



**Faculté
de médecine**

Centre de
Formation
Universitaire en
Orthophonie de
Strasbourg



Mémoire présenté
en vue de l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

ANALYSE DES REPRESENTATIONS DU NORMAL AU PATHOLOGIQUE EN ORTHOPHONIE

par Pedro Alves

Président du jury

Yolaine LATOUR

Directrices du mémoire

Frédérique BRIN-HENRY
Marianna SCARFONE

Rapporteur

Fabrice NEVEU

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma gratitude envers ceux qui ont contribué à ce travail, de près ou de loin. Je remercie tout particulièrement :

Mes directrices Frédérique Brin-Henry et Marianna Scarfone pour leur expertise, leur exigence intellectuelle et leur accompagnement très actif tout au long de cette année et demie de travail. Fruit d'interactions régulières, de réflexions communes et de réécritures, ce mémoire est aussi un peu le leur.

Ma présidente de jury Yolaine Latour pour avoir montré de l'intérêt pour le sujet et avoir accepté de s'associer à ce projet.

Mon rapporteur Fabrice Neveu pour sa sensibilité à la question, sa compétence et son retour encourageant.

Thierry Worch, sensométricien spécialiste de l'analyse factorielle, pour les heures qu'il m'a accordées dans l'analyse des résultats. Cette partie aura été la plus technique, et ton aide a été essentielle.

Ma professeure-documentaliste préférée, Marion Grosshans, pour tes relectures, tes compétences en bureautique, en anthropologie et en normes bibliographiques, mais aussi pour les sacrifices que tu as accepté de faire au cours de ces longues années de reprises d'études.

Mes parents, pour le soutien qu'ils m'ont apporté dans les moments matériellement critiques de cette fin d'étude.

À toute l'équipe du TNS, pour leur bonne humeur et leur bienveillance.

À Natalie, pour avoir contribué en cinq ans à changer radicalement ma perception de ce que les autres nomment le « handicap mental ».

SOMMAIRE

Remerciements	1
Sommaire	1
Introduction	1
1. Une définition de la norme	2
2. De la normalité à la normativité.....	5
3. Inclure la subjectivité du patient dans la représentation du pathologique	9
Méthodologie	11
1. Choix d'une méthode.....	11
2. Mise en place de la méthode	13
Résultats	21
1. Présentation des 3 interviewées	21
2. Synthèse des données employées pour l'élaboration du <i>Q-Sample</i>	22
3. Données issues du questionnaire	23
Discussion	39
1. Synthèse des résultats	40
2. Difficultés rencontrées et limites de l'étude.....	44
3. Points forts de l'étude.....	45
4. Le modèle biopsychosocial en pratique aujourd'hui	46
5. Vers un renouveau du modèle biomédical ?.....	47
6. Analyse réflexive.....	47
Conclusion et perspectives	52
Bibliographie	53
Annexes	60
Annexe I : grille d'entretien semi-directif	60
Annexe II : entretien 1	63
Annexe III : entretien 2	76
Annexe IV : entretien 3.....	86
Annexe V : tableaux de collecte de données des entretiens	99
Annexe VI : exemple de Q-sort.....	118
Résumé	1
Abstract	2
Mots-clés	2
Keywords	2

INTRODUCTION

« La clinique ne se sépare pas de la thérapeutique et la thérapeutique est une technique d'instauration ou de restauration du normal dont la fin, savoir la satisfaction subjective qu'une norme est instaurée, échappe à la juridiction du savoir objectif ».

Georges Canguilhem, 2018 (1966). *Le Normal et le pathologique*. Paris : P.U.F.

Le XXI^{ème} siècle est le siècle de la quête de soi, et le monde de l'orthophonie n'y déroge pas. Les patients exigent de se réapproprier leur identité. Il n'est donc plus question aujourd'hui d'admettre une vision binaire et figée entre ce qui est normal et ce qui est pathologique. En témoigne l'écho grandissant de personnalités telles que Josef Schovanec, « personne avec autisme » qui lutte pour un basculement sémantique d'une maladie subie vers une atypicité revendiquée. De la même manière, Emmanuelle Laborit, actrice, écrivaine, et figure de proue de la désormais consacrée « culture sourde », s'indignait dans un article du Monde paru en 2017 que « *la surdité [soit] encore considérée comme une maladie à soigner* » (Merchin, 2017). L'apparition de termes tels que « neurotypique » ou « normoentendant » signe également un besoin récent de redéfinir la frontière entre normal et pathologique, et le monde des pathologies orthophoniques regorge d'exemples où cette frontière apparaît de plus en plus floue : un bilingue est-il pathologique ? Un sigmatisme tel que celui de la comédienne Isabelle Mergault ou la voix grave et rauque du chanteur Tom Waits sont-ils nécessairement à r duquer ? Là est le cœur du problème, car étymologiquement, l'orthophonie est « *l'art de corriger les vices de*

la parole » (Littré-Robin in CNRTL, 2012). Du grec *ortho* (droit) et *phonè* (voix), il s'agit de « parler droit », de « sonner juste », de ramener les patients « pathologiques » dans le « droit » chemin. Un processus normatif est ici à l'œuvre, mais qu'en est-il alors au juste de cette norme, de cette ligne de démarcation entre normal et pathologique ?

1. UNE DEFINITION DE LA NORME

Le terme de norme est issu du latin *norma* qui signifie en français « équerre », donc au sens propre un instrument d'architecture. On retrouve pour la première fois son emploi au sens figuré chez Cicéron, Horace et Pline le Jeune (Bergeret, 1996 : 10). Le terme y devient synonyme de règle, de modèle ou d'exemple. En architecture, l'équerre permet de donner l'angle fonctionnellement le plus avantageux pour articuler les différents plans d'un bâtiment : l'angle droit. Se référer à cet angle droit permet donc d'assurer la stabilité d'un édifice, mais également de le « mettre d'aplomb » (à l'aide d'un fil à plomb) lorsqu'il est construit sur une pente. Le premier emploi du terme au sens figuré implique déjà l'idée d'une régulation. Il ne s'agit pas seulement de **suivre un modèle et de s'y conformer**, il s'agit également d'**assurer la stabilité d'une structure**. Bien que le mot se soit progressivement enrichi, nous verrons que ce sens originel reste tout à fait pertinent.

Tenter de définir la norme implique d'en appréhender les multiples formes : norme individuelle du thérapeute, intérieure et personnelle ; norme sociétale, contraignante et extérieure ; norme idéale statistique. Au cours de cette première partie théorique, nous considérerons les différents aspects de la norme pour aborder ensuite le concept de normativité. Ce dernier permet d'apporter à la question une dimension essentielle : la subjectivité. Qui dit subjectivité dit à la fois subjectivité du thérapeute et subjectivité du patient. Nous verrons ainsi que la rencontre avec le patient peut aussi être une rencontre des normativités, et qu'il est possible, voire utile, de produire entre patient et thérapeute une internormativité¹, c'est-à-dire une co-construction de la représentation du normal et du pathologique.

Le dictionnaire du CNRTL définit la norme comme étant un « *état habituel, régulier, conforme à la majorité des cas* » (CNRTL, 2012). Cette définition succincte souligne trois aspects essentiels que nous allons développer.

Premièrement, elle renvoie à la notion d'**habitude**. Pour le thérapeute, la notion d'habitude fait écho à son *ethos*, c'est-à-dire à une façon d'être habituelle, mais aussi à une façon personnelle d'habiter le monde, son lieu de travail, sa pratique. La psychiatre Nathalie Leblanc, qui a abordé cette notion, comme vectrice d'une subjectivité nécessaire dans la pratique du soin, écrit que « *penser implique la présence d'un ethos, d'un accoutumé ou accoutumable, pour reprendre les termes de Heidegger, à l'intérieur duquel la pensée puisse trouver des points d'ancrage* » (Leblanc, 2010 : 54). L'habitude est ici perçue positivement, comme un guide de la pensée. La norme peut se matérialiser dans un comportement personnel, dans le sens où ce dernier véhicule une façon de faire intégrée, choisie. Nathalie Leblanc rejoint à ce sujet les positions de Kant et de Rousseau, en expliquant que l'accès à l'autonomie du thérapeute passe

¹ Le terme est emprunté au juriste Jean Carbonnier, qui l'emploie pour la première fois dans un article paru en 1977 (Carbonnier, J., 1977. In Chevallier, J., 2013). Cet auteur est l'un des principaux représentants de la sociologie juridique, discipline qui considère le droit comme le fruit des interactions entre différents systèmes normatifs.

par l'obéissance à une loi fixée par soi et pour soi². Selon eux, la véritable autonomie, c'est-à-dire celle qui dépasse les désirs personnels pour que l'on puisse s'adapter à son environnement social, s'acquiert en intégrant des normes choisies et conformes à son propre *ethos*. En somme, un thérapeute accompli est un thérapeute ayant intégré ses propres normes. La norme peut donc tout d'abord être une construction **intérieure et personnelle**, une représentation propre du pathologique, née avant tout des interactions du thérapeute, et guidant son action. Chaque individu ayant son *ethos* (comportement habituel, caractère, manières d'être, habitudes) propre, il est à préciser que l'*ethos* ne se limite pas au thérapeute, mais bien qu'il appartient à tout un chacun, le patient y compris. La norme est ici créée et intégrée à l'échelle **individuelle**.

Deuxièmement, la norme renvoie à la notion de régularité, de conformité à la règle, du latin classique *regula*, « *le bâton servant à mettre droit* », « *l'étalon servant à juger* » (CNRTL, 2012). La norme acquiert ici un sens plus général de modèle, de référence, plus proche du sens originel de la *norma*, un **outil de régulation sociale**. Pour comprendre ce qu'est la régulation sociale, il faut considérer l'individu comme étant un rouage au sein d'un système. La norme est un organe, une fonction de ce système, qui s'exerce par la contrainte. La norme est « *une contrainte objective n'ayant pas sa source dans l'individu mais dans le fait de l'existence collective* » (Legrand in Descarpentries, 2017). Qu'elle soit explicite ou implicite, la règle prescrit une conduite socialement valorisée, c'est-à-dire considérée comme intègre au sein d'un système de valeurs. Les valeurs et les normes sont d'ailleurs généralement les deux facettes d'un même fait social. Les faits sociaux³, classés en « *manières de faire* » et en « *manières d'être* », sont marqués par la contrainte et l'extériorité (Van Campenhout, 2001 : 102). Penser la société revient à penser le contrôle social par lequel les normes sont inculquées aux individus, et à penser le processus par lequel les individus s'y conforment en se socialisant. Au sens donné par Durkheim, les faits sociaux sont donc l'ensemble des actions, idées et sentiments extérieurs imposés à l'individu par la société au cours du processus de socialisation et du contrôle social. Que l'on s'intéresse aux faits sociaux ou plus spécifiquement aux normes ou aux valeurs, il y a contrainte et extériorité. La norme est donc secondement **extérieure et contraignante**. La norme est ici créée et intégrée à l'échelle d'une **société**, pensée comme une structure, et la norme un organe de la régulation sociale. Un exemple de norme sociétale régulatrice applicable à l'orthophonie est la norme d'usage de la langue. L'art du « bien parler » s'impose à nous sans que nous puissions avoir individuellement une réelle influence sur cette norme. Toutefois, il est intéressant de constater que cette norme évolue dans le temps (changements diachroniques liés à l'évolution de la langue), dans l'espace (changements diatopiques liés aux accents, dialectes, patois, etc.), mais aussi en fonction du milieu social des interlocuteurs (variations diastratiques) ou des activités qu'ils pratiquent (variations diaphasiques ou registres de langue)⁴. Un accent, une voix particulière, ou un registre de langue spécifique pourront ainsi être considérés ou non comme pathologiques en fonction du contexte d'énonciation, et de l'angle choisi par le destinataire.

Troisièmement, si l'on revient aux définitions de la norme données par le CNRTL, celle-ci peut être « *conforme à la majorité des cas* ». Il est ici question d'une norme **statistique**,

2 Nous détaillons ce point dans la partie 4.2.1 de la discussion.

3 Nous devons le concept de fait social à Émile Durkheim, qui, s'inspirant du positivisme de Comte, considère la sociologie comme l'étude des faits sociaux. Il définit ces derniers comme étant des phénomènes suffisamment fréquents et répandus pour être considérés comme réguliers et collectifs.

4 Fuchs, s.d.

excluant tout jugement de valeur. En orthophonie, et dans la plupart des disciplines liées au soin, il est établi que la frontière du normal et du pathologique se situe, au sein d'une population suivant une loi normale (selon une courbe de Gauss), au-delà d'une « plage de normalité » au niveau de confiance de 95 %. Appliqué à une population suffisamment nombreuse (suivant donc aussi une distribution gaussienne), cela revient à dire que 5 % des comportements mesurés sont considérés comme anormaux ou pathologiques, soit 2,5 % supérieurs à cette plage et 2,5 % inférieurs. En arrondissant, nous obtenons la règle (courante) des deux écarts-types⁵, appliquée dans la plupart des bilans orthophoniques étalonnés. Un comportement évalué en bilan est donc considéré comme étant « normal », et ce quel que soit le domaine (du moins lié à l'orthophonie) si le patient obtient un résultat compris entre la moyenne (se rapprochant de la médiane au fur et à mesure que la population de l'étalonnage croît) observée lors de l'étalonnage, et une dispersion de deux écart-types. Notons que si ce type de norme exclut a priori tout jugement de valeur, elle n'en est pas moins choisie arbitrairement. Bien que la pertinence du choix de cette frontière ne soit pas ici remise en question, il est important de garder à l'esprit que le fait de réduire en principe 2,5 % maximum (ou 5 % si l'on inclut la marge supérieure) des individus de notre société est **un choix et non une valeur objective**⁶. Lorsqu'il aborde la question du *découpage nosologique*, le philosophe des sciences Steeves Demazeux cite l'exemple de l'hypertension artérielle : « *il n'existe pas de frontière naturelle entre une tension artérielle normale et une tension artérielle pathologique. Celle-ci est posée de manière conventionnelle : l'OMS définit l'hypertension quand la pression artérielle systolique est supérieure à 140 mm Hg ou que la pression artérielle diastolique est supérieure à 90 mm Hg* » (Demazeux, 2013 : 224).

Une autre forme de norme statistique, qui démontre l'insuffisance de la statistique seule pour établir la frontière entre normal et pathologique, est citée par Georges Canguilhem dans *Le Normal et le pathologique* (1966) : la théorie de l'Homme moyen de Quételet. En quête de l'Homme idéal, Adolphe Quételet (1796 - 1874) inventa un modèle d'Homme répondant à toutes les moyennes statistiques possibles. Transposé à la société globalisée actuelle, l'Homme moyen serait une femme d'1m67, de 42 ans (INSEE pour la population française), d'une certaine couleur de cheveux, d'yeux, de peau, d'un certain poids, etc. Il n'est pas nécessaire d'ajouter beaucoup de traits physiques pour comprendre que paradoxalement, si l'on pousse l'idée à son paroxysme, on remarque qu'un individu qui répondrait à toutes les moyennes est une pure création de l'esprit, le cumul de toutes les caractéristiques étant virtuellement impossible à trouver au sein d'une population suffisamment nombreuse. Que l'on parle de norme idéale ou statistique, ou des deux, la norme peut donc troisièmement être **arbitraire** et souvent **inaccessible**.

⁵ Pour être à peine plus précis, dans le cas d'une distribution gaussienne, une dispersion de 2 écarts-types correspond à une marge de population de 2,3%, tandis qu'une marge de 2,5% correspond à 1,96 écarts-types.

⁶ Ces chiffres sont donnés ici à titre d'exemple, et il est bien entendu possible que certains bilans étalonnés appliquent d'autres règles que celle des deux écart-types.

2. DE LA NORMALITE A LA NORMATIVITE

2.1. Introduction au problème

La norme en tant que concept est vivante et par essence difficile à appréhender. Pour en faire un sujet d'étude dans le domaine de l'orthophonie, il convient donc de délimiter le point précis sur lequel nous avons choisi de nous focaliser. Nous commencerons par restreindre le champ social au champ de la santé. La fonction première du médical est l'étude, le traitement et la prévention des pathologies pour maintenir ou amener le patient vers le meilleur état de santé possible. Qu'est-ce alors que la santé ? Par extension, qu'est-ce que la pathologie ?

Pour l'historien et philosophe des sciences Alexandre Klein, s'interroger sur la façon dont l'individu conçoit et pratique la santé, s'interroger sur le concept de santé revient à interroger la norme (Klein, 2008). En effet, définir la santé revient avant tout à délimiter à partir de quels critères un patient n'est plus considéré comme étant en « bonne santé », à partir de quand il franchit la barrière de la normalité vers l'anormalité pathologique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous donne par ailleurs la définition suivante à propos de la santé : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS in Klein, 2008 : 18). Le choix de l'OMS d'opter non plus pour une définition biomédicale mais bien pour un parfait exemple de représentation idéale, inaccessible à une large majorité d'individus, est révélateur d'une évolution et donc d'une évolutivité du concept de santé. La « *notion de santé est évolutive* » (Brin-Henry, 2011 : 51) parce qu'elle est une représentation et non plus un fait biologique. En tant que représentation, elle perd sa vocation de vérité scientifique tendant à l'universalité puisqu'elle devient un point de vue, une vision des choses. Soumise à une grille de lecture toujours singulière bien que pouvant être partagée, le point de vue est par essence individuel, construit par l'individu au sein d'un environnement, et plus spécifiquement par l'orthophoniste avec son histoire particulière, face à un patient singulier, et au sein d'un contexte d'intervention particulier. En effet, toute grille de lecture normée suppose une finesse plus ou moins grande de la catégorisation du réel propre à chacun, en fonction de l'histoire de l'observateur, de la nature de ce qui est observé et du contexte dans lequel il est observé. Bien que le réel soit constitué de continuums plutôt que de catégories nettes, il y a bien à la fois dans le diagnostic et dans la rééducation un basculement du normal au pathologique qui cristallise la norme et en fait un objet palpable, propre à être étudié.

2.2 Les modèles de représentations de la maladie

On oppose historiquement deux modèles dans les représentations de la maladie. D'une part, un premier modèle fondé sur une représentation **ontologique** (liée à l'être, à l'essence), issu de la médecine égyptienne, qui considérait la maladie comme une forme de possession⁷. Que la méthode soit technique, magique ou positive⁸, le but est de restaurer un état initial, temporairement perturbé. La nature n'a ici qu'un rôle mineur, et elle est même perçue plutôt

7 Voir les travaux de l'historien médical suisse Henry Ernest Sigerist (1891 - 1957).

8 « Positive » au sens comtien : qui s'en tient aux faits.

négativement. Dans la médecine grecque, c'est le contraire : la représentation n'est pas ontologique, mais **dynamique et totalisante**, également en opposition aux théories localisationnistes. Le corps, la nature (*physis*), doit son intégrité à une harmonie et un équilibre fragiles. La maladie résulte d'un trouble de cet équilibre, dont la cause est extérieure à l'homme. De ce point de vue fondamental découlera la théorie des humeurs, qui sera reconnue jusqu'au XVIII^{ème} siècle. En l'Homme, c'est donc un équilibre des quatre humeurs qui risque en permanence d'être perturbé par des variations extérieures (naturelles ou non naturelles). La maladie n'est pas ici le mal, elle est plutôt une réaction, un effort de la nature en soi pour rétablir son équilibre propre. La médecine doit de ce fait s'inspirer de la nature pour être efficace.

L'opposition de ces deux perceptions tient à la fois à un positionnement vis-à-vis de la nature, et à une perspective étilogique. La première met en avant la technique humaine, supposée meilleure qu'une nature imparfaite et imprévisible, et représente la maladie comme une lutte intérieure (ontologique). La seconde, quant à elle, « dynamiste », fonctionnelle, est optimiste quant à la nature, et figure la maladie en une lutte contre des causes extérieures. La frontière entre normal et pathologique l'est ainsi « *soit par présence ou absence d'un principe défini, soit par remaniement de la totalité organique* » (Canguilhem, 2018 : 15). La médecine occidentale oscillera tout au long de son histoire entre ces deux pôles.

