Paris, 1987

Formation Feldenkraïs avec François Combeau

Statut marital : séparée, un enfant

MADAME L.

Durée de l'entretien : 45 min + 10 (tél)

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 09/06/71

Lieu de formation et année de diplôme : Lyon, 1993

Formation LVP avec Martine Joly

Statut marital : mariée, quatre enfants

MADAME M.

Durée de l'entretien : 50 min +15 (tél)

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 27/10/66

Lieu de formation et année de diplôme : Lyon, 1987

Formation LVP avec Martine Joly

Statut marital : célibataire

MADAME N.

Durée de l'entretien : 1 h + 15 min (tél)

Lieu de l'entretien : son cabinet

Année de naissance : 25/08/71

Lieu de formation et année de diplôme : Lyon, 2000

Formation LVP avec Martine Joly

Statut marital : célibataire

MADAME O.

Durée de l'entretien : 1h 10

Lieu de l'entretien : un café

Année de naissance : 27/02/52

Lieu de formation et année de diplôme : Lyon, 1973

Formation LVP avec Martine Joly

Statut marital : divorcée, quatre enfants

Annexe VII : Guide d'entretien

Question inaugurale : Si on vous dit LVP, qu'est ce que ça vous évoque ?

THEMES	HYPOTHESES	QUESTIONS
Représentation du soin	- Les ortho LVP ont une représentation holistique du soin (pratiques professionnelles et personnelles) - LVP a contribué à modifier leur représentation du soin	<i>Pratiques professionnelles :</i> -types de rééducation -décrivez une rééducation qui a fonctionné -décrivez une rééducation qui n'a pas fonctionné -début d'une prise en charge -fin d'une prise en charge -réaction en cas d'échec d'une rééducation (quand une rééducation ne fonctionne pas, que vous dites vous ?) <i>Pratiques personnelles :</i> -comment vos parents vous soignaient-ils, vous et vos frères et soeurs -comment vous soignez-vous -comment se soigne votre conjoint -comment soignez-vous vos enfants -intérêt pour des pratiques corporelles <i>Changements dans vos pratiques personnelles depuis la formation LVP</i> -nouveaux loisirs -nouvelles façons de vous soigner <i>Changements dans vos pratiques professionnelles depuis la formation LVP</i> -nouveaux patients ? -nouvelles formes de rééducation ? -nouvelle relation avec le patient ? -description des rééducations avant LVP, après LVP.
Trajectoires	Des éléments de vie (expériences personnelles, vécu particulier de la formation initiale et continue) expliquent l'orientation des ortho vers la formation LVP	<i>Vie personnelle :</i> -parents, leur profession -fratrie -vie familiale -statut marital -différents lieux de vie -déménagements -loisirs <i>Formation initiale :</i> -choix de la profession -études : école, contenu, apports, vécu des études, stage, mémoire, -intérêt pour la langue, la voix, la posture <i>Formation continue :</i> -quelles formations ? pourquoi ? -intérêt pour la langue, la voix, la posture -connaissances de Feldenkrais, ostéovox ? <i>Mode d'exercice :</i> -du diplôme à maintenant -pourquoi le libéral <i>Rencontre avec LVP :</i> -pourquoi ?

	○ Les ortho LVP apprécient le travail en réseau	-découverte de LVP, comment ? -quelle année de formation ? -comment s'est passé le déroulement ? -quelles envies, attentes, apports ? -appartenez-vous au réseau LVP ? -appartenance à un autre réseau -pourquoi travaillez vous en réseau ? Apports ? Limites ? -avec quels professionnels de LVP êtes vous en lien ? pourquoi et comment ? -vers qui vous tournez vous quand vous avez un problème, un doute, une question ?
Légitimité	○ L'appartenance au réseau LVP donne une légitimité à ces orthophonistes ○ Les ortho LVP acceptent de la hiérarchie	<i>Pratique LVP :</i> -description de l'acte de rééducation en LVP, clôture de l'acte de rééducation LVP -vous sentez-vous bien munie pour mener à bien une rééducation LVP -parlez-vous de votre pratique LVP : -aux autres patients -à vos collègues -à vos proches -comment ? -que vous répondent-ils ? -quelle réaction avez-vous face à leurs propos ? -vous êtes vous déjà rendue à une consultation LVP ? -afficheriez un certificat attestant de votre formation ? -pensez vous que cette approche devrait être enseignée à l'université ? <i>Fonctionnement de l'équipe LVP :</i> -parcours de soin du patient, clôture de la rééducation -rôle du médecin -comment le patient est orienté dans votre cabinet -collaboration avec les autres professionnels

Question finale : Que vous a apporté la formation LVP ?