2.3. Une pathologie objectivement mesurable

Depuis le milieu du XIX^{ème} siècle, le courant ontologique s'incarne dans le modèle dit « **biomédical** ». Aux origines de ce modèle spécifique, on trouve le **principe de Broussais**. Dans son traité *De l'irritation et de la folie* (1828), le médecin et chirurgien français François Broussais (1772 - 1838) développe le principe selon lequel le normal et le pathologique seraient identiques et ne se distingueraient que par des **variations quantitatives**. Chez ce dernier, le « fait vital primordial » consiste en l'excitation des organes par deux types de stimuli : les corps étrangers et l'influence du cerveau. L'excès de ces stimuli entraîne une modification de l'état normal qu'il nomme une *irritation*⁹. Le degré de sévérité et l'identité de la maladie sont donc mesurables par des variations quantitatives, par excès ou par défaut. En appliquant ce principe à ce qu'il nomme la *physique sociale*, le philosophe Auguste Comte (1798 - 1857), qui revendique l'influence de Broussais, considère la société comme un « organisme collectif », et fonde ainsi le positivisme, qui ne reconnaît le vrai que dans les faits étudiés par des méthodes scientifiques. Comte estime que l'étude des maladies doit passer avant tout par l'observation du pathologique, afin de comparer un « *phénomène témoin à un phénomène altéré* » (Canguilhem, 2018 : 27). Il estime également qu'il n'existe aucune différence qualitative entre normal et pathologique, mais bien un continuum mesurable par des variables quantitatives. Le médecin et physiologiste Claude Bernard (1813 - 1878) rejoint Comte et Broussais sur l'idée d'une uniformité qualitative entre normal et pathologique, mais il choisit quant à lui, dans une intention plus pragmatique et moins généraliste, de partir du normal pour étudier le pathologique. Notons que s'opposent ici deux disciplines complémentaires en médecine que

⁹ Le médecin écossais John Brown (1735 - 1788) parle plutôt d'*incitabilité*, soit la capacité « d'être affectés et de réagir » qui permet la vie. Le médecin et anatomo-pathologiste français Xavier Bichat (1771 - 1802), partant du constat qu'un traitement purement mathématique des faits biologiques ne tient pas, ajoutera les notions d'*instabilité* et d'*irrégularité*. Nous revenons ici aux notions de régularité de la norme, ainsi que de la stabilité d'une structure en place, en l'occurrence le corps humain, mais qu'il est possible de transposer à l'« organisme collectif » que constitue une société, si l'on se réfère au point de vue structuraliste.

sont la physiologie (ou anatomie normale) et la pathologie (ou anatomie pathologique). Une nouvelle fois, tout est une question de point de vue : soit l'on part du normal pour comprendre ce qui est perturbé, soit l'on part du pathologique pour déduire le fonctionnement normal. Suivant la première hypothèse, Bernard fonde la médecine expérimentale en donnant à la question du normal et du pathologique une approche résolument fonctionnelle. Sa méthode consiste à partir d'une idée, puis à l'éprouver de façon expérimentale pour comprendre les mécanismes et les symptômes qui peuvent en découler. Lorsqu'il s'agit d'identifier le pathologique, sa méthode consiste à mesurer l'intensité des variations de curseurs choisis parmi des constantes de l'état normal, tels que la glycémie, par exemple. Il y a donc *continuité* entre le normal et le pathologique. Dans ses *Leçons sur la chaleur animale* (1876), il explique à quel point la *continuité* est partout, entre la vie et la mort, le minéral et l'organique, le végétal et l'animal (Canguilhem, 2018) ¹⁰. La santé et la maladie sont donc ici des concepts *homogènes* et il y a une *continuité* entre le normal et le pathologique, entre la pathologie et la physiologie. La norme de santé, c'est-à-dire le point de basculement choisi entre l'état physiologique et l'état pathologique, est ainsi fondée sur un curseur **objectif, mesurable**.

2.4. Prendre en compte la subjectivité du patient

Si le modèle biomédical a fait de la maladie une variable objectivement mesurable, un modèle plus global et plus intégrateur considère qu'il n'y a pas de maladie sans malade, et qu'il faut observer l'individu malade comme un système en interaction avec son environnement : le **modèle biopsychosocial**.

Influencé par le psychiatre américain d'origine suisse Adolf Meyer (1866 - 1950) et son concept de « psychobiologie », le psychanalyste et neurologue Roy Richard Grinker Sr (1900 - 1993) crée à Chicago le terme de « biopsychosocial ». Selon lui, la maladie mentale naît de l'interaction entre « *la constitution et l'environnement* » (Siksou, 2008 : 5). Face au modèle biomédical dominant à l'époque, et défendu notamment par l'association américaine de psychanalyse, lui qui est spécialisé des traumatismes de guerre souhaite inclure l'individualité et l'histoire du patient. Il crée alors un groupe rival au sein des *Archives of General Psychiatry* dans le but de développer une perspective plus englobante, dans laquelle le « *système biologique* » serait mis en relation avec un tout (Siksou, 2008 : 5). Peu de temps après, Georges Libman Engel (1913 - 1999), psychiatre à Chicago, fonde en 1932 avec son frère jumeau Frank un groupe de recherche destiné à l'étude du comportement des amibes et des paramécies. Spécialiste du diagnostic étiologique, il est, tout comme Grinker, à la recherche d'une conception plus englobante de la maladie. Il va emprunter à ce dernier le terme de « biopsychosocial » pour formaliser en 1977 un modèle théorique. L'idée est d'ajouter aux données médicales objectives **l'expérience subjective du patient**, une causalité plus compréhensive ¹¹, et une place plus grande accordée au patient dans la relation médecin-malade (Siksou, 2008).

En France, un fervent défenseur d'une position similaire est Georges Canguilhem (1904 - 1995). Médecin de formation, puis philosophe et résistant, il fonde presque la question de la norme dans le soin à travers son ouvrage majeur *Le Normal et le pathologique*, édition de

10 Sa découverte de la fonction glycogénique du foie est pour lui une validation de sa théorie.

11 Le terme « compréhensive » est employé ici selon une perspective wébérienne, c'est-à-dire que l'on cherche à comprendre les déterminants de l'action individuelle en prenant en compte des facteurs multiples, interrogeant l'histoire du patient.

sa thèse de doctorat en médecine publiée une première fois en 1943, puis une deuxième fois en 1966 avec l'ajout d'une partie. Cet ouvrage donne une impulsion supplémentaire à l'émergence du modèle biopsychosocial. Il est fortement probable que Canguilhem ait d'ailleurs lu Engel puisqu'il dit dans *Le Normal et le pathologique* : « vivre, c'est même chez une amibe, préférer et exclure »¹² (Canguilhem, 2018 : 112). Il aborde ici la question de la norme, dont il distingue deux types : les *normes vitales* qu'il définit comme la capacité d'un organisme vivant à exclure et à préférer selon certains critères ; et les *normes sociales* qu'il définit comme étant le fruit de décisions extérieures et donc intrinsèquement liées à un ou plusieurs systèmes de valeurs. Tout comme Comte, Durkheim et tout le courant structuraliste par ailleurs, il compare la société à un organisme vivant, à un système global, mais il distingue dans sa définition de la norme le vivant du social.

S'inscrivant comme le plus emblématique représentant du modèle biomédical, en fondant la « médecine physiologique », Claude Bernard s'inspire du principe de Broussais. La thèse qu'il prolonge est celle d'une homogénéité et d'une continuité du normal au pathologique, ainsi que la possibilité de mesurer le pathologique par des variables exclusivement quantitatives. Canguilhem y discerne un mélange des genres. Selon lui, Bernard combine des concepts qualitatifs et quantitatifs pour désigner des variations censées être exclusivement quantitatives, par exemple avec des termes comme « dérangement », « disproportion » ou « désharmonie » (Bernard in Canguilhem, 2018 : 51)¹³. Il en est de même pour les notions d'*homogénéité* et de *continuité* que Bernard ne distingue pas selon Canguilhem lorsqu'il emploie indifféremment les termes de « variations quantitatives » et de « différences de degrés » (Canguilhem, 2018 : 52). Le normal et le pathologique lui apparaissent donc fondamentalement différents, contrairement à Bernard. Canguilhem estime par ailleurs que la théorie de Claude Bernard n'est valide que si la pathologie se restreint à un seul symptôme (donc objectivement mesurable et comparable), et que ce symptôme peut être lié à des « mécanismes partiels » (Canguilhem, 2018 : 60). Mais il lui semble difficile de réduire une maladie à un seul symptôme sans prendre en compte le malade dans son ensemble. Il en est de même pour les mécanismes fonctionnels qui ne peuvent être qu'interdépendants. Selon Canguilhem, la **maladie doit être appréhendée comme un tout** organique, tenant compte du vécu, de l'**individualité** du malade, pour pouvoir lier les causes aux effets, les mécanismes aux symptômes. La maladie doit être perçue comme **une « allure de la vie »** (Canguilhem, 2018 : 66). Puis s'opposant au chirurgien René Leriche (1879 - 1955) et à son célèbre aphorisme « *la santé, c'est la vie dans le silence des organes* » (Leriche in Canguilhem, 2018 : 67), ce dernier sous-entendant par là que la santé est synonyme d'un fonctionnement parfaitement régulier (donc normal, physiologique) du corps, Canguilhem replace le malade et son individualité au cœur de la médecine : « [c'est] parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades qu'il y a une médecine, et non parce qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leurs maladies » (Canguilhem, 2018 : 69). Reprenant les travaux de Sigerist, il défend aussi l'idée que la **maladie est culturelle**. Selon lui, elle est une construction qui nécessite une ontologie qu'il préférerait voir scientifique plutôt que religieuse.

12 Référence aux amibes qu'étudiait Engel dans son groupe de recherche.

13 De la même façon, le choix des termes lors de l'étiquetage diagnostique a une influence considérable sur l'édiction de la norme. Frédérique Brin-Henry constate une inconstance terminologique révélatrice d'un manque de consensus pour certaines pathologies (Brin-Henry, 2011 : 116). Cette variabilité est liée notamment au fait que la pathologie soit avant tout une représentation (donc évolutive car essentiellement individuelle), mais aussi au fait que les orthophonistes identifient des nuances dans la réalité qu'elles ne retrouvent pas dans la norme édictée. Nous aborderons le thème de l'influence de l'étiquetage sur les représentations du pathologique, et notamment des travaux d'Howard Becker et de la *labelling theory*, dans la quatrième partie consacrée à la discussion.

Une ontologie car l'**interaction de l'homme avec son milieu** doit être mue par une science préalablement définie. Bien qu'il parte de la pathologie pour comprendre le fonctionnement normal et non l'inverse, il rejoint ici l'héritage de Bernard sur la nécessité de penser en amont. Il s'en distingue surtout en incluant l'individu et sa subjectivité dans la représentation de la maladie¹⁴. C'est d'ailleurs là l'apport majeur de son œuvre : si l'on incorpore l'individu au concept de santé, et que l'on considère qu'il s'agit là d'une représentation évolutive, il faut alors redéfinir ce qu'est la « bonne santé », ce qu'est la norme de santé. Pour établir cette redéfinition, Canguilhem emprunte à la philosophie le concept de *normativité*, c'est-à-dire la capacité d'un individu à créer de nouvelles normes, pour remplacer le concept de *normalité*¹⁵. **La santé n'est alors plus l'histoire d'une régulation sociétale sur des individus, une fonction homéostatique de la société en tant que système, ni une catégorisation arbitraire, ni même la capacité individuelle à se conformer à une norme, mais bien la possibilité, par le fruit d'échanges entre le patient et le soignant, de construire sa propre frontière entre normal et pathologique.**

3. INCLURE LA SUBJECTIVITE DU PATIENT DANS LA REPRESENTATION DU PATHOLOGIQUE

L'apport majeur de l'œuvre de Canguilhem, mais aussi du modèle biopsychosocial, a été d'amener la subjectivité du patient au cœur de la définition de la frontière entre normal et pathologique. Le concept de *normativité* a été développé en ce sens. Selon Canguilhem, le pathologique n'est plus une simple variation quantitative ou une perturbation de l'état normal, il est une incapacité du patient à se créer sa propre norme de santé. Réciproquement, un individu en bonne santé est un individu capable de normativité, parce qu'il réajuste continuellement sa propre frontière entre normal et pathologique, parce qu'il redéfinit sa propre norme. Si l'on suivait le vieux modèle biomédical qui tend parfois à perdurer dans tous les domaines de la santé, les personnalités citées en exemple dans l'introduction seraient à étiqueter « pathologiques » parce que la surdité et l'autisme, même de haut niveau, sont considérés comme des pathologies. Précisons qu'il n'est pas question de dire ici que le patient est ou était réduit à son seul statut de « normal » ou de « pathologique », mais plutôt que ce curseur est mobile, de plus en plus flou, et qu'il mérite donc d'être questionné. « *Il n'y a pas de pathologie*

14 Canguilhem aborde l'anormal en se référant à la confusion d'étymologie établie par Lalande à propos des termes **anomalie** et **anormal**. L'un dérive du grec *omalos*, uni, égal, lisse, et l'autre de *nomos*, la loi. « Anomalie » devrait donc être employé comme un terme descriptif, tandis que le mot « anormal » devrait être un terme normatif. C'est aujourd'hui l'inverse, et c'était déjà le cas à la parution du *Normal et le pathologique*. Canguilhem décide toutefois d'employer ces termes selon leur sens originel, à savoir l'anomalie pour quelque chose de physiquement irrégulier, imparfait, insolite, et l'anormal pour quelque chose de non conforme. L'anomalie n'est donc pas toujours pathologique, mais l'existence d'anomalies a entraîné la naissance d'une science des anomalies pathologiques. C'est la science elle-même qui a banni de son jargon toute notion normative, de façon à objectiver artificiellement ces normes (Canguilhem, 2018 : 112). Encore une fois il s'agit ici de relativiser les normes, et nous pouvons citer l'exemple des voix que l'on devrait dire (contrairement à l'usage) « anormales » (sans « r »), telles que l'articulation addentale de l'actuel ministre de la santé Olivier Véran ou la voix rauque de Joe Cocker ou Bonnie Tyler, et qui ne sont pas nécessairement pathologiques ou « anormales ».

15 Notons que Canguilhem rejoint ici la notion de *liberté morale* élaborée par Rousseau (voir discussion).

objective », écrivait Canguilhem, et la subjectivité du patient est une donnée essentielle à prendre en compte lorsque l'on se penche sur la question de la frontière entre normal et pathologique, parce qu'elle entre en jeu dans sa propre normativité. Si être en bonne santé revient à être normatif, alors il convient de comprendre cette normativité, et par extension, de considérer le patient en tant qu'individu global, et non en tant que tableau clinique.

Nous nous intéresserons donc ici aux constituants de la représentation de la norme dans le regard des orthophonistes, à ce qui leur permet de déterminer qu'un patient puisse être étiqueté « normal » ou « pathologique », en essayant de répondre à la question de recherche suivante : **comment sont construites les normes de l'orthophoniste ?** En d'autres termes, **quels éléments entrent en jeu dans la construction du pathologique en orthophonie ?** Si l'on postule que dans chaque norme appliquée, la part de construction individuelle et culturelle est importante, peut-être même supérieure aux données biomédicales objectives, il serait logique d'observer une certaine variabilité des représentations. Nous formulons ici l'hypothèse que c'est le cas, et qu'il serait alors possible d'observer ces variations et de les classer. Nous espérons **dégager des archétypes de construction de ces représentations** de la frontière entre normal et pathologique pour en modéliser les différents chemins possibles.

Nous traiterons de la faisabilité de l'étude et de ce que nous envisageons de faire concrètement dans la partie consacrée à la méthodologie. Nous verrons dans cette partie pourquoi et comment nous nous sommes inspirés de la méthodologie Q, au service d'une étude de la subjectivité. Il s'agira essentiellement d'expliquer la construction de notre grille d'entretien, puis du questionnaire dont l'élément principal sera un *Q-sort*, ou tri d'énoncés. Nous expliquerons également la méthode utilisée pour recueillir et traiter les données. Nous consacrerons une troisième partie à la présentation des résultats. Nous examinerons dans cette partie ce qui est ressorti des entretiens, en complément d'une recherche documentaire, pour construire le *Q-sort*, puis nous détaillerons les données extraites du questionnaire. Dans une quatrième et dernière partie, nous ferons une synthèse et une analyse de ces résultats. Nous donnerons les limites et les points forts de cette étude, puis ferons un bref état des lieux des deux modèles théoriques considérés ici (biomédical et biopsychosocial). Nous finirons par une analyse réflexive et un condensé de l'ensemble du travail en conclusion.

Si l'objectif principal sera de **caractériser les déterminants du normal et du pathologique** chez les orthophonistes, à travers l'élaboration d'archétypes, l'objectif sous-tendu par la question de recherche et par notre positionnement théorique sera d'**amener le patient et son histoire au cœur de la démarche orthophonique**, c'est-à-dire à la fois en bilan et en rééducation. Nous affirmons la nécessité de prendre plus en compte la subjectivité du patient car, comme nous venons de le dire, comprendre la norme de santé revient à comprendre l'histoire du patient et ses motivations. La bonne santé ne signifie plus l'absence de maladie, parce que cette norme est bien plus complexe à définir que par les seuls critères objectifs, strictement médicaux. « *La définition de la maladie a épuisé les définisseurs* » écrivait Claude Bernard... (Bernard *in* Barnéoud, 2018). Définir le pathologique est complexe parce qu'il y a finalement peu de place à l'objectivité dans ce qui est avant tout une représentation. Le pathologique est surtout lié à la normativité du thérapeute, en d'autres termes, à ses propres normes individuellement construites en interaction avec son environnement (social, professionnel, scientifique, etc.). S'il existe déjà des pratiques professionnelles allant dans le sens d'une plus grande intégration du patient en tant qu'individu, comme l'EBP (Evidence-Based Practice) ou l'ETP (Éducation Thérapeutique du Patient), nous proposons ici de démontrer la pertinence qu'il y a à faire interagir les normativités du thérapeute et du patient pour co-construire de nouvelles représentations. Nous tenterons de démontrer que **la norme de santé doit être le fruit d'une internormativité patient/thérapeute**.

METHODOLOGIE

Après avoir clarifié les concepts sous-tendus par la question et choisi le plus précisément possible un positionnement théorique, se pose la question de la faisabilité de l'étude.

1. CHOIX D'UNE METHODE

Comprendre la création des normes pose un dilemme quant à l'orientation méthodologique. S'intéresser au processus normatif implique nécessairement une approche qualitative, mais considérer les différents constituants possibles du pathologique et éventuellement observer des variabilités implique de recourir à un nombre conséquent d'observations. Le choix classique entre une approche qualitative et quantitative semble ici contre-intuitif, et une approche mixte s'avère être la solution la plus adaptée. Puisqu'il s'agit avant tout de révéler la (nécessaire) subjectivité des orthophonistes pour la faire cohabiter avec celle de leurs patients, la **méthodologie Q** a retenu notre attention parce qu'elle se veut une **étude de la subjectivité**. Nous verrons que cette méthode permet, grâce à un recueil d'énoncés, les *Q-sorts*, d'extraire des représentations par archétypes, à condition toutefois d'identifier des associations de facteurs récurrents. Puisqu'elle permet de faire **émerger des représentations**, cette méthode semble ici particulièrement adaptée pour traiter de la norme en orthophonie. Nous nous en sommes donc inspiré pour notre étude.

Employée en sciences humaines et sociales, la méthode a été développée par le psychologue William Stephenson (1902-1989) dans le but d'étudier des points de vue. Son idée principale consiste à partir de données quantitatives pour en dégager une structure subjective. Elle est construite en deux temps¹⁶ : une méthode de recueil, le *Q-sort* ; puis une méthode d'analyse factorielle de type Q, permettant de dégager des archétypes, des profils-types de points de vue. Stephenson s'inspire ici du travail de Charles Spearman, dont il fut l'élève puis l'assistant, qui inventa l'analyse factorielle. Selon Stephenson, la notion de subjectivité revient à « *voir les choses exclusivement par l'intermédiaire de son esprit* » (Stephenson in Gauzente, 2005 : 178) et renvoie à la notion d'autoréférence (Gauzente, 2005 : 178), à savoir la capacité d'un sujet à parler de lui ou à se référer à lui-même¹⁷. En d'autres termes, la structure subjective est propre à chacun et sa mise en évidence revient à faire émerger ce qu'il nomme des facteurs opérants (Brown in Gauzente, 2005 : 179).

Puisqu'il s'agit ici d'analyser des représentations, même individuelles et subjectives, il convient d'envisager la question sous l'angle des interactions à l'origine de ces points de vue. Or, pour comprendre comment la communication interindividuelle est possible, Stephenson développe à partir de 1978 la « théorie des concours ». Du latin classique *concursum*, « affluence vers un point », « rencontre » (CNRTL, 2012), et plus précisément de *con*, « avec », et de *scire*, « savoir », le concours renvoie aux savoirs partagés. Selon lui, la communication n'est possible

16 Que nous détaillerons infra.

17 Selon Jakobson (1896-1982), tout échange linguistique doit avoir une fonction référentielle.

que parce qu'il y a des savoirs partagés entre les communicants, savoirs à propos desquels chacun a un point de vue nécessairement subjectif¹⁸. Stephenson prend l'exemple de l'affirmation « *il pleut* » à partir de laquelle une multitude d'interprétations est possible : « *tant mieux, je n'aurai pas à arroser le jardin* », « *combien de temps est-ce que cela va durer ?* », « *j'aime les parfums mouillés de pluie* », etc. (Gauzente, 2005 : 180). Un concours est donc un ensemble d'affirmations ou d'énoncés (statements) possibles à partir de n'importe quel sujet. Stephenson a fait du concours la matière première de sa méthodologie. Cette matière première est infinie et il est illusoire d'envisager représenter tous les points de vue à travers des énoncés possibles. Toutefois, il est possible de tendre à être le plus représentatif possible, exactement de la même manière qu'une population peut être représentée parfois finement par un échantillon. La constitution d'un concours peut se faire de diverses manières : romans, journaux, photos, peinture, etc. Le psychosociologue et pédagogue André de Peretti a par exemple employé les propositions d'un groupe de travail sur le thème de la pédagogie différenciée (extraites de deux comptes-rendus de réunions) pour établir un *Q-sort* sur ce même thème (De Peretti, 1998 : 264). En ce qui nous concerne, nous pourrions envisager les bilans rédigés, l'analyse des termes employés, les recommandations de la littérature scientifique, entre autres. Il existe maintes façons de procéder, mais les deux moyens les plus classiquement employés, et qu'il est possible de combiner, sont l'entretien et l'examen de la littérature. L'**entretien qualitatif** nous a semblé le plus écologique, et nous l'avons **combiné à un examen de la littérature** à travers une recherche méthodique par mots-clés sur les principaux moteurs de recherche et bases de données. Le détail de cet examen méthodique se trouve dans la troisième partie, dédiée aux résultats de notre étude et dans l'annexe V.

La méthode des *Q-sorts* est adaptée à notre étude principalement parce qu'elle est pensée pour l'analyse des représentations. Dans son *Encyclopédie de l'évaluation en formation et en éducation* (De Peretti, 1998 : 257-258), André de Peretti rappelle les objectifs des *Q-sorts* portant sur l'analyse de représentations : l'autoanalyse ; la possibilité de comparer les choix des individus ; de faire émerger des consensus et des contradictions ; de montrer l'évolutivité des points de vue ; d'observer des décalages entre les représentations idéales et la pratique ; de comparer des représentations à l'échelle de groupes ou de sociétés ; de comparer les représentations à différentes époques. Il s'agira surtout ici d'analyser l'échange qui résulte de cet autoquestionnement.

18 Améliorant le modèle de communication de Shannon et Weaver (1948), Norbert Wiener (1894-1964), mathématicien américain et père de la cybernétique ou sciences des systèmes, introduit le concept de *bruit sémantique*. L'idée est qu'il peut exister un décalage entre l'intention de l'émetteur et l'interprétation du récepteur.

2. MISE EN PLACE DE LA METHODE

La méthodologie Q consiste à :

- formuler une question de recherche précise ;
- procéder à des entretiens ou examiner la littérature, ou les deux, pour extraire une série d'énoncés répondant à cette question ;
- regrouper ces énoncés en un échantillon (*Q-sample*) considéré comme représentatif des points de vue possibles relatifs à cette question ;
- sélectionner des participants (*P-sample*) pour trier ces énoncés ;
- faire trier ces énoncés (*Q-sort*) ;
- procéder à une analyse statistique des résultats obtenus dans le but de regrouper les classements similaires et ainsi faire émerger des facteurs ;
- interpréter ces facteurs (Dariel, 2013).

Le premier objectif est de formuler une question de recherche claire, car toute la structure de l'échantillon Q (*Q-sample*) dépendra de cette question.

2.1. Recueil

La méthode de recueil, le *Q-sort*, est donc un tri effectué d'un ensemble d'énoncés (*Q-sample* ou échantillon Q préalablement sélectionné au sein d'une population d'éléments possibles : le concours ou population Q) par un échantillon de personnes (*P-sample*) pour répondre à une question donnée. Le classement s'effectue en principe selon une loi dite « quasi normale », c'est-à-dire qu'il y aura plus d'éléments au centre et moins aux extrêmes. Les participants hiérarchisent les énoncés en fonction de leur degré de pertinence par rapport à la question posée. Pour constituer un *Q-sample*, les énoncés relevés doivent avoir pour point commun d'être attaché à la même situation d'énonciation et d'être autoréférentielle. Stephenson recommande pour la constitution de l'échantillon de suivre les règles du design expérimental ou plan d'expérience (Gauzente, 2005).

2.1.1. Les entretiens exploratoires

La première étape pour mettre en place le *Q-sort* est de recueillir des énoncés. Pour effectuer cette tâche, une analyse de corpus de bilans a d'abord été envisagée, mais s'est heurtée au présupposé d'un écart entre pratique et discours « officiel » professionnel. Par ailleurs, l'écrit professionnel, qui participe au processus onomasiologique (Brin-Henry, 2011), aurait permis d'extraire les résultats du processus normatif, et non les indices du processus lui-même. Nous supposons que les justifications à la nécessité d'une prise en charge peuvent être différentes de celles écrites dans le bilan. L'entretien, moins formel et plus propice à révéler les vrais constituants de la représentation du pathologique, nous a donc semblé préférable. De plus, la fonction première de l'entretien est bien l'étude du subjectif, et s'applique donc mieux à notre étude. Blanchet et Gotman (2010 : 27), écrivent à propos de l'entretien qu'il a pour fonction de « reconstruire le sens « *subjectif* », le sens vécu des comportements des acteurs sociaux ». Or c'est exactement le but de notre étude.

L'analyse de discours comprend généralement deux sous-ensembles que sont l'analyse linguistique et l'analyse de contenu (Blanchet et Gotman *in* Ramos, 2015 : 94). Puisque nous abordons dans ce mémoire la frontière entre normal et pathologique sous l'angle de la représentation, nous nous concentrerons ici sur l'analyse de contenu. Dans leur ouvrage intitulé

sobrement *L'entretien*, Blanchet et Gotman disent des analyses de contenu qu'elles « *étudient et comparent les sens des discours pour mettre à jour les systèmes de représentations véhiculés par ces discours* » (Blanchet et Gotman in Ramos, 2015 : 94). Dans une perspective de norme construite, afin d'extraire un maximum de facteurs constitutifs du normal et du pathologique, la méthode d'analyse de contenu qui nous a semblé la plus adéquate est celle de l'analyse thématique. En adoptant les préceptes de la méthodologie compréhensive, qui suppose que les silences, les répétitions, les reformulations peuvent être riches de sens, la retranscription a été rédigée en suivant au plus près le rythme (ponctuation) et les formulations des interrogées (cf. annexe II-III-IV). À partir de ces retranscriptions les plus littérales possibles, nous avons découpé dans un premier temps le discours pour en identifier toutes les idées développées, en notant les citations les plus évocatrices puis en résumant les idées principales. « *L'analyse thématique est à la fois un exercice de déconstruction du matériau et de reconstruction à partir d'autres critères. [...] Dans un deuxième temps, il s'agit de faire des tas, de ranger ces idées, de les organiser autrement. La première étape est donc celle de faire des boîtes, on rassemble des idées qui nous semblent proches en éléments de significations semblables* » (Ramos, 2015 : 101-102). Nous avons enfin regroupé ces idées pour les confronter aux thèmes élaborés dans la grille d'entretien, et ainsi remodeler une série thématique applicable au *Q-sort*.

Pour préparer les **entretiens compréhensifs**, la première question qui se pose après celle de la question de recherche, est celle des personnes à interroger. Puisque nous avons évoqué une possible variabilité des points de vue à la fois géographique (espace) et générationnelle (temps) comme première hypothèse pouvant influencer la construction des normes, nous avons restreint nos critères d'inclusion des entretiens à ces deux éléments caractéristiques. Les critères pour mener ces entretiens ont donc été les suivants : l'expérience clinique (début/milieu/fin de carrière) ; le lieu d'exercice (urbain/rural) ; le centre de formation initiale (France/autres pays). L'idée est ici de fournir le plus large éventail possible de réponses et de réflexions individuelles au vu du temps et des moyens disponibles pour réaliser ce mémoire.

Une fois la question des critères d'inclusion traitée vient celle de l'élaboration du **guide d'entretien**. La sociologue Elsa Ramos voit cette étape à la fois comme « *une compétence technique à acquérir* » et à la fois comme « *un travail de questionnement qui permet de préciser, d'élaborer la question d'enquête* », puis elle ajoute que « *faire un guide d'entretien est indispensable. Cependant, idéalement, pendant l'entretien, le chercheur ne s'en sert pas : l'usage du guide d'entretien peut tuer l'entretien* » (Ramos, 2015 : 28). Cette étape consiste donc à retravailler la question de recherche bien qu'elle doive rester un fil conducteur, et à préparer un support plutôt qu'un guide à proprement parler. Là encore, il existe une multitude de façons de l'élaborer : sous forme de liste de thèmes (Desanti, Cardon, 2010, in Ramos, 2015), de pense-bête (Berthier, 2010, in Ramos, 2015), ou de memento (Combessie, 2007, in Ramos, 2015). La démarche de passation de l'entretien compréhensif est finalement assez proche de celle de l'entretien clinique en orthophonie, ce qui constitue un atout écologique. Selon Elsa Ramos, chaque question de la grille d'entretien est une hypothèse et celle-ci nous pousse à imaginer des réponses possibles, donc à dépasser la seule question de recherche. Il convient donc d' « *explicitier les idées qui sous-tendent tel ou tel choix de question, de proposition* » (Ramos, 2015 : 30), et de veiller à lier la question de recherche aux questions du guide. La question de recherche n'est donc pas clairement énoncée mais suggérée sous la forme d'une consigne posée dès le début de l'entretien. Il est conseillé de garder les questions de signalétique pour la fin de la grille (Sauvayre, 2013, in Ramos, 2015 : 36). Nous avons fait le choix, par souci de clarté et pour nous faciliter l'accès à l'information durant les entretiens, d'ajouter un **tableau récapitulatif** sous forme de liste de thèmes classée en axes à explorer.

2.1.2. Le Q-sample ou échantillon d'énoncés

Parmi l'ensemble des énoncés recueillis, il est nécessaire d'effectuer une sélection à soumettre ensuite aux interrogés lors des *Q-sorts*. Nous détaillons dans la partie dédiée aux résultats ce qui a été obtenu grâce aux entretiens. Pour être plus exhaustif quant aux possibles moteurs de la représentation, une exploration méthodique de la littérature disponible sur le sujet a été effectuée par recherche de mots-clés sur les services de recherche d'articles scientifiques suivants : Google Scholar, JSTOR, Elsevier, HAL, PubMed, Cairn, Persée. Les résultats de cette recherche ont été compilés dans les tableaux d'analyse des entretiens (cf. Annexe V). Pour constituer ces énoncés, nous nous sommes basés sur deux critères principaux : la fréquence et la singularité. Nous entendons par là qu'il faut regrouper en thèmes puis en énoncés clairs les propos les plus récurrents, mais qu'il faut également que ces énoncés soient bien distincts les uns des autres. Un énoncé non fréquent, mais original et pertinent pourra donc avoir sa place dans les 20 items du *Q-sample*.

2.1.3. Le P-sample ou échantillon de population testée

Lorsque l'objet de l'enquête est suffisamment défini, se pose la question du « qui interroger ? ». Il existe plusieurs façons de concevoir un échantillon. L'idéal statistique, ou échantillon aléatoire, est obtenu par tirage au sort au sein de la population de référence. Cette méthode est possible et idéale lorsque l'on dispose d'une liste exhaustive de la base de sondage, de la population de référence. La méthode des quotas, employée par les instituts de sondages, consiste quant à elle à reproduire la structure de la population de référence en créant des quotas représentatifs. La technique des échantillons stratifiés est une variante de la méthode des quotas qui permet de réajuster les quotas de certaines minorités que l'on veut faire apparaître dans notre enquête, et qui ne le seraient pas si on se limitait aux proportions réelles de notre population de référence. Enfin, la méthode de l'étude des publics s'applique à une population dont les propriétés sont difficiles à cerner, et se pratique avec des sondages in situ, au sein de la population, par exemple sur le lieu de travail (De Singly, 2020 : 37-43).

Étant à l'évidence dans l'incapacité de contacter la totalité des orthophonistes de France, mais disposant de quelques caractéristiques et données chiffrées, notamment le nombre total d'orthophonistes en France, ainsi que la répartition par régions et selon le mode d'exercice, nous avons opté pour la **méthode des quotas**. Des échantillons stratifiés auraient éventuellement pu être envisagés, notamment pour rendre visibles les orthophonistes hommes, mais il se poserait alors une question supplémentaire, celle du choix des minorités à faire apparaître. Notre étude portant sur les représentations des orthophonistes en général, il nous semble que ce choix aurait pu biaiser la représentativité de l'enquête. En ce qui concerne l'âge des sujets, introduire cette donnée dans les quotas aurait été trop restrictif pour la constitution de l'échantillon : nous recueillerons donc cette information dans le questionnaire afin d'observer d'éventuelles corrélations avec le choix des facteurs déterminants. À propos de l'âge des sujets, il est à préciser que si les années d'exercice ont été des critères d'inclusion des entretiens (début/milieu/fin de carrière), ils sont donc ici uniquement des variables. Nous avons choisi de mener cette enquête à partir de la population des orthophonistes en France, en tenant compte du mode d'exercice (libéral ou salarié) et de la zone d'activité principale (région). Les chiffres les plus récents à ce sujet sont ceux donnés par la DREES en janvier 2019 sur les effectifs de 2018, récapitulés dans le tableau ci-dessous (Tableau 1) :

Tableau 1 : effectifs des orthophonistes par mode d'exercice et par zone d'activité principale (DREES, 2019)

		Mode d'exercice			
		Ensemble des modes d'exercices globaux	Libéraux ou mixtes	Salariés hospitaliers	Autres salariés
Zone d'activité principale	France entière	25607	20787	1907	2913
	France métropolitaine	24828	20084	1876	2868
	DROM ¹⁹	779	703	31	45
	Auvergne-Rhône-Alpes	3439	2839	272	328
	Bourgogne-Franche-Comté	742	555	55	132
	Bretagne	1319	1059	140	120
	Centre-Val de Loire	783	594	67	122
	Corse	111	88	4	19
	Grand Est	1890	1541	127	222
	Hauts de France	2582	2099	161	322
	Île de France	4636	3606	474	556
	Normandie	928	713	82	133
	Nouvelle Aquitaine	1915	1532	135	248
	Occitanie	2728	2241	167	320
	Pays de la Loire	1360	1136	78	146
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2395	2081	114	200	

À partir de ces chiffres globaux, il nous faut déterminer la population de l'échantillon. La marge d'erreur communément admise pour ce type d'étude se situe entre 5 et 10 %. En employant la formule de Slovin, nous obtenons les résultats suivants :

Soient n l'échantillon à déterminer, N la population totale et e la marge d'erreur

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

On a, pour une marge d'erreur de 5 %, en nombre de personnes :

$$n = \frac{25607}{1 + 25607 \times 0.05^2} = 393.85$$

Et pour une marge d'erreur de 10 %, en nombre de personnes :

$$n = \frac{25607}{1 + 25607 \times 0.1^2} = 99.61$$

En arrondissant à l'unité, on obtient un intervalle de 100 à 394 personnes à interroger. Nous avons choisi pour cette étude le nombre de 250 personnes, situé à la médiane de l'intervalle arrondi à la centaine [100 ; 400].

19 Départements et Régions d'Outre-Mer. Cette dénomination regroupe les cinq régions ultramarines. Il y a donc dans ce tableau un découpage en 14 entités régionales au lieu des 18 habituellement comptabilisées.

La marge d'erreur serait alors de :

$$250 = \frac{25607}{1 + 25607 \times x^2}$$

$$1 + 25607 \times x^2 = \frac{25607}{250}$$

$$25607 \times x^2 = 102.42800$$

$$x^2 = \frac{101.428}{25607}$$

$$x = \sqrt{0.00396} = 0.06293$$

Pour un échantillon de 250 personnes, la marge d'erreur serait donc d'environ 6.3 %.

Notons également que le nombre de 250 correspond presque exactement à 1 % de la population totale²⁰, ce qui facilite les calculs pour la suite de l'étude. Pour établir les quotas de notre enquête, nous avons repris les données de ce tableau 1, pour les recalculer selon une population totale de 250 personnes. Pour éviter l'écueil d'un nombre trop faible de personnes selon certains critères, ce qui rendrait invisible certains sujets, nous avons choisi d'ajouter les « salariés hospitaliers » et les « autres salariés » dans une catégorie que nous avons nommée « salariés ».

Tableau 2 : effectifs et proportions de l'échantillon considéré

		Mode d'exercice				
		Ensemble des modes d'exercices globaux	Proportion de libéraux ou mixtes	Nombre de libéraux ou mixtes	Proportion de salariés	Nombre de salariés
Zone d'activité principale	France entière	250	0,81	203	0,19	47
	France métropolitaine	242	0,81	196	0,19	46
	DROM ²¹	8	0,90	7	0,10	1
	Auvergne-Rhône-Alpes	34	0,83	28	0,17	6
	Bourgogne-Franche-Comté	7	0,75	5	0,25	2
	Bretagne	13	0,80	10	0,20	3
	Centre-Val de Loire	8	0,76	6	0,24	2
	Corse	1	0,79	1	0,21	0
	Grand Est	18	0,82	15	0,18	3
	Hauts de France	25	0,81	20	0,19	5

²⁰ 250/25607=0.00976

²¹ Départements et Régions d'Outre-Mer. Cette dénomination regroupe les cinq régions ultramarines. Il y a donc dans ce tableau un découpage en 14 entités régionales au lieu des 18 habituellement comptabilisées.

Île de France	45	0,78	35	0,22	10
Normandie	9	0,77	7	0,23	2
Nouvelle Aquitaine	19	0,80	15	0,20	4
Occitanie	27	0,82	22	0,18	5
Pays de la Loire	13	0,84	11	0,16	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	23	0,87	20	0,13	3

Par souci de lisibilité, nous ne détaillerons pas ici l'intégralité des calculs effectués pour ce second tableau. Voici toutefois des exemples de calcul pour chacune des grandes catégories :

- Proportion de libéraux ou mixtes sur la France entière :

$$\frac{20787}{25607} = 0.81$$

- Proportion de salariés sur la France entière :

$$\frac{1907 + 2913}{25607} = 0.19$$

- Nombre de libéraux ou mixtes sur la France entière :

$$250 \times 0.81 = 203$$

- Nombre de salariés sur la France entière :

$$250 \times 0.19 = 47$$

La méthode consiste à réaliser des envois de questionnaires jusqu'à obtenir les quotas envisagés. Les quotas liés au mode d'exercice ne seront pris en compte que si les quotas régionaux sont atteints. Les réponses sont récoltées au fur et à mesure et cessées d'être prises en compte dès que le quota est atteint, afin de respecter l'aléatoire statistique. Les marges d'erreurs de la population totale de l'échantillon et celle de chaque quota n'étant pas cumulables, nous avons autorisé une marge de 10 % au nombre de personnes pour chaque quota, avec un minimum de +/- 1 personne pour pallier le nombre insuffisant de salariés corses (seule application de stratification de l'échantillon dans notre étude), l'arrêt de l'enquête ayant lieu lorsque le nombre total d'interrogés est atteint.

2.1.4. Les Q-sort ou tri d'énoncés

Nous nous sommes inspiré de la forme employée par André de Peretti dans un travail de recherche sur les difficultés du travail professionnel (cf. Annexe VI). Ce *Q-sort* présente l'intérêt pour notre étude de regrouper les items en quatre axes, comme c'est le cas dans notre grille d'entretien. Il s'agit pour les interrogés de classer 20 affirmations présentées en ordre aléatoire. Pour des raisons de faisabilité, nous avons finalement opté pour un classement de 20 affirmations sans loi quasi-normale. Pour l'analyse statistique, la valeur attribuée aux énoncés aura été la valeur inverse de leur classement. Par exemple, un item classé 1^{er} aura eu une valeur de 20, un item classé 2^{ème} une valeur de 19, etc.

2.2. Analyse statistique

Selon la méthodologie Q, l'analyse statistique s'effectue en trois étapes : une **analyse corrélacionnelle**, puis une **analyse factorielle**, et enfin des **rotations**. Dans une analyse factorielle classique, dite de type R, sont comparées les différences et les similitudes entre des individus, afin d'isoler des facteurs constitués par des variables associées. Par convention dans les matrices de corrélacions, les individus sont généralement représentés en ligne, et les variables associées le sont en colonne. Dans le cas d'une analyse factorielle de type Q, ce sont les choix des énoncés qui sont comparés, afin d'identifier des facteurs constitués par des personnes. Ainsi, les personnes dont les choix sont similaires sont regroupées en facteurs (ou groupements d'énoncés), à condition d'observer suffisamment de récurrences dans les choix. Bien qu'il s'agisse d'analyse factorielle d'un point de vue statistique, et c'est d'ailleurs pourquoi le terme de « facteur » reste prégnant, il serait plus juste de parler ici d'archétypes. Certains auteurs emploient ces termes indistinctement. Pour effectuer cette analyse, nous avons employé les logiciels KADE (spécifique à cette méthode) et R, ce dernier en complément pour obtenir certains visuels.

2.2.1. Matrice de corrélation

Une matrice de corrélation permet d'évaluer la dépendance qu'il existe entre deux variables, en l'occurrence entre deux classements d'énoncés. Pour constituer ce tableau, le logiciel calcule à partir des valeurs données par ce classement un coefficient de corrélation linéaire ou coefficient de Pearson, c'est-à-dire le quotient de leur covariance multiplié par le produit de leurs écarts-types. Ce coefficient a une valeur comprise entre -1 et 1, une valeur haute correspondant à un fort degré de dépendance entre les variables (par exemple 1 lorsque l'on a deux classements totalement identiques) et une valeur basse correspondant à une faible dépendance. Dans le logiciel (KADE) que nous utilisons pour produire cette matrice, ce coefficient est multiplié par 100 pour gagner en lisibilité, car il exclut alors les décimales.

Tableau 3 : exemple de matrice de corrélation sur KADE

Participants	1_17/04/202 1 15 :53	2_17/04/202 1 15 :47	3_17/04/202 1 19 :20	9_17/04/202 1 22 :25
1_17/04/202 1 15 :53	100	29	48	52
2_17/04/202 1 15 :47	29	100	29	5
3_17/04/202 1 19 :20	48	29	100	50
9_17/04/202 1 22 :25	-11	26	-3	100

Les classements des participants sont codés selon la date et l'heure de leurs réponses. Plus la valeur est élevée, et plus la corrélation positive est importante, c'est-à-dire que les choix de classements sont proches. Les valeurs négatives, qui apparaissent ici en rouge, indiquent quant à elle le degré de corrélation négative, c'est-à-dire que les classements tendent à être opposés. Une valeur proche de zéro indiquerait une absence de corrélation, c'est-à-dire que les choix d'énoncés seraient parfois proches et parfois non. Tous les participants (classements d'énoncés) sont représentés dans le tableau. Au vu du nombre de participants visé par l'échantillonnage

(250), ceci conjugué aux contraintes formelles du mémoire, il sera bien évidemment impossible de représenter ici en intégralité cette matrice.

2.2.2. Analyse factorielle

À partir de cette matrice, deux méthodes de calcul sont généralement employées dans le cadre de la méthodologie Q : l'Analyse en Composantes Principales ou ACP (en anglais PCA pour « *Principal Components Analysis* ») et la « *Centroid Method* » (littéralement la méthode du centre de masse ou du centre de gravité). Ces deux outils ont le même objectif, maximiser les écarts entre les variables considérées (ou entre les individus), en l'occurrence entre les énoncés, pour rendre plus visibles des grandes tendances. Dans le domaine général de l'analyse factorielle, l'ACP est l'outil statistique le plus répandu aujourd'hui car il est le plus solide d'un point de vue mathématique (Ramlo, 2016). En revanche, la « *Centroid Method* » était la méthode recommandée par William Stephenson. Bien que moins utilisée à l'ère des calculs informatisés, elle s'avère mieux pensée pour l'étude de la subjectivité, car offrant une plus grande indétermination, c'est-à-dire que la quantité de renseignements (en manque ou en excès) influera moins sur la valeur (Ramlo, 2016). Nous avons donc comparé ces deux méthodes pour garder la plus pertinente quant aux objectifs de cette étude. Nous avons choisi de présenter les deux, puisqu'elles apportaient des informations complémentaires.