Annexe VIII : Grille d'analyse

	Madame A	Madame B	Madame C
Feldenkrais/LVP	LVP	Feldenkrais	LVP
Importance de l'entretien du corps avant Feld ou LVP	n'est pas branchée sur le corps, sur le ressenti.	Intègre le chant dans les pratiques corporelles	Les pratiques corporelles font partie intégrante de ma vie
Pratiques de soin avant Feld ou LVP	Jeunesse : médecine classique Depuis son mariage : homéopathie	Ostéopathie depuis les études supérieures	Depuis ses 20 ans : médecine chinoise, acuponcture
Rencontre avec LVP/Feld	Le docteur Joly suivait une de ses jeunes patientes. Il lui demande de se former (via la mère) hasard	Feldenkrais par collègue Intérêt personnel	Stage avec Martine Joly en 2 ^{ème} année qui devient sa collègue et l'incite à faire la formation Prédisposition au hasard
Travail en équipe	Lien exclusif avec le Docteur Joly pour un retour sur la rééducation + pour vérifier que le patient ne lui dit pas n'importe quoi quant à la rééducation	Réseau LVP à Lyon. Un peu moins à Montélimar. Retour du docteur Joly	avec les docteurs plat et joly, les orthodontistes et d'autres ostéopathes.
Influence de Feld/LVP sur autres rééducations	- (plus de patients adultes)	Voix, déglutition, posture (dysgraphie) +	+ (articulation et parole « en passant plus par le corps qu'avant »)
LVP : outil ou intériorisation	Outil : voudrait une deuxième formation car « au bout de 15 séances je ne sais plus quoi faire »	Intériorisation, « proprioception » « ressenti »	Intériorisation, « faire ressentir l'intérieur »
Enseigné à l'université	Oui car rééducation très intéressante et efficace	Oui, au moins présenté	Non car « tout le monde n'est pas à même de le faire, il faut un certain recul et intérêt »
Expérience de la pathologie LVP	Commence à faire le lien entre ses problèmes de voix, de posture et de migraine.	A fait une rééducation avec Martine Joly + équipe pluri en tant que patiente	-
Pratiques de soin après LVP/Feld	Va peut-être aller chez l'ostéopathe	Pas de changement : ostéopathie	Médecine chinoise, acuponcture
Rééducation de voix	+	+	- (pas d'intérêt)

	Madame D	Madame E	Madame F
Feldenkrais/LVP	Feldenkrais	LVP	LVP pour patienter pour Feldenkrais
Importance de l'entretien du corps avant Feld ou LVP	+ (yoga)	Je me suis toujours sentie à l'aise avec mon corps. Pas de pratiques corporelles	+ (tai-chi, yoga, sophro)
Pratiques de soin avant Feld ou LVP	Homéopathie, ostéopathie	Classique et homéopathie	Bioénergéticien, homéopathe
Rencontre avec LVP/Feld	le docteur Joly avec qui elle travaille lui parle de Feldenkrais intérêt personnel	Une patiente est suivie par le docteur Joly. La rééducation a marché et elle apprend par le docteur Joly que sa femme dispense une formation Prédisposition au hasard	Connaît Feldenkrais de nom, ainsi que les joly. Intérêt perso
Travail en équipe	Lien avec ostéopathe, podologue, dentiste, retour du médecin	En lien avec ostéo, orthodontistes, kiné	Dans l'association LVP, reçoit des patients LVP mais pas de retour. Très indépendante
Influence de Feld/LVP sur autres rééducations	Non mentionné	- (lui permet plus d'assurance)	+ (Articulation, parole et grand principe : éveiller la curiosité de la personne)
LVP : outil ou intériorisation	Intériorisation	Les deux : outil investi mais n'adhérerait pas à Feldenkrais.	Intériorisation
Enseigné à l'université	Oui, en option car tous les étudiants ne sont pas portés là-dessus	Oui, pour l'ouverture	/
Expérience de la pathologie LVP	Accident de voiture. Grâce à feldenkrais, « son corps a marché en dissociation »	-	Maux de dos traités par Feldenkrais
Pratiques de soin après LVP/Feld	Idem		idem
Rééducation de la voix	+	- (attend la formation oséovox)	+ (moins maintenant car n'a pas fait ostéovox)