2.2.3. Rotation

Enfin, une fois l'analyse factorielle effectuée, il est généralement recommandé de procéder à des rotations. Une rotation est le déplacement d'une figure, en l'occurrence d'un nuage de points, par rapport à un centre de rotation. Dans le cadre de l'analyse factorielle, la rotation permet d'accentuer les contrastes du nuage de points, et ainsi d'accroître la visibilité quant aux facteurs recherchés (regroupements de points). Le logiciel KADE propose deux types de rotations : la rotation Varimax et la rotation dite « *judgemental* » ou « *theoretical* ». De façon générale, il est recommandé aujourd'hui d'associer à l'ACP la rotation Varimax pour les mêmes raisons de solidité mathématique. En revanche, dans le cadre de l'analyse factorielle de type Q, Sue Ramlo, professeure à l'Université d'Akron, recommande d'utiliser une rotation de type « *judgemental* », même si cette dernière est aujourd'hui moins utilisée, même dans le cadre de la méthodologie Q. Nous avons donc procédé à une comparaison entre une analyse factorielle en ACP avec rotation Varimax et une analyse de type « *centroid method* » avec rotation de type « *judgemental* ».

2.2.4. Facteurs

À partir des calculs susmentionnés, nous avons alors pu extraire des facteurs qui correspondaient à certains types de classements possibles. Ces classements-types nous ont permis d'établir des archétypes d'orthophonistes. Il s'agissait surtout ici d'identifier des modèles de constructions de la représentation du normal au pathologique.

RESULTATS

Dans le but de constituer le *Q-sample*, nous avons donc commencé par réaliser trois entretiens auprès d'orthophonistes de trois générations différentes, et exerçant dans des zones géographiques distinctes. Nous avons ensuite combiné l'analyse de ces entretiens à une recherche méthodique par mots-clés. Une fois le *Q-sample* établi grâce à ces données, nous l'avons complété avec des questions subsidiaires portant notamment sur l'âge et la région d'exercice. Enfin, nous avons procédé à l'analyse statistique et qualitative de l'ensemble des données du questionnaire.

1. PRESENTATION DES 3 INTERVIEWEES

Entretien 1 (Mme S)

Le premier entretien a été effectué auprès d'une jeune femme de 38 ans, diplômée en France en 2020 après une reconversion (journaliste juridique), mère de deux enfants, exerçant en libéral en banlieue d'une agglomération d'environ 500000 habitants. Elle partage son cabinet avec plusieurs autres orthophonistes. Mme S. définit la norme comme étant à la fois **statistique, fonctionnelle et évolutive**.

Entretien 2 (Mme M)

Le deuxième entretien a été effectué auprès d'une jeune femme de 35 ans, diplômée en Belgique en 2009 (12 ans d'exercice au moment de l'entretien). Elle a d'abord travaillé en collaboration pendant environ un an en Guadeloupe. Puis elle a commencé à exercer en France métropolitaine dans son propre cabinet libéral au sein d'un bourg d'environ 7500 habitants. Elle y est restée un peu plus d'un an. Puis elle a déménagé dans une commune de 12500 habitants, pour y rester à peu près autant de temps. Enfin, elle s'est installée en 2015 dans la commune (environ 1000 habitants) où elle travaille toujours actuellement, partageant son cabinet avec une autre orthophoniste. Mme M. définit sa norme de prise en charge comme étant la plus objective possible. Toutefois, elle estime également que « tout est une question de définition et de point de vue » (l.275, p.8). Selon elle, **l'objectivité du bilan et le point de vue du patient doivent se compléter** pour décider d'une éventuelle prise en charge. Son travail implique aussi selon elle une nécessaire dialectique permanente entre la théorie et la pratique : « *Oui je dirais plutôt le clinique et ensuite au final, ce que j'ai pu observer dans le clinique sera conforté normalement par les résultats étalonnés que je pourrais avoir suite à la passation du bilan* » (l.18-19, p1).

Entretien 3 (Mme C)

Le troisième entretien a été effectué auprès d'une femme de 66 ans, diplômée en France en 1976 et exerçant le métier d'orthophoniste depuis cette date. Elle a d'abord exercé en cabinet libéral dans son propre appartement dans un bourg d'environ 7500 habitants jusqu'en 1984,

année durant laquelle elle a fait construire sa maison dans la même ville pour y installer son cabinet. Elle estime qu'il faut combiner la plainte du patient aux repères objectifs du bilan pour décider de prendre en charge ou non. Selon elle, un patient « normal » est un patient « **fonctionnel et [...] communicant** » (l.413, p.11).

2. SYNTHÈSE DES DONNÉES EMPLOYÉES POUR L'ÉLABORATION DU Q-SAMPLE

Nous avons tout d'abord compilé les informations recueillies lors des entretiens en suivant les thèmes de la grille, répartis en 4 catégories (norme habituelle, norme régulière, norme statistique, normativité du patient) développées en introduction. Nous avons ensuite ajouté des thèmes non envisagés préalablement à partir des données recueillies, que nous avons complété avec une recherche documentaire. Conformément à la méthodologie Q classique, nous avons combiné ici un travail inductif (la grille d'entretien) aux données recueillies grâce aux entretiens et à la recherche documentaire. Nous avons extrait ainsi les thématiques les plus saillantes. La synthèse des éléments recueillis sous forme de tableaux figure en annexe (cf. Annexe V). Plus spécifiquement selon la méthode employée par André de Peretti (cf. Annexe VI), qui consiste à présenter des affirmations avec un verbe à l'infinitif (« éduquer, c'est... » : « savoir attendre », « inculquer le sens du devoir », etc.), nous avons donc effectué parmi ces données une sélection de 20 affirmations réparties équitablement au sein des 4 catégories (5 items choisis par catégorie). Ces catégories n'ont pas été rendues visibles aux interrogés pour ne pas biaiser le *Q-sort*. Le *Q-sample* leur a été présenté sous forme de liste (à partir de l'application en ligne « Eval and Go »), comme énoncé ci-dessous, sans les cotes entre parenthèses qui ont servi à l'extraction de données (« S » pour *Statement*) :

Selon vous, décider de proposer des séances à l'issue d'un bilan orthophonique, c'est principalement :

1. Analyser les données qualitatives du bilan (S1)
2. Se fier à son sens clinique (S2)
3. Se sentir compétent pour démarrer la prise en soin (S3)
4. Observer (S4)
5. Avoir vérifié une hypothèse diagnostique (S5)
6. Se référer à la littérature pour savoir ce qui est normal, afin de situer le patient (S6).
7. Suivre l'avis des autres professionnels (S7)
8. Se référer aux courants théoriques les plus reconnus (S8)
9. S'adapter en fonction du temps et des moyens disponibles (S9)
10. S'informer auprès de l'entourage, des structures, de l'école (S10)
11. Prendre en compte les données chiffrées du bilan (S11)
12. Comparer les résultats à des repères objectifs (S12)
13. Identifier les potentialités et les fragilités du patient (S13)
14. Constater une homogénéité des difficultés (S14)
15. Lever les a priori pour viser l'objectivité (S15)
16. Constater un coût cognitif important lors de la passation du bilan (S16)
17. Recueillir une plainte de manque de fonctionnalité au quotidien.
Comprendre/évaluer cette plainte. (S17)
18. Entendre/proposer une réponse à une souffrance (S18)
19. Aboutir à un consensus avec le patient (S19)
20. Reconnaître chez le patient un milieu social, culturel, économique, difficile (S20)

Nous avons ajouté en début de questionnaire des questions portant sur le mode d'exercice, la région d'exercice, le nombre d'années d'exercice et l'âge. Afin de pouvoir disposer de variables sociodémographiques, nous avons ajouté à la fin du questionnaire deux questions ouvertes : « Voyez-vous d'autres facteurs notables qui influencent votre décision de prendre en charge ? » et « Avez-vous quelque chose à ajouter à propos de votre propre frontière entre normal et pathologique ? ».

3. DONNEES ISSUES DU QUESTIONNAIRE

Nous avons obtenu, après nettoyage des données, 439 répondants, ce qui est au-dessus de la limite haute fixée lors de l'échantillonnage ([100 ;400]). Selon le même mode de calcul que dans la partie méthodologique, la marge d'erreur réellement obtenue est donc de :

$$439 = \frac{25607}{1 + 25607 \times x^2}$$

$$1 + 25607 \times x^2 = \frac{25607}{439}$$

$$25607 \times x^2 = 58.33$$

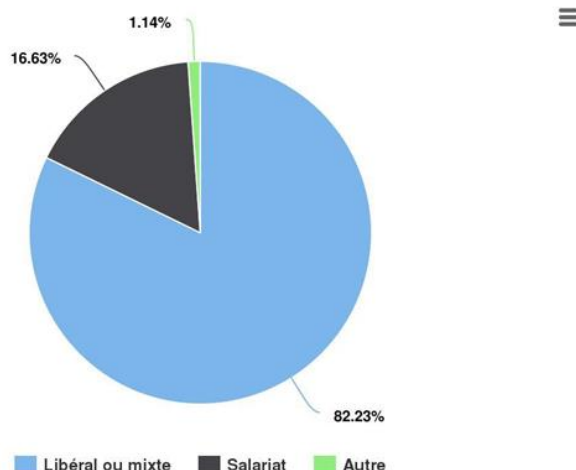
$$x^2 = \frac{58.33}{25607}$$

$$x = \sqrt{0.00228} = 0.04773$$

La marge d'erreur est donc passée sous le cap des 5 %. En revanche, les quotas régionaux n'ont pas tous été atteints. Le détail des résultats apparaît dans la partie ci-dessous.

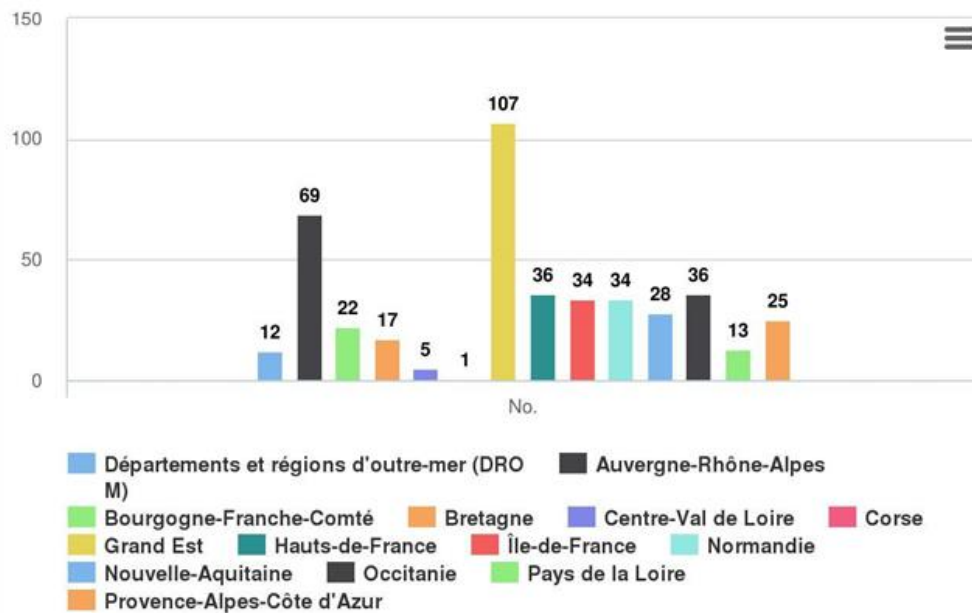
3.1. Données générales

Voici les résultats obtenus lors du questionnaire :
 Quel est votre mode d'exercice ?

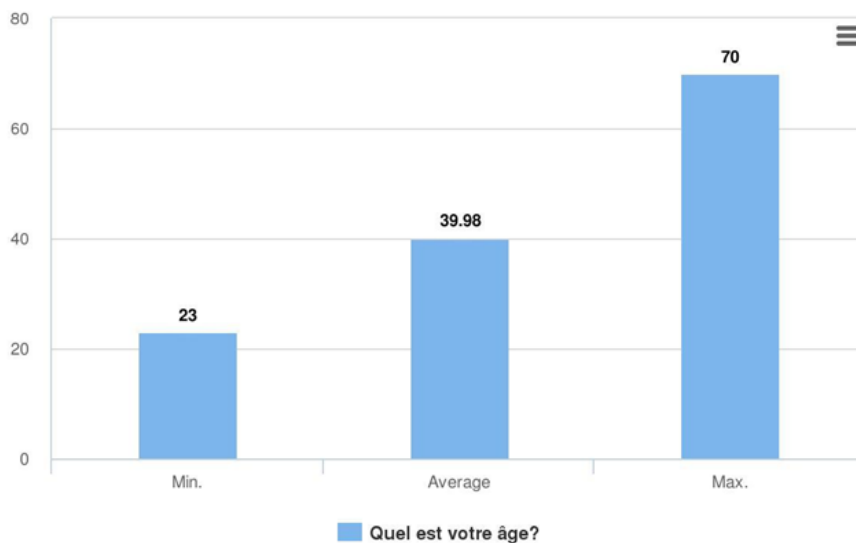


Les moyennes nationales sont de : 81.1 % de libéral ou mixte, 18.5 % de salariat, 0.4 % d'autres (DREES, 2019). L'échantillon en est donc relativement proche, avec toutefois une surreprésentation de la catégorie « Autre ». Cette catégorie donnée par la DREES englobe certainement des cas spécifiques d'exercices, mais la surreprésentation dans notre étude peut être liée à une part d'interrogés ne souhaitant pas se prononcer.

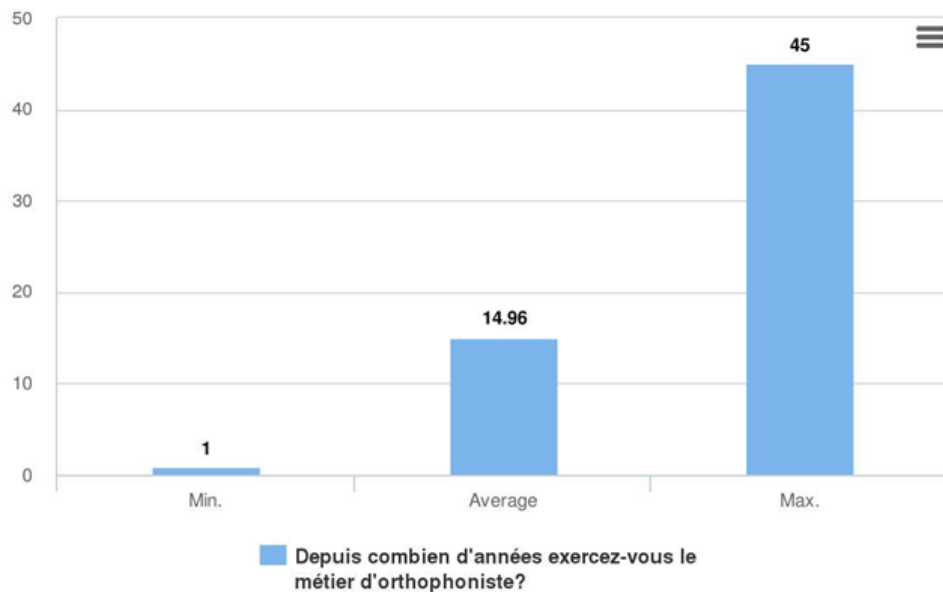
Quelle est votre région d'exercice ?



Les quotas régionaux ont été atteints dans les DROM (12/8), l'Auvergne-Rhône-Alpes (69/34), en Bourgogne-Franche-Comté (22/7), en Bretagne (17/13), en Corse (1/1), dans le Grand Est (107/18), dans les Hauts-de-France (36/25), en Normandie (34/9), en Nouvelle-Aquitaine (28/19), en Occitanie (36/27), en Pays de la Loire (13/13), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (25/23). En revanche, même en appliquant une marge d'erreur de 10 % (voir partie méthodologique), les quotas ne sont pas atteints en Centre-Val de Loire (5/8), ni en Île-de-France (34/45). Au vu de la taille de l'échantillon (1.7 % de la population des orthophonistes en France) et de sa marge d'erreur réduite sous les standards habituels (4.8 %), nous avons fait le choix de baser nos calculs sur la totalité de cet échantillon. Une réduction de l'échantillon total, proportionnelle à la part du quota obtenu dans la région la moins répondante, à savoir le Centre-Val de Loire avec 62.5 % (5/8) du quota atteint, aurait largement contre-productive. En conséquence, les quotas liés au mode d'exercice n'ont donc pas non plus été pris en compte, bien que les résultats à cette question soient restés des sources d'information.

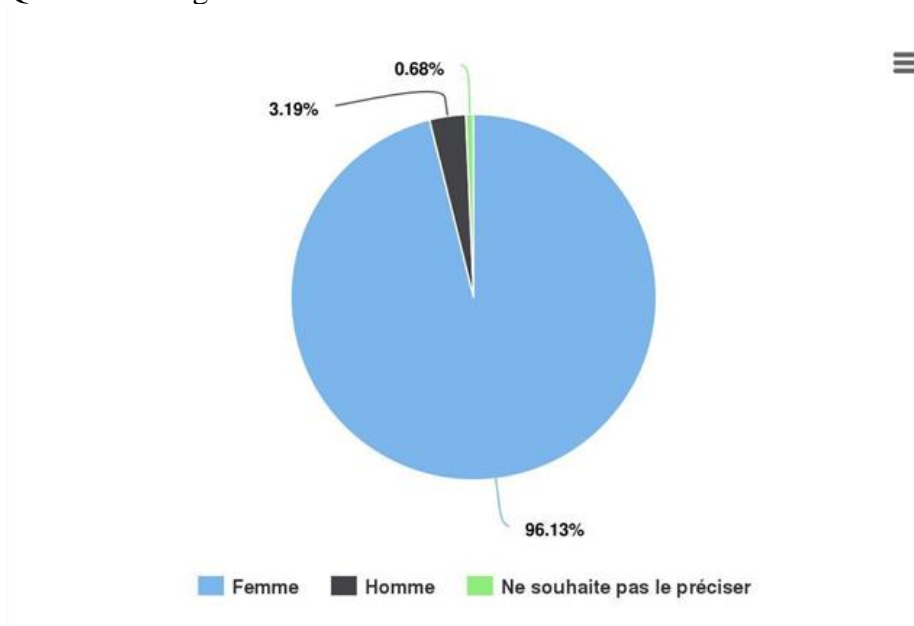


L'âge moyen des orthophonistes en France est de 43.4 ans en 2018 (DREES, 2019). Nous avons donc constaté un rajeunissement d'environ 3 ans dans notre échantillon. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une partie de la diffusion ait été effectuée sur les réseaux sociaux, et auprès de notre propre réseau de néodiplômées.



Nous ne disposons pas ici de données nationales pour comparer, mais nous avons constaté que si la moyenne d'âge de notre échantillon a été, en arrondissant à l'unité, de 40 ans et le nombre d'années moyen en exercice de 15 ans, l'âge moyen de diplomation serait alors de 25 ans. Or, l'âge moyen national d'entrée dans les études d'orthophonie est de 20 ans en 2020, ce qui correspondrait parfaitement à notre échantillon si l'on excluait les redoublements (FNEO, 2020).

Quel est votre genre ?



En 2018 en France, 96.8 % des orthophonistes étaient des femmes (DREES, 2019). Les données du questionnaire ont donc correspondu à la moyenne nationale, avec une différence de 0.7 %.

Voici un tableau représentant le classement moyen obtenu sur l'ensemble de l'échantillon avec les positions minimales et maximales obtenues. Par exemple, l'item S17 ci-dessous (Recueillir une plainte de manque de fonctionnalité au quotidien. Comprendre/évaluer cette plainte) a été classé au moins une fois 1^{er} et une fois dernier. Il a été classé en moyenne entre la 4^{ème} et la 5^{ème} place, ce qui correspond à la meilleure moyenne de l'échantillon. Il s'est donc positionné à la 1^{ère} place du classement général.

Tableau 4 : Items triés par ordre croissant du classement moyen

Énoncés		Classement minimum	Moyenne	Classement maximum
Question posée	Selon vous, décider de proposer des séances à l'issue d'un bilan orthophonique, c'est principalement :	1	10.5	20
S17	Recueillir une plainte de manque de fonctionnalité au quotidien. Comprendre/évaluer cette plainte.	1	4.58	20
S11	Prendre en compte les données chiffrées du bilan	1	6	20
S1	Analyser les données qualitatives du bilan	1	6.69	20
S12	Comparer les résultats à des repères objectifs	1	7.33	20
S18	Entendre/Proposer une réponse à une souffrance	1	7.7	20
S2	Se fier à son sens clinique	1	8.04	20

S13	Identifier les potentialités et les fragilités du patient	1	8.13	20
S4	Observer	1	8.52	20
S16	Constater un coût cognitif important lors de la passation du bilan	1	9.95	20
S5	Avoir vérifié une hypothèse diagnostique	1	10.36	20
S3	Se sentir compétent pour démarrer la prise en soin	1	10.98	20
S6	Se référer à la littérature pour savoir ce qui est normal, afin de situer le patient	1	11.44	20
S19	Aboutir à un consensus avec le patient	1	11.56	20
S8	Se référer aux courants théoriques les plus reconnus	1	12.45	20
S15	Lever les a priori pour viser l'objectivité	1	12.46	20
S10	S'informer auprès de l'entourage, des structures, de l'école	1	13.95	20
S9	S'adapter en fonction du temps et	1	14.16	20

	des moyens disponibles			
S20	Reconnaître chez le patient un milieu social, culturel, économique, difficile	2	14.86	20
S14	Constater une homogénéité des difficultés	1	15.22	20
S7	Suivre l'avis des autres professionnels	1	15.62	20

Nous avons constaté que la plainte fonctionnelle constituait la première préoccupation des interrogés puisque l'énoncé S17 a été classé en moyenne entre la 4^{ème} et la 5^{ème} place. Voici les moyennes de positionnement dans les classements par catégorie :

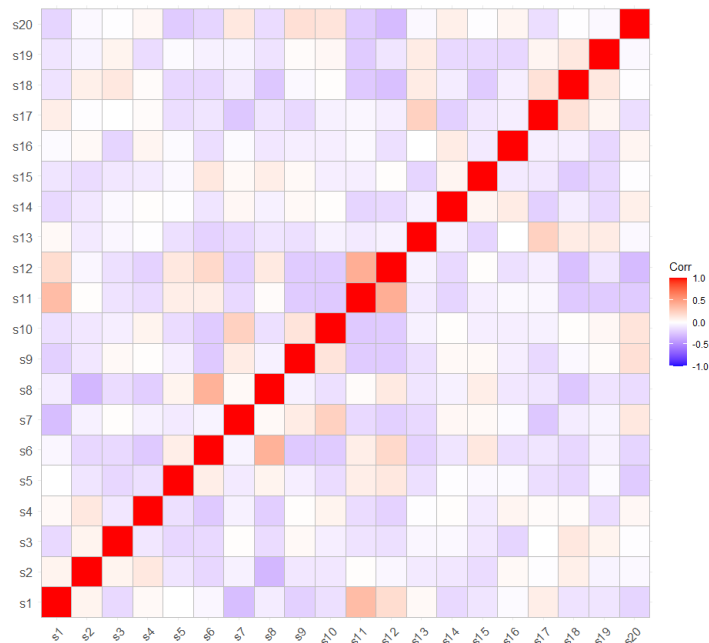
- Norme habituelle (s1-s5) : $(6.69 + 8.04 + 8.52 + 10.36 + 10.98) / 5 = 8.92$
- Norme régulière (s6-s10) : $(11.44 + 12.45 + 13.95 + 14.16 + 15.62) / 5 = 13.52$
- Norme statistique (s11-s15) : $(6 + 7.33 + 8.13 + 12.46 + 15.22) / 5 = 9.83$
- Normativité du patient (s16-s20) : $(4.58 + 7.7 + 9.95 + 11.56 + 14.86) / 5 = 9.73$

Nous avons observé que de façon générale, aucune grande catégorie ne se démarquait de façon significative, si ce n'est la norme régulière, qui a été moins considérée par les interrogés. La relative homogénéité des catégories dans les classements a montré une adéquation entre les items et la diversité des points de vue des orthophonistes. En revanche le classement plus bas des items liés à la norme régulière ont montré une revendication d'autonomie dans les pratiques. Les influences extérieures ont semblé ressenties comme minimales. Par ailleurs, le fait que tous les items sauf un (S20) aient été classés au moins une fois à la première et dernière place est un indicateur de variabilité dans les classements.

3.2. Analyse factorielle

3.2.1. Corrélations

À partir des données extraites au format .csv sur Eval And Go, nous avons procédé selon les deux méthodes de calcul que sont l'ACP et la *Centroid Method*. Comme nous l'avions anticipé dans la partie méthodologique, nous ne présentons pas ici la matrice de corrélation employée dans ces deux méthodes de calcul, au vu d'une trop grande quantité de données. La matrice que nous traitons compare les classements complets des individus : il s'agit donc d'un tableau de 439 X 439 cases (+ les titres). Pour compenser ce manque de visibilité, nous avons produit ici avec le logiciel libre « R » une matrice de corrélation entre énoncés, puis une visualisation de l'ACP, telles qu'elles sont pratiquées dans l'analyse factorielle de type R.



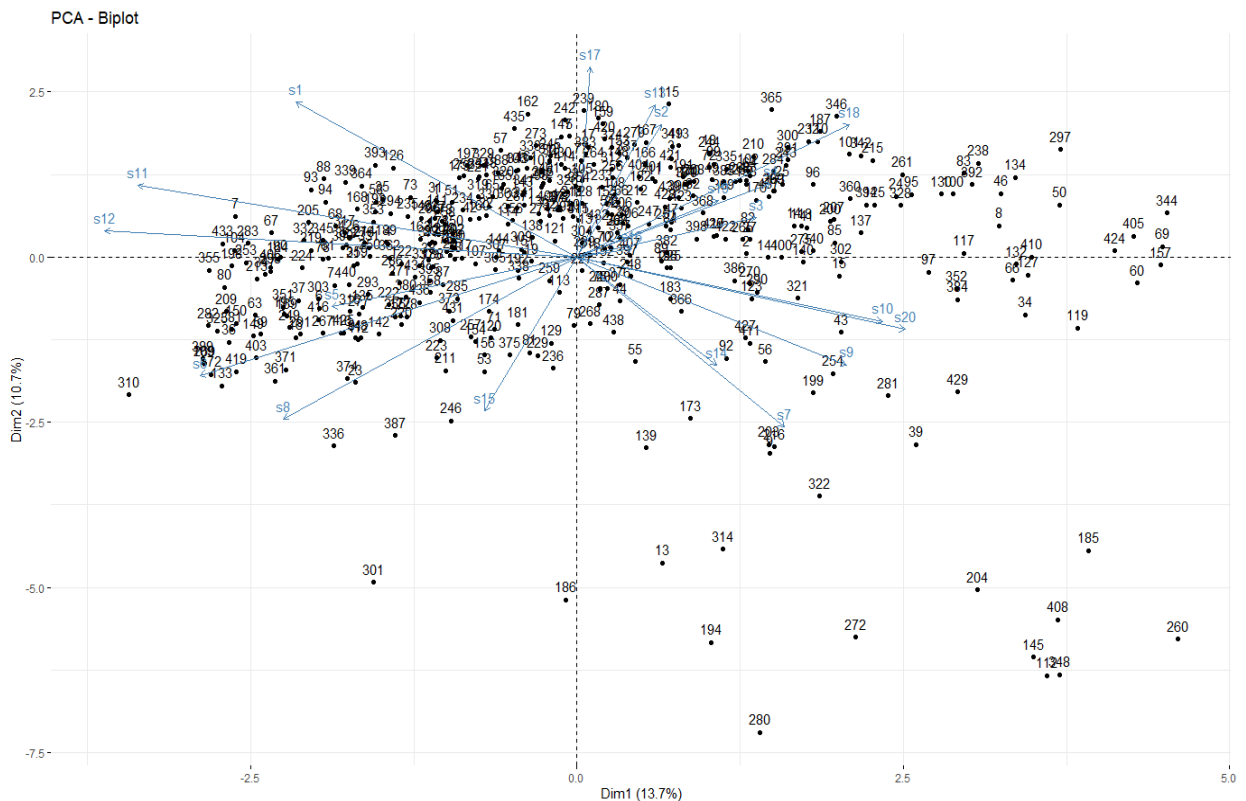
Les énoncés sont ici présentés en abrégé s1, s2, s3, etc. dans l'ordre indiqué plus haut. La couleur correspond au **coefficient de corrélation linéaire**, ayant une valeur comprise entre -1 et 1. Plus le carré est **rouge**, c'est-à-dire tendant vers le 1, plus la **corrélation positive** entre les énoncés est forte. Cela signifie que les énoncés évoluent dans le même sens, donc souvent proches dans les classements. Une couleur **blanche**, c'est-à-dire tendant vers le 0, indique quant à elle une **absence de corrélation** (parfois proches, parfois non). Enfin, plus la couleur est **bleue**, c'est-à-dire tendant vers le -1, plus la **corrélation négative** est forte. Cela signifie que les valeurs prennent des directions opposées (quand l'une augmente, l'autre diminue).

Nous remarquons ici à première vue que les énoncés présentent une faible corrélation (vers le blanc) et une prédominance de la corrélation négative (violet). La première explication à ce phénomène est que, dans un classement, les énoncés sont toujours interdépendants (si un énoncé est à la première place, les autres ne pourront pas y être), or l'ACP ne tient pas compte de cette dépendance. D'autre part, cette tendance à l'absence de corrélation peut découler de la nature même du procédé de passation des questionnaires. En effet, lors de la diffusion du questionnaire, les énoncés ont été placés selon un ordre aléatoire. Il s'agissait de la solution présentant le moins de risques de biais. Toutefois, dans le cas des répondants distraits ou ne sachant pas dans quel ordre classer, cela aura tendance à équilibrer les choix et donc nécessairement à lisser les corrélations. Nous supposons que cela a pu avoir un impact. Néanmoins, nous avons observé quelques corrélations positives intéressantes telles que :

- entre s1 (données qualitatives), s11 (données chiffrées) et s12 (repères objectifs) ;
- entre s13 (potentialités et fragilités du patient), s17 (plainte fonctionnelle) et s18 (réponse à une souffrance) ;
- entre s7 (avis des autres professionnels), s9 (adaptation au temps et moyens), s10 (s'informer auprès de l'entourage, des structures, de l'école) et s20 (milieu difficile du patient).

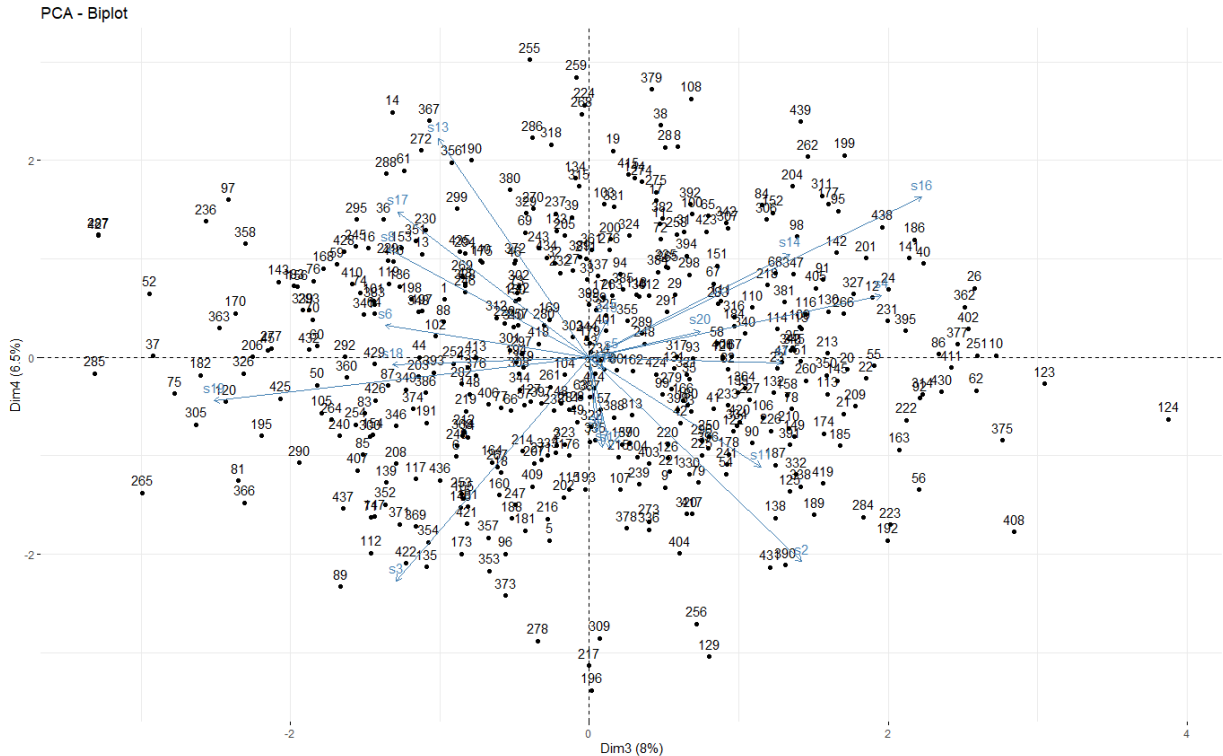
3.2.2. Nuage de points

Toujours selon la méthode de l'ACP, voici un nuage de points pour nous permettre de visualiser les résultats du questionnaire :



Sur ce nuage de points calculé en ACP, les nombres correspondent aux répondants, tandis que les flèches bleues correspondent aux énoncés. Chaque énoncé représente une dimension supplémentaire vis-à-vis de laquelle chaque individu (ou classement d'énoncé) est positionné. Les dimensions 1 et 2 apparaissent ici pour respecter le principe d'orthogonalité, mais surtout pour faire apparaître un maximum d'informations. En l'occurrence, la dimension 1 horizontale nous fournit 13.7 % de l'information totale, tandis que la dimension 2 verticale nous en fournit 10.7 %. La distance entre de nombreux points est un indicateur de dispersion, c'est-à-dire de la variabilité. En d'autres termes, plus la distance est fréquemment grande, plus la variabilité dans les classements d'énoncés est importante. Par ailleurs, plus les points sont proches, plus les classements des individus sont proches. Nous observons ici que bien qu'une bonne partie des individus soient regroupés, quoique étirés sur l'axe de la dimension 1 (horizontale), il existe un **grand nombre d'individus se démarquant très nettement dans leurs choix**, c'est-à-dire dispersés sur l'ensemble de la figure. Nous observons également un regroupement central étiré de -2.5 à 1.25 sur l'axe horizontal. Les individus à gauche sur cet axe, c'est-à-dire ceux qui tendent (voir les flèches bleues) vers les énoncés s1 (**analyser les données qualitatives du bilan**), s11 (**données chiffrées**), s12 (**repères objectifs**), s5 (**avoir vérifié une hypothèse diagnostique**), ainsi que les énoncés s6 (**se référer à la littérature pour savoir ce qui est normal et ainsi situer le patient**), s8 (**se référer aux courants théoriques les plus reconnus**), s15 (**lever les a priori pour viser l'objectivité**), ces trois derniers présentant une bien plus grande variabilité dans les choix, sont **séparés assez nettement** des énoncés de droite, à savoir s17 (**plainte fonctionnelle**), s13 (**potentialités et fragilités du patient**), s2 (**sens clinique**), s18 (**réponse à une souffrance**), s19 (**consensus avec le patient**), s4 (**observer**), s3 (**se sentir compétent**), s16 (**constater un coût cognitif important**), jusqu'ici tous assez homogènes, puis les énoncés s10 (**s'informer auprès de l'entourage, des structures, des écoles**) et s20 (**milieu difficile chez le patient**), très corrélés entre eux, ainsi qu'avec l'énoncé s9 (**s'adapter en fonction du temps et des moyens disponibles**), puis s14 (**constater une homogénéité des difficultés**) et s7 (**suivre l'avis des autres professionnels**) également corrélés. Nous notons également que les regroupements correspondent à la matrice présentée plus haut.

Dans la visualisation des dimensions 3 et 4 de l'ACP ci-dessous, nous constatons que sous cet angle, la distinction entre les deux groupes d'énoncés est bien moins marquée. En revanche, nous observons ici une bien plus **grande variabilité**. Nous faisons le choix de nous limiter aux 4 premières dimensions de l'ACP parce que nous avons les informations qui nous intéressent ici, et que les suivantes sont de moins en moins informatives ($13.7 + 10.7 + 8 + 6.5 = 40.9\%$ de l'information totale), mais également par souci de lisibilité.



3.2.3. Facteurs

Il convient ici de se détacher du sens courant du mot « facteur ». Il ne s'agit pas de parler du « facteur temps » ou de facteurs climatiques ou économiques, mais bien de revenir au sens « *mathématique ordinaire* » du mot, de « *mise en facteur* » (Cibois, 1983). Il s'agit simplement de mettre en commun des éléments. Les facteurs sont donc des regroupements d'énoncés liés à des récurrences dans les classements des participants. Ces regroupements étant toutefois signifiants, il est possible de les traduire. C'est ainsi que nous avons pu établir des profils-types ou archétypes existants de façons possibles d'effectuer ces classements.

3.2.3.1. Centroid Method avec rotation Judgemental

Cette méthode est celle qui est recommandée par Sue Ramlo, spécialiste de la méthode, ainsi que par le fondateur de la méthodologie Q, William Stephenson (première publication décrivant sa méthode en 1953). Nous avons utilisé ici un outil sur le logiciel KADE qui permet de déterminer le nombre de facteurs optimal (Horst 5.5 Centroid Factors). Cet outil a déterminé que le nombre optimal était de deux facteurs. Voici le résultat obtenu pour les deux facteurs, en les classant par *z-score*, c'est-à-dire selon le nombre d'écart-types (positifs ou négatifs) par rapport à la moyenne.

Tableau 5 : Nombre de participants par facteur et degré de corrélation entre facteurs (*centroid method avec rotation judgemental*)

	Facteur 1	Facteur 2
Nombre de participants	375	64
Coefficient de corrélation linéaire entre les deux facteurs		-0.37

Tableau 6 : Facteur 1 avec items classés par *z-score* (*centroid method* avec rotation *judgemental*)

Cote	Énoncé	Z-score
S17	Recueillir une plainte de manque de fonctionnalité au quotidien. Comprendre/évaluer cette plainte.	1.62
S11	Prendre en compte les données chiffrées du bilan	1.47
S1	Analyser les données qualitatives du bilan	1.21
S12	Comparer les résultats à des repères objectifs	1.2
S2	Se fier à son sens clinique	0.74
S13	Identifier les potentialités et les fragilités du patient	0.69
S18	Entendre/proposer une réponse à une souffrance	0.65
S4	Observer	0.44
S5	Avoir vérifié une hypothèse diagnostique	0.19
S16	Constater un coût cognitif important lors de la passation du bilan	0.13
S6	Se référer à la littérature pour savoir ce qui est normal, afin de situer le patient	-0.03
S3	Se sentir compétent pour démarrer la prise en soin	-0.31
S19	Aboutir à un consensus avec le patient	-0.34
S8	Se référer aux courants théoriques les plus reconnus	-0.42
S15	Lever les a priori pour viser l'objectivité	-0.61
S10	S'informer auprès de l'entourage, des structures, des écoles	-1.11
S9	S'adapter en fonction du temps et des moyens disponibles	-1.2
S20	Reconnaître chez le patient un milieu social, culturel, économique, difficile	-1.39
S14	Constater une homogénéité des difficultés	-1.43
S7	Suivre l'avis des autres professionnels	-1.48

Tableau 7 : Facteur 2 avec items classés par *z-score* (*centroid method* avec rotation *judgemental*)

Cote	Énoncé	Z-score
S8	Se référer aux courants théoriques les plus reconnus	1.59
S6	Se référer à la littérature pour savoir ce qui est normal, afin de situer le patient	1.48
S15	Lever les a priori pour viser l'objectivité	1.08
S5	Avoir vérifié une hypothèse diagnostique	1
S12	Comparer les résultats à des repères objectifs	0.92
S7	Suivre l'avis des autres professionnels	0.8
S14	Constater une homogénéité des difficultés	0.73
S11	Prendre en compte les données chiffrées du bilan	0.56
S9	S'adapter en fonction du temps et des moyens disponibles	0.22
S10	S'informer auprès de l'entourage, des structures, des écoles	-0.12

S20	Reconnaître chez le patient un milieu social, culturel, économique, difficile	-0.16
S1	Analyser les données qualitatives du bilan	-0.24
S16	Constater un coût cognitif important lors de la passation du bilan	-0.31
S19	Aboutir à un consensus avec le patient	-0.44
S3	Se sentir compétent pour démarrer la prise en soin	-0.71
S13	Identifier les potentialités et les fragilités du patient	-0.87
S2	Se fier à son sens clinique	-0.95
S4	Observer	-1.21
S17	Recueillir une plainte de manque de fonctionnalité au quotidien. Comprendre/évaluer cette plainte.	-1.59
S18	Entendre/proposer une réponse à une souffrance	-1.79

Tout d'abord, comme nous l'avons vu grâce au nuage de points et à la matrice de corrélation, ces données confirment l'existence d'un profil majoritaire (375 participants sur 439) qui place au cœur de ses préoccupations la plainte fonctionnelle du patient (S17). Si l'on suit la progression des *z-scores* dans le classement du tableau 6, trois énoncés se démarquent ensuite, tous liés aux données du bilan : S11, S1, S12. Le profil-type de la majorité des orthophonistes procède donc de la façon suivante : il accueille une plainte fonctionnelle et y répond en procédant à une analyse des données du bilan, comparées à des repères objectifs. Nous observons enfin que ce profil accorde également une grande importance au sens clinique (*z-score* de 0.74), ainsi qu'aux potentialités, aux fragilités (0.69) et à la souffrance du patient (0.65). Cet orthophoniste archétypique aborde le patient de façon globale, lui accorde une place importante, et s'inscrit plutôt dans une démarche biopsychosociale.

Dans un second temps, et encore une fois en complément de ce qui a été observé dans la matrice de corrélation et le nuage de points, il existe un profil dissident (64/439 participants) qui place la théorie au cœur de sa démarche (*Z-scores* de 1.59 et 1.48 respectivement pour les énoncés s8 et s6). Cet orthophoniste archétypique cherche surtout dans le bilan à vérifier une hypothèse diagnostique (*Z-score* de 1) à partir de ses connaissances. Nous observons également que la subjectivité du patient a ici une place très minime puisque cet archétype place la plainte fonctionnelle (s17) et la souffrance (s18) du patient tout en bas de son classement (*Z-scores* respectifs de -1.59 et -1.79).