	Madame G	Madame H	Madame I
Feldenkrais/LVP	LVP	LVP	LVP mais peu
Importance de l'entretien du corps avant Feld ou LVP	-	Faisait pas mal de sport mais pas dans un aspect relaxation	Gymnastique Intéressée par l'ostéopathie
Pratiques de soin avant Feld ou LVP	Classique et un peu d'ostéopathie	Allopathie et médecine douce (homéopathie)	Allopathie
Rencontre avec LVP/Feld	hasard	Assiste à une conférence sur l'ostéopathie avec M. Joly qu'elle connaissait de la formation gestion mentale + le syndicat prédisposition au hasard	Avait de plus en plus de demandes « post-appareillage » « on avait dû entendre dire que c'était bien » mettre en place des rééducations qui fonctionnent. prédisposition au hasard
Travail en équipe	Retour du médecin, Martine Joly = référente	Lien avec le Dr Joly qui envoie et contrôle la fin de la rééducation	Aucun contact (n'aime pas « appartenir à quelque chose », n'a pas adhéré aux personnalités des gens d'LVP)
Influence de Feld/LVP sur autres rééducations	« ha non je ne mélange pas tout ! » -	Oui (Regard plus global sur les troubles de LO chez les jeunes enfants. « Je prends plus en compte la posture, les douleurs, s'il y a un décrochage scolaire, des choses qui paraissent très éloignées mais qui en fait sont en lien. »)	Non (s'intéressait antérieurement à la posture)
LVP : outil ou intériorisation	Outil. Pas d'intérêt pour Feldenkrais	Outil. Aller plus loin nécessiterait une intériorisation. « il y a des choses que j'ai du mal à pratiquer en tant qu'orthophoniste. Je pense que j'aurais besoin de faire un travail pour moi-même sur le corps. »	Outil. (Fixe un nombre de séances où elle intègre quelques exercices de prise de conscience d'LVP)
Enseigné à l'université	Oui car plus efficace que méthode classique	Diplômée de l'école de Tour Oui en complément-approche enseignée réduite et un peu inutile	Oui. Déploie le trop de neuro et la carence en voix, « dans la mesure où l'axe va se développer, ça serait peut être bien que justement l'école d'orthophonie se mette enfin... »
Expérience de la pathologie LVP	- (se tient mieux)	+ (s'est découvert un problème de position de langue lié à un blocage du bassin lors de son 2 ^{ème} accouchement)	- (ne parle pas d'expérience personnelle mais d'un intérêt pour la langue et la posture antérieur à LVP)
Pratiques de soin après LVP/Feld	Pas de changement	Est allée voir le Dr Joly et a commencé un suivi ostéo	Allopathique puis médecines douces (A amené son fils voir le Dr Joly)
Rééducation de la voix	-	+ (apprécie, en a de temps en temps, dépend des médecins alentours)	A travaillé avec Roch et Coulombeau, plus depuis son accident

	Madame J	Madame K	Madame L
Feldenkrais/LVP	LVP	Feldenkraïß	LVP
Importance de l'entretien du corps avant Feld ou LVP	Gymnastique : méthode Pilate, besoin d'une activité physique, « de s'extérioriser corporellement » (en lien avec le métier sédentaire)	A toujours fait beaucoup de sport. Utilisait les médecines parallèles. Avoir une vie saine est important	Pas d'attrait pour le corps (« je ne suis pas très à l'aise avec le contact corporel ») Aime chanter mais trouve sa voix très limitée
Pratiques de soin avant Feld ou LVP	Mixte (allopathie et homéopathie)	Mixte allo+médecines parallèles	Homéopathie
Rencontre avec LVP/Feld	N'avait pas été formée, une collègue lui en a parlé prédisposition au hasard	A rencontré le « noyau dur » via son ancienne collaboratrice Intérêt personnel	Manque d'outil + syndicat prédisposition au hasard
Travail en équipe	Docteurs Joly et Plat qui adressent Lien avec le docteur Joly contrôle pour la poursuite ou la modification de la PEC	Collaboration avec les Joly, Dr Plat, de nombreux membres de l'équipe pour des questions des conseils (le médecin met fin à la rééducation)	Dr Joly envoie et contrôle « ma référence c'est le docteur Joly quand j'ai des questions c'est vers lui que je me tourne c'est lui qui est en mesure de me dire si mon travail a été efficace ou non »
Influence de Feld/LVP sur autres rééducations	Non	Ouverture et meilleure écoute du patient, se laisser plus guider par le patient	Oui. Plus attentive aux malpositions de langue
LVP : outil ou intériorisation	Intériorisation (et outil) (a eu besoin de se l'approprier pour se servir de la méthode) « Il y a des séances que j'ai beaucoup de mal à m'approprier alors je ne suis pas très à l'aise alors je fais un peu ma sauce à moi. »	Intériorisation (façon de penser en globalité)	Intériorisation. Nécessité de sentir sur soi + outil car couple avec ostéovox « on le fait sur soi finalement donc on s'observe inévitablement. Et de l'avoir fait sur soi c'est bien parce que c'est plus facile à retransmettre »
Enseigné à l'université	Oui (efficace)	Oui	Oui
Expérience de la pathologie LVP	- (mais apprentissage de la prise de conscience)	- (mais a ressenti les exercices)	+ (« moi je me suis rééduquée, j'étais complètement accrochée à mes mâchoires et depuis cette formation j'ai complètement lâché au niveau des mâchoires »)
Pratique de soin après LVP/Feld	+ ostéopathie	+ ostéopathie	+ Est plus à l'aise avec le toucher depuis ostéovox surtout (« parce que je ne suis pas très tactile en fait. C'est ma personnalité qui est comme ça et finalement, depuis que j'utilise ça, ça marche pas mal. Je suis assez à l'aise. »)
Rééducation de la voix	-	+	+

	Madame M	Madame N	Madame O
Feldenkrais/LVP	LVP	LVP	LVP
Importance de l'entretien du corps avant Feld ou LVP	Non. Pas de pratique corporelle.	Chant et sport, importance du corps	Forte importance « j'ai fait de la gymnastique volontaire avec des monitrices extraordinaires qui m'ont vraiment ouverte à la respiration, etc. c'est vraiment ma pratique personnelle qui m'a fait trouvé ça et qui m'a fait comprendre l'intérêt du corps et après je l'ai recherché au niveau professionnel » (fait du tai-chi et de la gymnastique)
Pratiques de soin avant Feld ou LVP	Importance accordée au soin de l'être dans sa globalité (travail pluridisciplinaire en pédopsy)	Mixte	Médecines douces (homéopathie + acupuncture)
Rencontre avec LVP/Feld	Manque d'outil + syndicat prédisposition au hasard	Curiosité, n'avait pas les clés + syndicat prédisposition au hasard	Connaissait Martine Joly de sa formation initiale + intérêt pour le corps + via le syndicat Intérêt personnel
Travail en équipe	Docteur Joly prescripteur et met fin à la rééducation	Lien avec le docteur Joly prescripteur et interlocuteur	Pas de lien avec l'équipe (trop loin)
Influence de Feld/LVP sur autres rééducations	Non	Oui , plus d'écoute. « dans la façon d'écouter, laisser la parole aux patients, me laisser guider plus par ses réactions et d'être peut être moins directive plus de part à l'exploration donc plus d'ouverture d'esprit »	Non (avait déjà une PEC assez globale)
LVP : outil ou intériorisation	Intériorisation + outil également car revient à des choses classiques quand le patient n'adhère pas	Intériorisation nécessite une adhésion + parle d'LVP dans sa boîte à outils	Intériorisation + méthode plus classiques quand le patient n'adhère pas
Enseigné à l'université	Oui (en complément)	Oui (ce serait intéressant)	Oui
Expérience de la pathologie LVP	Non	Oui (a voulu continuer pour elle)	Oui (« j'ai eu une déformation, une malposition de langue, bien sûr jamais rééduquée à l'époque ce n'était pas envisageable ; et quand moi j'ai découvert tout ça je me suis rééduquée moi-même »)
Pratiques de soin après LVP/Feld	Pas de changement	Fait une heure hebdomadaire de séance Feldenkrais pour son bien être personnel + shiatsu + acupuncture+ ostéopathie (avant ?)	Pas de changement , l'intérêt était antérieur
Rééducation de la voix	-	Très peu (pas de demandes)	+