3.2.3.2. ACP avec rotation Varimax

Le logiciel KADE propose par défaut en ACP le nombre de 8 facteurs. Il est ensuite possible de choisir le nombre de facteurs sur lesquels appliquer une rotation parmi ces 8. Nous avons donc exploré toutes les possibilités pour choisir celle dont les regroupements par *z-score* étaient les plus distincts, de façon que les archétypes apparaissent de façon claire. Le réel est complexe et il est toujours réducteur de le catégoriser, même si cela peut faciliter notre compréhension. Il en est de même ici : des résultats tendant vers des formes pures d'aspects de la construction de la norme auraient été suspects et probablement erronés. Après comparaison de différentes analyses de 2 à 8 facteurs, nous avons choisi une analyse à 5 facteurs, dont voici les résultats obtenus.

Tableau 8 : Facteurs avec items classés par z-score (ACP avec rotation Varimax)

Facteur 1		Facteur 2		Facteur 3		Facteur 4		Facteur 5	
Cot	Z-score	Cot	Z-score	Cot	Z-score	Cot	Z-score	Cot	Z-score
S17	1.55	S17	1.88	S17	1.54	S11	1.63	S11	1.59
S3	1.29	S18	1.61	S18	1.26	S12	1.32	S12	1.42
S12	1.15	S4	1.26	S19	1.17	S2	1.23	S17	1.36
S11	1.07	S13	1.06	S13	1.13	S3	1.19	S1	1.25
S6	0.89	S2	0.98	S5	0.97	S1	1.11	S4	0.61
S18	0.8	S1	0.82	S11	0.87	S17	0.91	S5	0.49
S1	0.78	S11	0.42	S12	0.77	S5	0.56	S16	0.46
S15	0.52	S16	0.33	S1	0.62	S18	0.46	S2	0.45
S8	0.48	S3	0.12	S6	0.43	S4	0.14	S6	0.4
S2	0.11	S19	-0.08	S8	0.01	S13	0.1	S13	0.39
S13	0.1	S12	-0.29	S2	-0.28	S19	-0.03	S8	0.01
S19	-0.4	S10	-0.43	S3	-0.39	S16	-0.3	S15	-0.14
S4	-0.41	S20	-0.49	S16	-0.45	S9	-0.57	S18	-0.14
S16	-0.58	S9	-0.77	S4	-0.62	S6	-0.91	S19	-0.84
S5	-0.82	S5	-0.82	S10	-0.72	S10	-0.94	S3	-1.1
S7	-1.14	S15	-0.85	S9	-0.94	S15	-1.01	S14	-1.1
S10	-1.24	S14	-1.06	S15	-1.05	S20	-1.15	S10	-1.14
S9	-1.26	S7	-1.18	S20	-1.35	S8	-1.19	S9	-1.29
S20	-1.29	S6	-1.21	S7	-1.48	S7	-1.26	S20	-1.29
S14	-1.58	S8	-1.33	S14	-1.49	S14	-1.27	S7	-1.4

Tableau 9 : Nombre de participants par facteur et degré de corrélation entre facteurs (ACP avec rotation Varimax)

Nombre de participants	43	132	48	63	153
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Facteur 5
Facteur 1	1	0.44	0.64	0.64	0.67
Facteur 2	0.44	1	0.53	0.66	0.5
Facteur 3	0.64	0.53	1	0.64	0.66
Facteur 4	0.64	0.66	0.64	1	0.67
Facteur 5	0.67	0.5	0.66	0.67	1

Nous avons surligné en rouge les données importantes relevées dans le tableau 8 afin de faciliter la lecture. Ces facteurs correspondent aux archétypes suivants :

- Archétype du facteur 1 : centré sur la plainte fonctionnelle (S17), elle accorde une grande importance à la notion de compétence (S3), ainsi qu'aux repères objectifs (S12), aux données chiffrées (S11).
- Archétype du facteur 2 : très à l'écoute du patient (S17, S18, S13), elle se repose aussi beaucoup sur son intuition et son expérience clinique (S4, S2, S1). Se fie très peu à la théorie et à l'avis des autres de façon générale (S7, S6, S8).
- Archétype du facteur 3 : le ressenti du patient est la première de ses préoccupations (S17, S18, S19, S13), puis elle confronte son hypothèse (S5) aux données du bilan (S11, S12, S1).
- Archétype du facteur 4 : place l'objectivité en haut de ses préoccupations (S11, S12), puis se sert de ses qualités cliniques (S2, S3, S1).
- Archétype du facteur 5 : vise l'objectivité (S11, S12) au service de la plainte fonctionnelle du patient (S17). Elle se repose aussi beaucoup sur ses qualités d'observations lors du bilan (S1, S4).

3.3. Données complémentaires

3.3.1. Influence de l'âge sur les choix d'items

Tableau 10 : Moyenne d'âge (arrondie au dixième) des répondants en fonction du premier choix d'item

Item	S20	S16	S8	S7	S2	S11	S18	S19	S13	S14	S12	S17	Moy. Ech.
Âge moyen	N C	3 5	3 5	3 6	3 7.6	3 8	3 8.4	3 8.7	3 9.1	3 9.3	3 9.4	3 9.7	4 0
Nombre de lettres places	N C	4	4	1	2 4	5 4	6 1	6	1 1	4	3 9	1 38	N C

Item	S1	S3	S6	S15	S5	S4	S9	S10
Âge moyen	41	41.7	42.7	42.7	45.3	45.8	49.6	55
Nombre de 1ères places	10	29	7	3	12	26	5	2

Nous avons surligné en rouge les énoncés ayant été choisis plus de 20 fois en première place du classement. Parmi les répondants, l'âge est assez proche de la moyenne de l'échantillon pour ceux qui ont classé S12 (repères objectifs) ou S17 (plainte fonctionnelle) en première place de leur classement. En revanche, les répondants ayant choisi S2 (sens clinique), S11 (données chiffrées) ou S18 (souffrance) ont entre un an et demi, et deux ans et demi de moins que la moyenne de l'échantillon. Dans l'autre sens, les répondants ayant choisi S3 (se sentir compétent) ont 1.7 ans de plus que la moyenne, et ceux ayant choisi S4 (données qualitatives) ont 5.8 ans de plus que la moyenne de l'échantillon.

3.3.2. Questions ouvertes

Les questions ouvertes « Voyez-vous d'autres facteurs notables qui influencent votre décision de prendre en charge ? » et « Avez-vous quelque chose à ajouter à propos de votre propre frontière entre normal et pathologique ? » ont donné lieu à un très grand nombre de réponses. Parmi ces réponses, nous avons observé un nombre conséquent de redites par rapport aux 20 affirmations, mais n'avons aucun moyen de savoir s'il s'agit d'oublis ou de moyens d'insister sur des points.

À propos de la première question ouverte sur les facteurs, nous ne reprenons pas ici les facteurs trop généraux (ex. : « facteurs de risque et facteurs de protection »), trop spécifiques (ex. : « déficit sensoriel »), ni les facteurs déjà sélectionnés dans les 20 items ou trop proches. Parmi ceux relevés de façon récurrente dans les questions ouvertes, nous pouvons ajouter le **potentiel d'évolution du patient**, l'**urgence de la pathologie**, la **sensibilité personnelle**, le **ressenti de l'orthophoniste**, les « **facteurs psychoaffectifs** » du patient, le **degré de prise de conscience des parents/aidants**, l'**implication des parents/aidants**.

Beaucoup de réponses relevées sont venues étayer la notion de **consensus avec le patient**, ou la compléter, comme celle de l'adéquation entre la proposition de l'orthophoniste et les besoins du patient, celle du temps que peut prendre l'émergence de la demande, ou celle des « *représentations culturelles étiologiques et thérapeutiques du/de la patient.e et de sa famille* ». La question de la motivation, du « *désir de prise en soin* », de l'implication, est aussi revenue si souvent qu'il aurait peut-être fallu la distinguer de celle du consensus. Une autre composante du consensus qui est revenue souvent est la nécessité d'établir une « *relation thérapeutique* » ou « *alliance thérapeutique* », basée sur la confiance. L'importance de l'autoévaluation a également été relevée plusieurs fois. Enfin, la notion d'autonomie est venue souvent compléter celle de la fonctionnalité. Parmi les éléments à ajouter à propos du normal et du pathologique (dernière question ouverte), nous n'avons pas relevé ceux qui répétaient de façon trop évidente ce qui a déjà été dit dans ce mémoire. En revanche, malgré un travail de sélection drastique, nous avons relevé un nombre conséquent de réflexions qui viennent enrichir notre questionnement :

- les notions de **continuum** et de **relativité de la norme** : « Elle est aussi floue que le continuum entre normal et pathologique. Plus j'acquiers de l'expérience, plus les écarts-types me semblent être des bornes arbitraires, plus les difficultés sociales, culturelles, économiques, psychosociales me paraissent interférer avec les cotations, plus les diagnostics sont difficiles à poser. D'une manière générale, les bilans

normés sont là pour ma tranquillité d'esprit. Ils me dédouanent face au patient et son dossier MDPH. Mais dans nombre de cas, je ne suis pas dupe de moi-même : j'ai beau me référer à la littérature, aux champs théoriques, à l'EBP toute-puissante (et si souvent inadaptée à notre métier !), j'ai beau tenter l'objectivité, la question de la frontière entre normalité est pour moi de plus en plus vive. D'ailleurs, suis-je une orthophoniste "normale" ? ».

- La **fonctionnalité** et le **relativisme culturel** sont revenus très souvent, et nous n'en citons ici que deux : « quels que soient les résultats "chiffrés" du patient, au bilan initial et surtout au bilan de renouvellement, s'il semble bien adapté à son environnement (social, linguistique, familial, ...) je considère que l'on n'est plus dans la pathologie. Nos cotations de bilan ne correspondent pas toujours à la réalité des quartiers dits défavorisés. C'est alors le sens clinique, la discussion avec la famille... qui nous montrent que le patient a acquis une bonne adaptation... et sa "pathologie" n'en est plus une, à ce moment-là (peut le redevenir) alors même que les résultats chiffrés montrent des décalages à la norme » ; « Plus le niveau socioculturel est élevé (du moins en neurologie), plus les normes sont obsolètes et ne reflètent pas les "difficultés" que le patient peut ressentir au quotidien ».
- La **relativité de la norme** : « Limite pas toujours très claire et dépendante du contexte social, de l'environnement du patient. Ayant exercé dans 3 pays différents, je ressens cette différence, la limite entre normal et patho n'était pas la même dans les trois lieux ! Et surtout s'adapter, partir de la demande du patient ! »
- La **normativité** du patient : « j'intègre de plus en plus le patient dans la décision, en le questionnant sur ses propres représentations, son analyse, ses besoins » ; « Définir ce qui est pathologique avec le patient ; un sigmatisme interdental peut se rééduquer, mais on peut vivre sa vie avec. Doit-on être parfait ? ou obtenir une fonctionnalité de vie ? Le pathologique commence là où le patient se trouve gêné au quotidien et entre dans la souffrance, quelle qu'elle soit » ; « Il est important de se référer à la norme statistique, en population générale, mais aussi à la "norme du patient" : travaillant en binôme avec une psychologue, en unité d'évaluation, j'apprécie d'avoir un aperçu du fonctionnement cognitif général du patient pour m'aiguiller dans mes hypothèses diagnostiques ».
- L'**évolutivité de la norme** : « Je pense que ma frontière entre normal et pathologique s'est un peu abaissée face à tous les patients que je vois, et qui rendent le pathologique un peu plus "normal", car je les vois tous les jours et vois ce qui fait d'eux des personnes comme les autres » ; « elle est évolutive » ; « Elle a évolué au cours de ma pratique du fait de mon expérience et de la pression (augmentation du nombre de patients, stagnation du nombre d'orthos, moins de RASED, désertification médicale) mais également de ma situation géographique (milieu socioculturel assez pauvre) » ; « C'est une notion qui a évolué tout au long de ma vie professionnelle, au fur et à mesure que j'ai appris de mes réussites et de mes erreurs, des retours de mes patients et de leurs proches, des nouvelles recommandations, des formations, des lectures, et aussi de l'enseignement aux étudiants qui oblige à réfléchir à sa propre pratique et à la rendre plus explicite... ».
- La **multiformité de la norme** : « cette frontière est multifactorielle. Elle est à la fois objective avec les résultats des tests et subjective selon le milieu, l'état psychologique, les différences interindividuelles... pour moi c'est le regard clinique du professionnel qui permet de croiser tous ces facteurs. Impossible de compter sur des éléments purement objectifs ! »
- L'idée d'une **construction** : « J'ai souvent conscience que c'est une construction qui varie dans ma carrière au fil de l'évolution des paradigmes épistémologiques et

de mon expérience. Il me semble que j'oscille constamment entre l'adhésion aux données objectives dont je dispose dans mes références professionnelles et leur remise en cause en fonction de la situation clinique complexe à laquelle je suis confrontée ».

- L'approche **globale du patient** : « La globalité du patient est à considérer notamment en cas de résultats « limites » » ; « Une analyse globale du patient doit être effectuée, deux bilans similaires peuvent conduire à 2 décisions différentes. Si on doute, on doit faire pencher la balance vers la rééducation, avec une nouvelle évaluation après une dizaine de séances. Celles-ci sont elles efficaces ? ».
- La **subjectivité** : « Je pense qu'il y a une part de subjectivité dans le fait de proposer une rééducation, liée au sens clinique, au ressenti du stade psychologique du patient (acceptation, déni des troubles), mais aussi liée à la relation créée, ce que le patient me renvoie de positif ou de négatif. Il peut m'arriver de prendre en soin des patients qui sont à peine en zone pathologique (selon l'étalonnage) ou proposer à d'autres de ne pas faire de rééducation alors qu'ils sont dans le rouge. Et je ne maîtrise pas totalement les raisons de ces propositions, ce n'est pas qu'une question de relation créée, car je reçois en rééducation des patients avec qui le contact n'est pas très bon.

Les notions relevées le plus souvent auront été : la fonctionnalité, la notion de continuum, la mobilité du curseur entre normal et pathologique liée à nos représentations, la relativité, la fragilité et la porosité de cette frontière.

DISCUSSION

« Des fois, je ne sais pas trop si on a le droit de dire qu'un homme est fou ou non. Des fois, je crois qu'il n'y a personne de complètement fou et personne de complètement sain tant que la majorité n'a pas décidé dans un sens ou dans l'autre. C'est pas tant la façon dont un homme agit que la façon dont la majorité le juge quand il agit ainsi ».

William Faulkner. *Tandis que j'agonise* (p. 221).
Paris : Gallimard

En cherchant un sujet de mémoire, la question qui nous a paru la plus fondamentale, parce qu'étant chronologiquement mais aussi hiérarchiquement le premier déterminant du travail d'orthophoniste, a été la question de la frontière entre normal et pathologique. Qu'y a-t-il de plus important pour un orthophoniste que de savoir comment et pourquoi il ou elle choisit de travailler avec tel patient ? En nous penchant plus sérieusement sur la question, nous avons rapidement été confronté à l'œuvre immense et fondatrice, quoique méconnue du grand public, de Georges Canguilhem. Cet auteur majeur, qui fut le maître à penser de sommités telles que Pierre Bourdieu ou Michel Foucault, fut l'un des premiers de l'histoire récente à se pencher de façon rigoureuse sur la question. Il amena un concept-clé dans la compréhension de ce qu'est la norme de santé : la normativité. Ce concept a permis d'amener le patient au cœur de la démarche de soin. Par le terme de patient, nous entendons ici bien plus qu'une simple cotation de résultats au cours d'un bilan, ou un simple recueil d'informations, mais bien le patient dans son entièreté, avec sa propre subjectivité, ses points de vue, ses états d'âme. **L'objectif de cette étude aura donc été d'amener le patient au cœur du processus diagnostique et de la démarche orthophonique en général.** Nous avons cherché à démontrer que la norme de santé était tout sauf une vérité absolue tombée du ciel, produit d'une science divine et désincarnée, mais bien une construction sociale, relative, évolutive, vivante. Nous avons postulé que la frontière entre normal et pathologique était un curseur sur un continuum, et que ce curseur était mobile dans tous ses aspects. L'acceptation de la part indéniable de subjectivité dans la construction de la norme permettrait alors de justifier un dialogue possible avec celle du patient. Nous nous sommes donc attelé à déconstruire les représentations et à **démontrer la grande variabilité des points de vue quant à la norme de santé, en établissant une caractérisation de ces différents points de vue.**

1. SYNTHÈSE DES RESULTATS

S'il a été plus difficile que prévu de construire des archétypes clairs d'orthophonistes, des modèles de construction des représentations de la norme de santé, les échanges auront en revanche été féconds et nous avons observé un réel engouement autour de la question. Qu'il s'agisse des entretiens ou de la somme considérable de données recueillies lors du questionnaire, il faudrait assurément plus de temps pour digérer convenablement les informations induites par ce travail. Cette étude aura tout d'abord montré que malgré le manque de littérature portant sur la norme en orthophonie, ce questionnement était plus répandu qu'il n'y paraissait et que les réflexions menées individuellement étaient riches. Nous avons également constaté un réel besoin de s'exprimer sur le sujet.

1.1. Les entretiens

Le plus difficile lors des entretiens aura été d'amener la question sans qu'elle ne paraisse trop absconse ou trop philosophique. Nous observons que les orthophonistes sont avant tout des pragmatiques, et il aura fallu enrober de concrétude un sujet qui ne l'est évidemment pas tant que ça. Il est impossible d'aborder un sujet aussi global sans prendre un minimum de recul et de hauteur. Par ailleurs, l'affirmation « les orthophonistes sont... » suivie d'une vérité, sera certainement ébranlée par ce travail. Nous verrons dès la sous-partie suivante qu'il est particulièrement délicat d'enfermer les orthophonistes dans des catégories. L'abord de la question en entretien n'aura donc pas été simple et il aura également été difficile d'amener les interrogées sur tous les terrains voulus sans être trop inductif, sans s'enfermer dans un « syndrome de la liste de courses ». En revanche, le contenu de ces entretiens s'est révélé riche, et il est évident qu'il aurait été utile d'en faire plus si nous avions eu plus de temps. Ces entretiens, qui ont porté sur les moteurs de la décision de prendre ou de ne pas prendre en charge, ont révélé des constituants de la frontière entre normal et pathologique que nous n'avions pas envisagé. Par exemple, nous pouvons citer les notions du coût cognitif ou de l'homogénéité des difficultés. Avec le recul et au vu des résultats obtenus lors du questionnaire (S14 est 19^{ème} / 20 items au classement moyen de l'échantillon), l'homogénéité des difficultés constituait plus le fruit d'une réflexion clinique personnelle. Cependant, la notion de coût cognitif est particulièrement pertinente et a permis d'ouvrir des pistes de réflexion.

L'essentiel du contenu des entretiens a été résumé lors de l'élaboration du *Q-sample*, puisqu'il s'agit là d'un condensé des grands axes abordés. Si nous devons ne retenir que le point le plus important, il s'agirait de la **fonctionnalité**, ce qui a par ailleurs été largement confirmé lors de la passation du questionnaire (S17 classé 1^{er} dans le classement général). En effet, pour les trois interrogées, le point central sur lequel s'articulait toute la réflexion de qui prendre ou ne pas prendre en charge, a bien été la plainte fonctionnelle. Il en est de même en cours de rééducation. La décision d'une fin de prise en charge a semblé reposer essentiellement sur le fait qu'un patient se sente ou non fonctionnel dans sa vie quotidienne.

Pour Mme S. comme pour beaucoup d'autres orthophonistes, la **norme de santé est d'abord fonctionnelle** et elle évolue en parallèle au cours du temps dans le regard de l'orthophoniste. Son point de vue est évolutif, et Mme S. a notamment une approche intéressante de ce qu'est l'intuition clinique. Selon elle, l'intuition est une somme des expériences passées, et fonctionne comme une sorte de système de « clignotants ». Elle entend par là qu'elle devient au fil du temps plus ou moins sensible à certains indicateurs en affinant son sens clinique. Ses représentations évoluent donc, mais aussi sa sensibilité clinique. Elle a également une conscience aiguë de l'influence que peut avoir son propre discours sur les

représentations du patient, d'où la nécessité de « *renvoyer du positif* » mais surtout d'ajuster son discours. Nous retrouvons ici la notion d'internormativité évoquée dans la partie théorique : **les représentations de la norme interagissent et s'influencent mutuellement** entre les deux protagonistes. Dans un second temps, la plainte fonctionnelle du patient et l'intuition clinique de l'orthophoniste doivent tout de même être confirmées par des chiffres, essentiellement pour légitimer une prise en charge auprès du médecin prescripteur et des autres professionnels de santé. Comme nous l'avions supposé, **l'objectivité scientifique est avant tout ici un moyen de légitimation.**

Pour Mme M., **l'objectivité du bilan et la subjectivité du patient doivent se confronter.** Chez elle, l'objectivité est un but en soi et est un constituant important de ce que doit être un professionnel de santé. Néanmoins, il faut nécessairement combiner objectivité et subjectivité pour aboutir à la prise de décision. De la même façon, le travail de l'orthophoniste repose selon elle sur une **dialectique permanente entre théorie et pratique.** Elle considère que la norme est avant tout une question « *d'incidence sur le quotidien du patient* » à laquelle il faut combiner les données chiffrées. La norme est donc, tout comme pour Mme S, **statistique et fonctionnelle** à la fois. Elle exprime quelques difficultés à définir ce qu'est la norme de santé, car il faut selon elle éviter tout a priori lorsque l'on se confronte à un nouveau patient, et donc éviter de chercher à trop définir ou catégoriser en amont.