Annexe IX : Travaux de « Langue-Voix-Posture »

La prévention :

Auprès des parents et thérapeutes pour les sensibiliser à l'importance de la langue dans le développement postural.

La recherche :

- Consultations pluridisciplinaires aux HCL (hospices civils de Lyon)
- Congrès et échanges avec des thérapeutes à l'étranger (Italie, Suisse)

L'information :

- Conférences à Grenoble, Marseille, Chambéry, Strasbourg organisées par des syndicats orthophoniques
- Conférences-débats à Lyon-Sud organisées par Jean-Blaise Roch en 2000 autour de la posture et de la voix
- Interventions auprès de kinésithérapeutes à la 9e journée nationale de rééducation de l'AHMREK à Hauteville et au 12e congrès international organisé par L'AMIK à Annecy en 2008
- Interventions auprès de médecins aux journées du GLEM (groupe lyonnais d'études médicales) en 1999
- Intervention à la faculté de Bordeaux en 1999 sur l'importance du comportement lingual dans la pratique du sport à haut niveau en présence de médecins du sport, d'entraîneurs et de sportifs.
- Participation à une émission de radio sur RCF animée par Vincent Belotti en 2005
- Publications dans des revues professionnelles de santé :
 - o « Le chirurgien dentiste de France » en 1998
 - o « Le podologue » en 1999
 - o « Bulletin FOF » en 2000
 - o « Le spécialiste de médecine du sport au service des praticiens » en 2002
 - o « La revue Méziériste » en 2007
 - o « Mains libres » revue ostéopathique suisse en 2008
 - o « Lettre de l'APMH » (médecine homéopathique) en 2010.

La formation :

- Formation post-universitaire auprès des dentistes (cours en odontologie du sport)
- Des formations ont été demandées par les syndicats d'orthophonistes FOF, FNO, ou par des orthophonistes isolées pour lesquelles LVP a pris en charge l'organisation de la formation