Pour Mme C., un patient normal est un patient « *fonctionnel et communicant* ». La norme est donc pour elle avant tout linguistique et fonctionnelle. Elle confronte la plainte du patient aux repères objectifs (surtout la chronologie de développement) donnés par les bilans et la littérature, mais ne prend en charge que si elle aboutit à un **consensus avec le patient** qui repose sur une rencontre des subjectivités. De plus, elle insiste sur la notion de « *zone de fragilité* » qui rejoint celle de continuum. À travers les notions de consensus et de fonctionnalité, elle aborde sans le nommer le concept de **normativité**, en décrivant la norme de santé comme un état que le patient atteint lorsqu'il se sent en adéquation avec lui-même et le monde qui l'entoure.

Il y a donc trois points de vue différents. La première confronte la plainte à son intuition clinique, puis emploie l'objectivité comme moyen de légitimation. La deuxième confronte objectivité du bilan et subjectivité du patient, mais ne prend pas en charge si les données objectives ne confirment rien. La troisième plaide pour un nécessaire consensus avec le patient. Toutefois, la prééminence de la plainte fonctionnelle dans la décision, combinée à une approche toujours dialectique, est venue confirmer notre postulat interactionniste : il faut écouter la façon dont le patient ressent ses difficultés ou troubles au quotidien pour entamer un dialogue et situer ensemble le curseur du normal au pathologique. Nous avons là tous les ingrédients de ce que nous avons nommé en introduction l'**internormativité**. Les notions de continuum, de relativité et d'évolutivité des normes sont aussi revenues au cours des trois entretiens. Cela renforce l'hypothèse selon laquelle la norme serait avant tout une représentation, et permet de se détacher de toute notion de vérité.

1.2. Le questionnaire

Le questionnaire regroupe le *Q-sort* et les questions annexes, qui auront aussi été des sources d'informations importantes. Il ressort des données recueillies que l'orthophoniste moyenne de notre échantillon est une femme de 40 ans exerçant en libéral ou mixte depuis 15 ans. Elle place la plainte fonctionnelle (S17 en 1^{er}) comme principal moteur de sa décision de prise en charge, puis accorde une grande importance à l'analyse de données (chiffrées [S11 en 2^{ème}] et qualitatives [S1 en 3^{ème}]) pour les comparer à des repères objectifs (S12 en 4^{ème}). Elle prend en compte la souffrance du patient (S18 en 5^{ème}), et se fie à son sens clinique (S2 en 6^{ème}) pour

identifier les potentialités et les fragilités du patient (S13 en 7^{ème}). Nous notons qu'elle se sent légitime et autonome (items de la norme régulière en moyenne en 14^{ème}), et que sa décision ne dépend que rarement de l'avis des autres professionnels (S7 en 20^{ème}). Nous savons bien entendu que tout comme l'Homme moyen de Quételet, cette orthophoniste est certainement caricaturale, voire n'existe pas vraiment. En revanche, il est utile de garder en tête cette hiérarchisation des énoncés.

L'analyse factorielle (*centroid method* avec rotation *judgemental*) nous a montré qu'en réalité, il existait au minimum deux archétypes d'orthophonistes. La première, majoritaire (375 participants), qui ressemble assez fortement à l'orthophoniste moyenne que nous venons de décrire, ainsi qu'aux interviewées Mme S. et Mme C., a une approche globale confrontant le patient et les données du bilan. Cette approche peut être considérée comme s'inscrivant dans le modèle biopsychosocial, parce qu'elle considère en premier lieu la fonctionnalité, c'est-à-dire qu'elle prend en compte le patient en interaction avec son propre milieu, puis intègre dans un second temps les données du bilan. Une deuxième orthophoniste archétypique, plus marginale (64 participants), s'inscrit totalement dans une démarche biomédicale, en misant avant tout sur une réflexion en amont de ce que pourrait être le patient. La norme de santé est ici bien plus fixe, parce que conçue en amont de la rencontre. Nous notons qu'ici, la plainte fonctionnelle (S17) et la souffrance du patient (S18) sont reléguées aux dernières places du classement. Cette opposition de pratiques avait été supposée dans la partie théorique de l'étude. Ce qui n'avait pas été anticipé, c'est le degré de prééminence du modèle biopsychosocial sur le modèle biomédical dans les pratiques : presque 6 fois plus d'orthophonistes s'inscrivent dans le premier.

La seconde analyse factorielle (ACP avec rotation Varimax) a permis d'affiner quelque peu, mais les facteurs identifiés ont alors été plus difficiles à catégoriser, quel que soit le nombre de facteurs choisis. La répartition la moins floue est apparue avec une analyse en 5 facteurs. Nous avons ici regroupé ici les orthophonistes qui plaçaient la plainte fonctionnelle à la première place de leur classement dans la catégorie biopsychosociale, et ceux qui plaçaient les données chiffrées et les repères objectifs aux deux premières places de leur classement dans la catégorie biomédicale. Il est réducteur de les enfermer dans ces catégories, car il existe bien entendu un continuum entre ces deux pratiques. Toutefois, il nous a semblé que s'opposaient là deux visions, l'une plus factuelle et visant l'objectivité en confrontant le patient à des normes préétablies, et l'autre, plus globalisante, prenant en compte la subjectivité du patient pour co-construire une norme adaptée au patient. La matrice de corrélation entre énoncés et les visualisations de l'ACP ont confirmé cette **opposition** entre deux visions et ont aussi montré une **grande variabilité dans les classements**. Selon cette opposition nette entre deux modèles et les 5 facteurs de l'ACP avec rotation Varimax, nous avons relevé les archétypes suivants :

Tableau 10 : Archétypes (selon une ACP avec rotation Varimax en 5 facteurs)

Modèle biopsychosocial	Modèle biomédical
<ul style="list-style-type: none"> • La prudente : écoute le patient, confronte plainte fonctionnelle et données du bilan, doit se sentir compétente pour prendre en charge (Facteur 1 avec 43 personnes) • L'intuitive : se fie peu à la théorie, mais est très à l'écoute de sa propre intuition clinique et du ressenti du patient (Facteur 2 avec 132 personnes) • L'interprète : se centre sur le patient et pose une hypothèse à vérifier par les données du bilan (Facteur 3 avec 48 personnes) 	<ul style="list-style-type: none"> • L'experte : confronte les données objectives du bilan à sa propre expertise clinique (Facteur 4 avec 63 personnes) • La pragmatique : met l'objectivité du bilan au service d'une plainte fonctionnelle (Facteur 5 avec 153 personnes)

Nous avons également observé **trois pôles de corrélations** : les énoncés centrés sur **l'analyse de données et l'objectivité** (S11, S1, S12), ceux centrés sur **le patient** (S18, S17, S13), et enfin ceux centrés sur **l'adaptation** (S7, S10, S9, S20) de la part de l'orthophoniste.

Si une orthophoniste accorde de l'importance aux données chiffrées (S11), elle accordera souvent de l'importance aux données qualitatives (S1) et aux repères objectifs (S12) donnés par la littérature. De la même manière, une orthophoniste pour laquelle la souffrance du patient (S18) est un moteur important de sa décision, accordera souvent de l'importance à la plainte fonctionnelle (S17) et cherchera à identifier les potentialités et les fragilités du patient (S13). Enfin, une orthophoniste qui a tendance à s'informer autour d'elle avant de prendre une décision (S7 et S10) aura aussi tendance à adapter sa décision en fonction d'autres éléments extérieurs comme les moyens et ressources dont elle dispose (S9) et prendra en compte le milieu plus ou moins difficile du patient (S20).

Un dernier point quant à la nature des corrélations relevées : les caractéristiques de la population interrogée avec le questionnaire n'auront pas permis de vérifier une corrélation fiable avec la zone géographique, puisque la répartition par région était bien trop inégale. Et si nous ne pouvons pas, grâce à ces données, affirmer avec certitude que l'âge influe sur la façon dont se construisent les représentations de façon générale, nous pouvons en revanche relever des éléments intéressants : les plus jeunes semblent avoir une tendance à placer plus haut dans leurs classements le sens clinique (S2), les données chiffrées (S11), et la prise en compte de la souffrance du patient (S18), tandis que les plus âgés aux données qualitatives (S4) et à la notion de compétence (S3). L'énoncé qui semble être le plus corrélé à l'âge est celui se rapportant aux données qualitatives avec un écart de 5.8 années de plus que la moyenne de l'échantillon. Il est difficile de trouver une explication quant à la nature des énoncés cités comme étant liés à l'âge, puisqu'ils sont très différents les uns des autres et très peu corrélés entre eux (voir matrice plus haut), mais nous pouvons affirmer que **l'âge a une influence sur le choix de 5 énoncés sur 20**.

2. DIFFICULTES RENCONTREES ET LIMITES DE L'ETUDE

2.1. Choix et délimitation du sujet

La première difficulté rencontrée aura été de délimiter clairement le sujet. Si la question de la norme nous apparaît comme centrale depuis très longtemps, le fait de la transformer en un sujet adapté à la formation en orthophonie aura été bien plus compliqué. Nous souhaitons apporter un bagage anthropologique et philosophique pour considérer la question sous sa forme la plus pure, sans avoir à nous encombrer de considérations pratiques. Cette envie première s'est heurtée aux contraintes données par le CFUOS : ne pas faire de mémoire bibliographique ; soumettre un travail concis et ayant le plus possible une application concrète. Le caractère fondamental de la question étant indissociable de son aspect épistémologique, le champ des possibles quant à ce travail nous a tout d'abord semblé se restreindre considérablement.

Afin de nous adapter aux contraintes de l'exercice, nous avons donc choisi de nous orienter vers les implications de la pose de diagnostic, qui nous semblait être le point-clé d'une mise en pratique de la norme de santé, à travers l'étiquetage normal/pathologique. Il s'agit là d'un point de bascule qui nous semblait essentiel et nous souhaitons travailler sur ce qui permet de construire les normes diagnostiques. Après un premier travail d'écriture et une discussion avec les directrices du mémoire, il nous est apparu que trop de facteurs annexes entraient en jeu dans ce processus. La résolution a donc été prise de réorienter le travail vers les moteurs de la décision de prise en charge. La différence peut sembler subtile, mais il a été difficile de remodeler une réflexion et un travail qui étaient en cours depuis plusieurs mois déjà. Ce contretemps aura été amplifié par notre méconnaissance du monde de la recherche, qui nous aura conduit à travailler premièrement de façon trop isolée. Cela a été rectifié à la demande de nos directrices, et la suite du travail, plus riche d'échanges, aura été bien plus productive et enrichissante.

2.2. Adaptation de la méthodologie Q

Encore une fois, il aura été difficile de conjuguer théorie et pratique. Bien qu'il y ait des variations dans les pratiques de la méthodologie Q, la méthode la plus couramment employée impliquait d'effectuer des passations de *Q-sort* sous forme d'échelle de Likert (« tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », etc.) et en loi quasi-normale (plus d'éléments au centre et moins aux extrémités). Après avoir recensé et testé 24 logiciels et outils, il s'est avéré que soit les moyens disponibles étaient trop chers, jusqu'à 500 \$ pour Q-Assessor par exemple, soit obsolètes, soit inadaptés à une diffusion massive, soit nécessitant des notions de codage que nous n'avons toujours pas. Nous avons donc opté pour une combinaison entre une diffusion sur l'application en ligne « Eval and Go » et le logiciel KADE pour l'analyse. Ces deux outils se sont finalement révélés puissants et intuitifs, mais il aura fallu adapter quelque peu la méthode. Le fait d'effectuer un classement complet de 1 à 20 plutôt qu'un classement de 1 à 5 sur une échelle de Likert aura grandement compliqué l'analyse statistique. Le classement pour lequel nous avons opté, même s'il nous est finalement apparu plus précis, présente aussi le défaut d'accentuer un risque de classement chronologique, plutôt que par ordre de priorité.

2.3. Distinction enfants/adultes

Une dernière limite au questionnaire, que nous n'avions simplement pas anticipée, est le fait de ne pas avoir différencié les enfants des adultes pour la décision de prise en charge. Cette requête est revenue quelques fois de la part des interrogés, et il aurait peut-être été judicieux de faire la distinction. Néanmoins, une question se serait alors posée, celle des traits distinctifs à choisir : aurait-on dû distinguer selon l'âge ? Le degré d'autonomie ? Le niveau intellectuel ? Il est évident que la posture de l'orthophoniste change en fonction de la nature du patient, mais il aurait alors fallu faire un choix, dont la pertinence demanderait à être évaluée en amont. C'est un travail qui aurait peut-être permis d'affiner l'étude.

3. POINTS FORTS DE L'ETUDE

3.1. Échantillon

Une intense campagne a été menée avec près de 2000 mails envoyés et une large diffusion sur les réseaux sociaux. Cela a permis d'obtenir beaucoup de réponses, par la taille de l'échantillon, mais aussi par le taux de remplissage du questionnaire par les orthophonistes : sur les 2484 personnes ayant reçu le lien par « Eval and Go » ou cliqué sur ce lien via les multiples partages sur les réseaux sociaux, 442 personnes ont rempli entièrement le questionnaire (439 répondants après nettoyage des données), soit 17,7 %. Un autre point fort de l'échantillon, qui est lié à sa taille, est la ressemblance avec les moyennes nationales. Même si les quotas par région n'ont pas pu être pris en compte, cela démontre une belle représentativité, et renforce la fiabilité des données recueillies.

3.2. Volume de données recueillies

Grâce à la taille de l'échantillon, le volume de données recueillies aura été considérable. Par exemple, le fait d'avoir pu établir une corrélation, même relative puisque très ciblée, entre l'âge et les choix d'énoncés, n'aura été possible que grâce au volume de données. Pouvoir obtenir un nombre suffisant de personnes ayant choisi un item en particulier (en première place) sur 20 possibles n'était pas chose aisée. De la même façon, plus l'échantillon est important, plus les contrastes sont marqués dans l'analyse factorielle grâce aux rotations. Cela nous aura donc permis de voir de façon plus nette les profils se dessiner, notamment dans les nuages de points de l'ACP.

3.3. Analyse factorielle

L'analyse factorielle (double) aura été exigeante à aborder parce que nouvelle pour nous, mais elle aura permis d'obtenir une analyse bien plus intéressante que si nous nous étions limité à des calculs plus basiques. Les matrices de corrélation, le nuage de points de l'ACP, mais aussi le calcul de facteurs à proprement parler, nous auront donné une vision claire, exploitable et pertinente. La méthodologie Q et son type particulier d'analyse se seront révélés particulièrement efficaces pour extraire de la subjectivité à partir de données quantitatives, et déterminer des archétypes.

4. LE MODELE BIOPSYCHOSOCIAL EN PRATIQUE AUJOURD'HUI

Nous avons constaté dans cette étude une prééminence du modèle biopsychosocial puisque 6 fois plus d'orthophonistes peuvent être regroupés sous cette dénomination. Pour ne citer que ces exemples, les deux pratiques les plus emblématiques du modèle biopsychosocial aujourd'hui sont l'Evidence-Based Practice (EBP) et l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).

4.1. L'Evidence-Based Practice

L'EBP est une démarche clinique dont les principes ont été initialement développés en médecine (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992 *in* Willems et al., 2020 ; Sackett et al., 1996 *in* Willems et al., 2020), puis adaptées à un nombre croissant de disciplines, dont l'orthophonie (Hoffmann et al., 2013 *in* Willems et al., 2020). Sylvie Willems et collaborateurs définissent l'EBP comme étant « *l'utilisation de sources d'informations différentes et complémentaires pour prendre les meilleures décisions concernant les soins de patients individuels* ». Partant de ce principe, l'EBP se fonde sur quatre piliers à prendre en compte lorsque l'on exerce une profession de santé : les dernières avancées de la **recherche scientifique**, l'**expertise clinique**, que l'EBP distingue de l'expérience clinique, les **valeurs et préférences du patient**, et enfin le **contexte** dans lequel le praticien évolue. En EBP, toute prise de décision clinique doit être le fruit d'une interaction entre ces quatre facteurs (Willems et al., 2020).

4.2. L'Éducation Thérapeutique du Patient

La Haute Autorité de Santé définit l'ETP comme étant un « **ensemble** coordonné d'activités d'**éducation** destinées à des **patients** et à leur **entourage** et animées par une **équipe** de professionnels de santé avec le concours d'autres acteurs (éducateur en activité physique adaptée, psychologue, patient expert, etc.) » (HAS, 2007 *in* Roublot, 2021). Cette démarche globale et pluridisciplinaire vise à établir un programme **personnalisé** pour le patient et son entourage (HAS, 2007 *in* Roublot, 2021). Les objectifs de l'ETP sont d'obtenir de la part du patient des compétences d' « autosoins » et d' « adaptation ». En pratique, après avoir proposé au patient un programme d'ETP, ce dernier se déroule en 4 parties : « **élaborer un diagnostic éducatif** », « **définir un programme personnalisé d'ETP** », « **planifier et mettre en œuvre les séances** d'éducation thérapeutique du patient collective et/ou individuelle », qui durent généralement 30 à 45 minutes, et enfin « **réaliser une évaluation individuelle** ». Ce modèle de pratique est construit dans une perspective d'éducation, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas uniquement d'informer le patient, mais bien qu'il entre dans une démarche d'appropriation. Si cette méthode est centrée sur le patient, elle n'en est pas moins formalisée avec des séances préparées en amont et la tenue d'un dossier d'éducation individuel (Roublot, 2021). Frédérique Brin-Henry est l'une des pionnières de l'ETP en France.

5. VERS UN RENOUVEAU DU MODELE BIOMEDICAL ?

L'essor des neurosciences est en train de démystifier le fonctionnement du psychisme humain. L'éclaircissement des liens de causes à effets par la compréhension du fonctionnement cérébral verra certainement naître un regain du modèle biomédical, puisqu'il sera plus facile de penser en amont des méthodes permettant d'agir sur ces causes. Le fonctionnement cérébral entre bien évidemment en jeu dans toutes les pathologies orthophoniques, mais l'impact de ces nouvelles connaissances reste à évaluer.

Bien que l'émergence du terme de neurosciences date de la fin des années soixante, cette discipline connaît un développement fulgurant depuis les années quatre-vingt-dix. Une telle révolution a bien entendu d'importantes conséquences dans tous les domaines et peut bouleverser notre compréhension de l'humain. Le neurobiologiste et directeur de recherches au CNRS Hervé Chneiweiss pense notamment que cela pourrait remettre en question la notion d'intention ou de volonté personnelle, et par conséquent il écrit : « *non seulement ceci peut modifier l'approche légale de la responsabilité individuelle à la suite de tel ou tel acte, mais cela va remettre en cause la « normalité » ou « l'anormalité » de certains comportements »* (Chneiweiss, 2011). Il conseille également de **se méfier de l'affirmation du continuum entre normal et pathologique** parce qu'elle justifierait la vente et la promotion de « *médicaments de confort* » agissant sur le cerveau. Pour répondre à ces questions nouvelles est née la neuroéthique. Cette discipline récente s'interroge sur toutes les remarquables avancées envisageables dans le domaine des maladies psychiatriques, ou celui des pathologies neurodégénératives par exemple, mais aussi sur des questions plus purement éthiques telles que le « *cerveau augmenté* ». Si ces avancées, bien exploitées, pourraient améliorer les « *programmes d'éducation des enfants* » ou bien « *favoriser la communication* », elles pourraient aussi bien « *conduire à des tentatives de contrôle du comportement des individus ou de certains groupes, par exemple pour inciter à certaines consommations par une publicité plus efficace, ou stigmatiser et exclure certains « déviants » considérés comme « prédestinés » et « incurables »* » (Chneiweiss, 2011).

6. ANALYSE REFLEXIVE

6.1. Ce que prendre en charge veut dire

6.1.1. La « Labelling theory » (Becker, 1985 [1963])

Le sociologue Howard Becker, fer de lance du mouvement interactionniste et de l'École de Chicago²², s'est interrogé sur ces « *déviants* », dont parle Chneiweiss. Ces individus, qui transgressent volontairement ou pas les normes, sont considérés comme étrangers au groupe, d'où le titre de l'ouvrage majeur de Becker : « *Outsiders* ». Selon lui, le sens du titre de son livre est à double sens : le transgresseur est un étranger, un « *outsider* » pour le groupe, et inversement l'individu étiqueté comme tel peut estimer que ses juges sont « *étrangers à son univers* » (Becker, 1985 : 25).

22 Influence majeure du mouvement biopsychosocial, comme nous l'avons vu en introduction.

En définissant les différents types de déviations possibles, Becker commence par la conception la plus simple selon lui, à savoir la **déviante** « *statistique* » : « *est déviant ce qui s'écarte par trop de la moyenne* » (Becker, 1985 : 28). Il ajoute ensuite : « *une conception moins simple et beaucoup plus répandue de la déviance, reposant à l'évidence sur une analogie médicale, définit la déviance comme quelque chose d'essentiellement pathologique, qui révèle la présence d'un « mal »* » (Becker, 1985 : 29). Puis il écrit : « *la métaphore médicale limite le jugement tout autant que la conception statistique. Elle accepte le jugement profane sur ce qui est déviant et, par l'usage de l'analogie, en situe la source à l'intérieur de l'individu, ce qui empêche de voir le jugement lui-même comme une composante décisive du phénomène* » (Becker, 1985 : 30). Selon lui, **la déviance associée au pathologique n'est pas liée à la nature même de l'étiqueté mais plutôt à la nature du juge et aux caractéristiques du jugement**. Il est à préciser qu'il ne parle pas ici de pathologique au sens strict, mais bien de la représentation qui en émane. Il complète en parlant des sociologues de la déviance : « *ils font une distinction entre les aspects d'une société qui, favorisant la stabilité, seraient « fonctionnels », et ceux qui, rompant la stabilité, seraient « dysfonctionnels »* » (Becker, 1985 : 31)²³. Nous revenons donc ici à la *norma* évoquée en introduction, en complétant : le déviant est celui qui, directement ou pas, **perturbe la stabilité d'une structure par son manque de fonctionnalité**. Si ces normes sont liées à la structure à laquelle elles appartiennent, en l'occurrence à la société ou à un groupe social particulier, elles ne sont pas non plus appliquées de la même manière à tout le monde, en fonction du degré d'intégration de l'individu à cette structure. La norme est donc ici **l'organe d'un système**. Considérant que tout individu appartenant à ce système interagit également avec lui, et se construit individuellement en lui, Becker développe la théorie qui le rendra célèbre : la *labelling theory*²⁴. Si l'action de l'étiquetage entraîne une étrangeté à double sens, du juge vers le transgresseur, mais aussi du transgresseur vers le juge, il en est de même pour les représentations qui découlent de cette action : le juge renforce le sentiment d'étrangeté qu'il a vis-à-vis de l'individu qu'il a lui-même étiqueté, et de la même manière, l'étiqueté renforce son comportement déviant par un processus d'identification à son étiquette. C'est par exemple le cas des punks, des impressionnistes, ou bien des chiennes de garde qui se sont appropriés une dénomination insultante pour en faire une identité. Ce processus d'identification interactive et renforçatrice à son étiquette est présent partout : à l'école, dans le monde du travail, dans le milieu de la santé.