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE.....	8
I. POSTURES THERAPEUTIQUES AUTOUR DE LA DEGLUTITION	9
1. Contexte d'enseignement de la rééducation de la déglutition.....	9
2. La formation à l'école d'orthophonie de Lyon	9
3. La formation Langue-Voix-Posture	9
3.1. Naissance de l'association Langue-Voix-Posture	9
3.2. La méthode Feldenkrais mise au service de l'association.....	10
II. REGARDS EN SCIENCES SOCIALES SUR LES PRATIQUES THERAPEUTIQUES	11
1. La représentation du soin.....	11
2. Etat des lieux : domination du modèle biomédical	12
3. Eléments de comparaison des pratiques biomédicales et des pratiques « parallèles »	12
3.1. Le niveau relationnel.....	12
3.2. L'étiologie de la maladie.....	13
3.3. L'évolution des maladies et de leur traitement.....	14
III. LE CORPS : REPRESENTATION, INVESTISSEMENT ET PLACE DANS LE SOIN ORTHOPHONIQUE	15
1. Du corps que l'on est au corps que l'on a	15
1.1. Le corps cosmique	15
1.2. Une scission entre le sujet et son corps	15
1.3. L'ère de l'autonomie dans l'entretien du corps : le beau et le sain.....	15
1.4. Un dualisme bien présent	15
2. Les pratiques corporelles pour « réhabiter » son corps	16
2.1. Principes des méthodes psychocorporelles	16
2.2. L'internalité du corps.....	17
3. Le corps dans la rééducation orthophonique.....	17
IV. RESONANCE ENTRE LE CADRE SOCIAL ET LES ACTEURS	18
1. Habitus et « dispositions »	18
2. L'individu comme acteur, le point de vue interactionniste	19
2.1. La professionnalisation des métiers paramédicaux	19
2.2. La pratique professionnelle	19
2.3. Les segments professionnels	20
2.4. Les mondes sociaux	20
2.5. Les trajectoires professionnelles : les carrières	21
3. La dynamique de légitimation.....	21
3.1. La légitimité.....	21
3.2. La formation continue	22
3.3. Le travail de légitimation : la rhétorique professionnelle.....	22
3.4. Le réseau : enjeu de légitimité et fonctionnement	22
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	24
PARTIE EXPERIMENTALE	26
I. GENERALITES	27
1. Construction de l'objet.....	27
1.1. Construction de l'objet disciplinaire : orthophonie et sciences sociales.....	27
1.2. Pré-construction sociale de l'objet d'étude	28
1.3. Construction de notre objet d'étude	28
2. Position du chercheur	28
2.1. La recherche « de l'intérieur »	28
2.2. La subjectivité.....	29
2.3. Notre confrontation aux écueils	29
II. RECUEIL DES DONNEES	29
1. L'enquête téléphonique.....	29
1.1. Recueil des données.....	29
1.2. Analyse des données	30

2.	<i>Recueil d'information : l'approche qualitative par entretien semi-directif</i>	30
2.1.	La définition de la population	30
2.2.	Le déroulement de l'enquête : du guide d'entretien au déroulement des entretiens	31
2.2.1.	Le guide d'entretien.....	31
2.2.2.	Le mode d'accès direct aux interviewés	32
2.2.3.	L'entretien semi-directif.....	32
III.	L'ANALYSE DES DONNEES	33
1.	<i>L'analyse thématique</i>	33
2.	<i>L'analyse par entretien</i>	34
3.	<i>La typologie, la catégorisation conceptualisante</i>	34
	PRESENTATION DES RESULTATS	35
I.	ELEMENTS DE VIE	36
1.	<i>Éléments de vie personnelle</i>	36
1.1.	Pratiques de soin personnelles	36
1.2.	Les pratiques corporelles	37
1.3.	Le choix des études.....	38
1.4.	Les intérêts pendant les études.....	38
2.	<i>Les éléments de vie professionnelle</i>	39
2.1.	Les pratiques professionnelles	39
2.2.	Une envie de se former	40
2.3.	Rencontre avec « Langue-Voix-Posture » : apports personnel et professionnel	40
2.4.	Une prise en charge holistique	41
II.	PROCESSUS DE LEGITIMATION DU CADRE	41
1.	<i>La rhétorique professionnelle auprès des autres professionnels</i>	41
2.	<i>La formation continue dans le processus de légitimation de LVP</i>	42
2.1.	La formation continue proposée par LVP	42
2.2.	La figure des formateurs	42
2.3.	La formation LVP répond à une demande de certaines orthophonistes	43
III.	LE RETENTISSEMENT DU PROCESSUS DE LEGITIMATION DU CADRE SUR LA PRATIQUE DES ORTHOPHONISTES	43
1.	<i>Le cadre médical : travail sur un registre technique</i>	43
1.1.	Lien avec le médecin	43
1.2.	Lien avec la formatrice	44
2.	<i>Le contenu d'une prise en charge</i>	44
2.1.	La relation thérapeutique	44
2.1.1.	Climat de soin	44
2.1.2.	Le soignant est un guide	44
2.2.	Travail sur le ressenti	45
3.	<i>La négociation avec le patient</i>	46
3.1.	Le discours du médecin crédibilise les orthophonistes	46
3.2.	Les différents patients, avec leur histoire personnelle, et leurs croyances.	46
3.3.	Un pré-requis : sentir sur soi pour mieux soigner	47
3.4.	Explications, argumentation et négociation	47
3.5.	Les limites : Les patients n'adhèrent pas tous.	48
	DISCUSSION DES RESULTATS	49
I.	VALIDATION DES HYPOTHESES	50
II.	DISCUSSION DES RESULTATS	51
1.	<i>Des différences au sein du « segment professionnel »</i>	51
1.1.	Divergences des pratiques de soin personnelles et des pratiques corporelles.....	52
1.2.	La méthode Feldenkraïs : une approche « parallèle » ?	53
2.	<i>Le cadre social sous un autre angle</i>	53
2.1.	Le lien médecin-orthophoniste : vers une dépendance ?	53
2.2.	Une formatrice-accompagnatrice	53
2.3.	Une dynamique de légitimation surtout lyonnaise	54
2.4.	La rhétorique professionnelle : une quête de légitimité.....	54
3.	<i>La formation LVP ou Feldenkraïs : vers un « réenchantement professionnel »</i>	54
III.	PROFILS DES ORTHOPHONISTES : TYPOLOGIE	57
1.	<i>Présentation</i>	57
1.1.	« Langue-Voix-Posture » : une « utilisation ».....	57
1.2.	« Langue-Voix-Posture » : une « intuition »	58
1.3.	« Langue-Voix-Posture » : une « adhésion »	59
2.	<i>Synthèse</i>	60

IV.	LIMITES, PERSPECTIVES ET APPORTS DE LA RECHERCHE	60
1.	<i>Limites de la méthode</i>	60
1.1.	La démarche d'objectivation.....	60
1.2.	La population	61
2.	<i>Perspectives</i>	61
3.	<i>Apports</i>	62
3.1.	Pour la profession d'orthophoniste	62
3.2.	Pour nous professionnellement et personnellement	62
CONCLUSION		63
BIBLIOGRAPHIE		65
ANNEXES		69
ANNEXE I : CATALOGUE DES EXERCICES PROPOSES DANS L'OUVRAGE DE NICOLE MAURIN :		
	« REEDUCATION DE LA DEGLUTITION »	70
ANNEXE II : HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION LVP.....		71
ANNEXE III : REEDUCATION SELON LA METHODE FELDENKRAÏS ENSEIGNEE PAR FRANÇOIS COMBEAU...		72
ANNEXE IV : ENQUETE TELEPHONIQUE		73
ANNEXE V : ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE TELEPHONIQUE		78
ANNEXE VI : PRESENTATION DES INTERVIEWEES		80
ANNEXE VII : GUIDE D'ENTRETIEN.....		82
ANNEXE VIII : GRILLE D'ANALYSE		84
ANNEXE IX : TRAVAUX DE « LANGUE-VOIX-POSTURE ».....		89
TABLE DES MATIERES		90

Gabrielle Prévot & Camille Tourret

**LES TRAJECTOIRES DES ORTHOPHONISTES FORMES A L'APPROCHE
« LANGUE-VOIX-POSTURE »**

92 pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2011

RESUME

Cette étude porte sur les trajectoires des orthophonistes qui pratiquent la méthode psychocorporelle Feldenkraïs notamment pour rééduquer la malposition linguale de patients suivis par l'équipe pluridisciplinaire « Langue-Voix-Posture ».

Les trajectoires sont une production conjointe de la dynamique des professionnels et de l'association « Langue-Voix-Posture ». Des entretiens semi-directifs réalisés auprès de quinze orthophonistes formées à cette approche ont mis en évidence que leurs trajectoires reflètent et construisent leurs pratiques personnelles et professionnelles. De plus, ces trajectoires s'inscrivent dans un processus de légitimation du cadre social.

En outre, trois idéaux-types ont été mis en évidence suite à la double analyse des entretiens. Ces portraits montrent qu'il existe une corrélation entre représentation du corps et pratique « Langue-Voix-Posture ».

MOTS-CLES

Sciences sociales - Association « Langue-Voix-Posture » - Méthode Feldenkraïs -Trajectoires
- Représentation du soin - Réseau - Légitimité

MEMBRES DU JURY

Bassetti - Guilhot - Perdrix

MAITRE DE MEMOIRE

Laurence Tain

DATE DE SOUTENANCE

JUIN 2011