L'idée qui nous intéresse ici, parce qu'elle est utile à la clinique orthophonique, est que **le patient devient lui-même acteur de son propre étiquetage**. Une fois étiqueté comme « pathologique » ou plutôt devrait-on dire « non fonctionnel » au sein d'une société ou d'un groupe, l'individu a de grandes chances de renforcer son comportement pathologique, en réaction à son étiquetage. Nous excluons bien évidemment ici la part organique des pathologies, mais la représentation de la part du patient vis-à-vis de lui-même et de sa pathologie est une donnée importante à prendre en compte, surtout dans les difficultés excluant toute cause organique. **L'étiquetage n'est pas anodin, il a un impact sur la représentation que le patient a de lui-même.**

23 Becker fait ici référence au concept de désorganisation sociale.

24 Il ne revendique pas la paternité de l'expression, et s'en dit même insatisfait. Néanmoins, la théorie qui y est aujourd'hui associée est bien la sienne.

6.1.2. La santé comme instrument de pouvoir

L'impact de l'étiquetage sur le patient suppose un pouvoir entre les mains de l'orthophoniste. La figure d'autorité qui vient immédiatement à l'esprit de quiconque se penche sur la question du lien entre **pouvoir et santé** est Michel Foucault. Dans son ouvrage *Naissance de la clinique*, il s'intéresse à l'épistémologie de la médecine, en défendant l'idée que la **pathologie est socialement construite** et qu'elle est donc intimement liée à un contexte historique. Il explique que les maladies dépendent avant tout du regard des médecins et écrit notamment « *cet ordre du corps solide et visible n'est cependant qu'une des manières pour la médecine de spatialiser la maladie. Ni la première sans doute ni la plus fondamentale. Il y a eu et il y aura des distributions du mal qui sont autres* » (Foucault, 2020 : 19). Il ajoute plus loin : « *la coïncidence exacte du « corps » de la maladie et du « corps » de l'homme malade n'est sans doute qu'une donnée historique et transitoire* » (Foucault, 2020 : 19). En retraçant l'historique du « *regard médical* »²⁵ moderne, il démontre premièrement le **relativisme de l'interprétation des faits cliniques**, souvent considérés à tort comme des vérités objectives. Il décrit trois périodes historiques entre la fin du XVIII^{ème} et le début du XIX^{ème} qui ont donné lieu à trois paradigmes différents : la médecine des espèces ; la médecine des épidémies ; de la médecine clinique et de l'anatomie pathologique. Partant du constat que ces trois périodes correspondaient à trois conceptualisations différentes, il démontre deuxièmement que si **l'interprétation des faits cliniques est soumise au « regard médical »** et non à l'objectivité scientifique, cela suppose que le médecin jouisse d'un certain pouvoir vis-à-vis de ses patients. Il révèle alors les processus par lesquels le pouvoir médical se consolide notamment par une médicalisation de la société et par une professionnalisation de la médecine moderne. Il décrit par exemple comment durant la période de la médecine des épidémies, nous sommes passés d'un but curatif à un but normatif. À partir de ce moment charnière, la médecine ne se limite plus à soigner mais vise à créer de nouvelles normes d'habitudes de vie et de comportements. C'est ainsi que l'expertise médicale voit son poids grandir au sein de la société. De nos jours, à l'ère des « alicaments » et des coachs santé/bien-être, il semblerait que Foucault avait vu juste à propos de la médicalisation de la société. Avec une patientèle nombreuse et variée, **l'orthophoniste dispose d'un pouvoir normatif** conséquent, qu'elle doit questionner afin de déterminer ce qui doit guider son action.

6.2. La liberté du thérapeute

6.2.1. « *L'obéissance à la loi qu'on s'est prescrite est liberté* » (Rousseau, 1996 [1762])

L'orthophoniste dispose d'un pouvoir normatif, et édicter des normes ou s'y soumettre revient à s'interroger sur sa liberté. Rendons à Rousseau ce qui appartient à Rousseau, la maxime du titre de la sous-partie est tirée du *Contrat Social*. Il semblerait que la formule ait inspiré la réflexion de Kant sur les questions de **l'indépendance** et de **l'autonomie** dans sa *Critique de la raison pratique*. Nathalie Leblanc, dans sa thèse de philosophie intitulée « *La liberté du thérapeute : de l'assujettissement à l'autonomie* », place ces deux concepts aux fondements de ce qu'est la liberté du thérapeute.

25 Certaines versions éditées de l'ouvrage s'intitulent *Naissance de la clinique : archéologie du regard médical*. Ce titre montre de façon bien plus claire les intentions de l'auteur, mais ce n'est pas le cas dans l'édition de 2020.

Chez Rousseau, « *renoncer à sa liberté, c'est renoncer à sa qualité d'homme* » (Rousseau, 1996). La liberté est ce qui caractérise l'être humain, et donner sa liberté sans contrepartie est selon lui « *une chose absurde et inconcevable* » (Rousseau, 1996). Toutefois, il distingue d'une part la **liberté naturelle**, qui est celle de l'Homme sans lien social, sans autres limites que son propre désir, et d'autre part la **liberté morale**, qui résulte de l'obéissance aux lois et qui s'oppose à l'esclavage aveugle de « l'appétit ». La seconde forme de liberté est selon lui le seul chemin possible vers l'autonomie véritable. Viser l'autonomie passe donc par le contrôle de ses impulsions, et par le choix conscient des règles auxquelles s'astreindre. Cette définition implique de considérer l'individu au sein du groupe ou de la société, et donc de se positionner face aux limitations induites par la volonté générale, pour pouvoir adopter une posture responsable vis-à-vis de cette dernière. **La liberté est ici indissociable de l'intérêt commun.**

Kant fixe quant à lui comme déterminants de l'action ce qu'il nomme des *impératifs hypothétiques*, employant l'action vers un but défini au préalable, que l'on désire (donc détachés de la morale), et des *impératifs catégoriques*, qui représentent l'action comme objectivement nécessaire en elle-même. La dimension morale de *l'impératif catégorique* est le moteur de l'accès à la connaissance et un guide de notre action. En d'autres termes, **le thérapeute, pour être libre, indépendant et autonome, doit se fixer lui-même des impératifs guidés par la morale.** Cette définition de ce qui doit être selon Kant est un principe fondateur de l'éthique, et permet au thérapeute d'identifier ce qui doit déterminer son action.

6.2.2. « *La liberté du thérapeute est indissociable de celle du patient* » (Leblanc, 2010)

Selon Nathalie Leblanc, l'**indépendance** peut tout d'abord correspondre à une non-dépendance vis-à-vis d'autrui. Cette conception négative de la notion aboutit à exclure l'Autre, voire à s'exclure soi-même. En effet, si l'on considère ne serait-ce qu'en partie, l'être humain comme la somme des rencontres qu'il a faites au cours d'une vie, viser la totale non-dépendance à l'Autre serait un non-sens. Nous sommes des animaux sociaux et ne pouvons échapper à l'altérité qui nous relie au monde et à nous-même. Puisque par ailleurs, comme nous venons de le voir, le propre de l'Homme est d'être libre, la clé de la question est donc de savoir comment définir son indépendance et son autonomie, face à un Autre indissociable de nous-même. L'idée que défend Nathalie Leblanc à ce propos, et qui rejoint les positions de Kant et de Rousseau, est d'**obéir à une loi fixée par soi et pour soi.** L'indépendance peut alors être considérée en son sens positif : « *la détermination par soi-même, l'action autonome* » (Bruaire in Leblanc, 2010). Le terme le plus adéquat serait donc l'**autonomie.** Cela revient à nous considérer comme des êtres pensants, capables de nous imposer nos propres lois, mais adaptées à l'Autre. L'Autre étant indissociable de nous-même, ce dernier est logiquement à considérer de la même manière, en tant que personne singulière ayant une volonté propre. **Il s'agit avant tout ici d'être sujet et non objet, élément passif de sa pratique.**

6.3. L'altérité du patient

6.3.1. « *Qu'est-ce que cela fait d'être une chauve-souris ?* » (Nagel, 1974)

La science, et par extension la méthodologie scientifique, se veut rationnelle, objective, impersonnelle. L'expérience, et par extension l'expérience clinique, se veut quant à elle a priori purement subjective, vécue individuellement. Thomas Nagel, professeur de philosophie et de droit à l'université de New York, oppose ces deux points de vue comme modes d'accès à la conscience. Dans un article qui l'a rendu célèbre en 1974, « *What is it like to be a bat ?* », il

défend l'idée qu'une expérience ne peut être réduite à une simple activité neuronale, et qu'il nous est donc parfaitement impossible de savoir ce que peut ressentir ou expérimenter une chauve-souris. Face au courant physicaliste réductionniste, dominant à cette époque et toujours en vogue aujourd'hui, qui réduit l'expérience à une série de réactions physico-chimiques de l'activité cérébrale, il oppose l'idée d'une *subjectivité spécifique* à chaque type d'organisme conscient. Cette subjectivité est donc inaccessible à tout autre individu, même par la science. En bref, il définit la subjectivité comme étant le point de vue d'un organisme vivant sur le monde.

Thomas Nagel explique également que les états subjectifs et qualitatifs (les *qualia*) qu'un organisme vivant pourrait ressentir sont une perspective *spécifique*, c'est-à-dire que la *conscience phénoménale* (vécu du sujet), bien qu'elle ne puisse être réduite à de simples réactions physico-chimiques, peut être décrite objectivement aux autres. La perspective *spécifique* est donc également **intersubjective**, c'est-à-dire qu'elle se nourrit des autres subjectivités, qui peuvent la faire évoluer. Le choix de son exemple, la chauve-souris, n'est par ailleurs pas anodin, puisqu'une chauve-souris « voit » par écholocalisation. Elle émet un signal sonore sous forme d'ultrasons, qui viennent se répercuter sur les différents obstacles autour d'elle. Son système de sonar lui permet de « voir » en fonction de ce qui lui est renvoyé par les autres. N'étant a priori pas équipé de sonar corporel, même le plus rigoureux des scientifiques ne saura jamais ce que ressent une chauve-souris. En l'état actuel des connaissances, le soignant ne peut malheureusement pas non plus être une chauve-souris : **la subjectivité de l'expérience échappe à l'investigation scientifique**. Toutefois, l'*impératif* de la mission thérapeutique nous oblige à accéder à l'Autre. Une méthode qui pourrait s'avérer judicieuse serait alors de procéder comme les chauves-souris, par écholocalisation : **émettre un signal personnel pour recevoir un signal personnel**.

6.3.2. *Cogitamus* (Halpern, 2020)

Comment s'y prendre alors pour atteindre la partie accessible du patient, en étant *sujet* tout comme lui, mais en gardant une certaine objectivité scientifique ? Nathalie Leblanc parle de *décentration* pour viser l'objectivité. Il s'agit avant tout ici d'**oublier ce que l'on sait** sans oublier qui l'on est. Chez les ethnologues, le cœur du métier consiste à se dégager des prénotions pour faire ce que l'on appelle de *l'observation participante* : observer un groupe culturel pour s'en imprégner en tentant d'oublier sa grille de lecture habituelle. Déjà aux III^{ème} et IV^{ème} siècle avant Jésus-Christ, le sceptique Pyrrhon d'Elis avait développé l'*epochè* (en grec, « interruption », « arrêt »), ou l'art de suspendre le jugement, mais aussi de douter. Car suspendre son jugement implique de poser le postulat que rien n'est vrai : il s'agit ici de faire *tabula rasa* de tout ce que l'on sait. C'est ce que proposait Descartes : faire le vide et douter de façon systématique. Mais contrairement au doute sceptique proposé par Pyrrhon d'Elis, qui impliquait de suspendre son jugement définitivement, Descartes lui, présente le doute comme une méthode provisoire consistant à rejeter tout ce qui n'est pas certain d'être une évidence absolue. « Voir » la part palpable de vérité chez le patient demanderait donc de **se distancier pour appliquer un doute méthodique à deux**. Appliquée à soi-même, la méthode cartésienne aboutit au *cogito*. Appliquée à l'entité intersubjective et indivisible que constitue le binôme patient-soignant, nous pourrions parler alors de *cogitamus*, littéralement « nous pensons » (Halpern, 2020). Une « pratique de soi » (Foucault) devenue un exercice spirituel en duo pour transformer son *ethos* et certainement obtenir un effet thérapeutique, comme le soutient Nathalie Leblanc.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Nous nous sommes attelé dans ce mémoire à déconstruire la norme de bonne santé en orthophonie pour en comprendre les rouages. Nous aurons pour cela défini ce que sont les normes en quatre axes. La norme habituelle renvoie à l'habitude du thérapeute, et fait écho à son *ethos*. Elle est plutôt intérieure et personnelle, bien qu'elle se construise à force d'interactions avec les patients, la littérature, les formations, etc. La norme régulière est liée quant à elle à une conformité à la règle. Elle est un outil de régulation sociale, un organe de la société qui s'impose aux individus par la contrainte et l'extériorité. Ensuite, la norme statistique renvoie à la notion de conformité avec la majorité. Elle est arbitraire et inaccessible. Enfin, la normativité, concept développé par Georges Canguilhem, se définit comme étant la capacité d'un individu à créer et ajuster ses propres normes. Elle est la garante d'une « bonne santé » et est mue par la subjectivité.

À partir de ces quatre axes, nous avons développé une grille d'entretien dans le cadre de la méthodologie Q, une méthode permettant l'étude de la subjectivité à partir de données quantitatives. Les entretiens combinés à une recherche documentaire nous auront permis d'établir un *Q-sample*, c'est-à-dire une sélection de 20 affirmations à classer. Nous avons complété le tri, ou *Q-sort*, avec des questions subsidiaires portant sur le mode et la région d'exercice, les années d'exercice et l'âge, le genre, et enfin deux questions ouvertes qui nous auront permis de recueillir des informations complémentaires. Les données du *Q-sort* nous auront permis d'effectuer une double analyse factorielle, à partir de laquelle nous avons établi des archétypes d'orthophonistes sur ce qui les motive à prendre ou non en charge un patient. Nous avons relevé 5 archétypes : la prudente, l'intuitive, l'interprète, l'experte, la pragmatique. Nous avons observé une variabilité importante dans les déterminants de la frontière entre normal et pathologique. Cette variabilité des points de vue confirme l'hypothèse que le jugement du normal au pathologique est essentiellement une construction sociale, que nous avons pu caractériser par l'élaboration d'archétypes. L'hypothèse géographique n'a pas pu être vérifiée, faute de données. En revanche, nous avons démontré une influence de l'âge sur un quart des énoncés.

De façon générale, la frontière entre normal et pathologique est surtout marquée dans le regard des orthophonistes par la notion de fonctionnalité. La norme de santé est liée à la fonctionnalité pour le patient, mais aussi pour la société. L'individu pathologique est celui qui est dysfonctionnel, c'est-à-dire qu'il ébranle le système auquel il appartient et avec lequel son interaction est défectueuse. Mais surtout, cette frontière est intrinsèquement liée au patient et à sa subjectivité. Comme nous l'avions supposé, la norme est bien souvent co-construite par un travail réflexif internormatif, où chacun des deux protagonistes construit son propre point de vue, sa propre norme. Être en « bonne santé » revient donc à faire la paix avec sa subjectivité en faisant preuve de normativité. Nous avons constaté qu'une majorité d'orthophonistes intégrait la subjectivité du patient dans leur pratique, et l'a priori de l'impression de toute-puissance accordée à la vérité scientifique découlait peut-être de notre intense bain théorique au sein de la formation au CCO. Quoi qu'il en soit, nous espérons que ce travail permettra à d'autres de s'inspirer des chauves-souris en pratiquant l'écholocation distancée et le *cogitamus*. Qu'elles ressemblent ou non à des chauve-souris, nous ne doutons cependant pas une seule seconde du fait que la profession regorge déjà d'un grand nombre de super-héroïnes...

BIBLIOGRAPHIE

- BACHAND, A., 2012. *L'imposture de la maladie mentale. Critique du discours psychiatrique*. Montréal : Éditions Liber.
- BARNEOUD, L., 2018. « Qu'est-ce qu'une maladie ? Entretien avec Elodie Giroux ». In *Sciences Humaines, Grands dossiers* n°53 (décembre). Consulté le 24/01/2021. Disponible sur l'URL : https://www.scienceshumaines.com/qu-est-ce-qu-une-maladie-entretien-avec-elodie-giroux_fr_40155.html
- BAUMEIER, E., s.d. « L'entretien ». In *Académie de Strasbourg*. Consulté le 23/12/20. Disponible sur l'URL : https://www.ac-strasbourg.fr/fileadmin/pedagogie/stss/DEPOT_DOCUMENTS/BAUMEIER_Elisabeth/16_EBentretien.pdf
- BECKER, H.S., 1985 (1963). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : Éditions Métailié.
- BENTZ, L., 2008. *Comment faire l'accord quand « nous » désigne un individu ou un collectif ?*. Article. Langue-fr.net. Consulté le 19/05/2021. Disponible sur l'URL : <https://www.langue-fr.net/Nous-accord-avec>
- BERGERET, J., 1996 (1974). *La Personnalité normale et pathologique : les structures mentales, le caractère, les symptômes* (3^e édition). Paris : Dunod.
- BLANCHET, A., GOTMAN, A., 2010 (1992). *L'entretien*. Paris : Armand Colin.
- BOUDON, R. et al., 2001 (1998). *Dictionnaire de sociologie*. Paris : Larousse-Bordas.
- BOURDIEU, P. et PASSERON, J-C, 1985 (1964). *Les Héritiers : les étudiants et la culture*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- BRIN-HENRY, F. et al., 2011. *Dictionnaire d'orthophonie : quatrième édition*. Isbergues : Ortho Edition.
- BRIN-HENRY, F., 2011. *La terminologie crée-t-elle la pathologie ? Le cas de la pratique clinique de la pose du diagnostic orthophonique*. Thèse en linguistique. Université Nancy II. Consulté le 22/11/2019. Disponible sur l'URL : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00655952/document>
- BRIN-HENRY, F., 2012. « Le diagnostic orthophonique comme clé de voûte du bilan ? ». In *Journée de l'association de formation continue de l'école d'orthophonie de Nantes* : « Le

- Bilan orthophonique a sa Place : Mesurer, Comprendre, Soigner ». Consulté le 11/10/20. Disponible sur l'URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01083111/document>
- CANGUILHEM, G., 2018 (1966). *Le Normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France (PUF).
- CEDRASCHI, C., 2010. « Le rôle et l'importance des représentations de la santé et de la maladie en médecine clinique ». In *Université de Genève*. Thèse de privat-docent. Consulté le 29/03/2021. Disponible sur l'URL : <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:12211>
- CHAMAK, B., COHEN, D., 2007. « Transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge ». In *Perspectives Psy*, vol. 46, p. 218-227. Consulté le 10/01/2021. Disponible sur l'URL : <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2007-3-page-218.htm>
- CHERRILLAT, M-S., 2017. « Représentations de la maladie chronique chez les professionnels de santé ». In *Éducation, Santé, Sociétés*, vol.4, n°2, p.115-133. Consulté le 29/03/2021. Disponible sur l'URL : <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=5EluDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA115&dq=repr%C3%A9sentation+pathologie+praticien&ots=n06uIu6CGo&sig=ReD1J-EkpDy9hjxw97l8JqGPui4#v=onepage&q&f=false>
- CHEVALLIER, J., 2013. « L'internormativité ». In *Archives Ouvertes HAL*. Consulté le 17/05/2021. Disponible sur l'URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01723912/document>
- CHNEIWEISS, H., 2011. « La neuroéthique, garde-fou des neurosciences ». In *Sciences Humaines*, Hors-série n°14 (novembre-décembre). Consulté le 20/05/2021. Disponible sur l'URL : https://www.scienceshumaines.com/la-neuroethique-garde-fou-des-neurosciences_fr_28013.html
- CIBOIS, P., 2015 (2007). *Les méthodes d'analyse d'enquêtes*. Lyon : ENS Éditions.
- CIBOIS, P., 1983. *L'analyse factorielle : analyse en composantes principales et analyse des correspondances*. Paris : Presses Universitaires de France.
- CNRTL, 2012. *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. Nancy. Consulté le 06/12/20. Disponible sur l'URL : <https://www.cnrtl.fr/>
- ESCOFIER, B. et PAGÈS, J., 2016. *Analyses factorielles simples et multiples*. Paris : Dunod.
- DARIEL, O., 2013. « La méthode Q, une approche innovante pour la recherche infirmière ». In *Soins*, Elsevier Masson / HAL EHESP, p. 55-60. Consulté le 21/03/2020. Disponible sur l'URL : <https://hal.ehesp.fr/hal-02438572>
- DEMAZEUX, S., 2013. *Qu'est-ce que le DSM ?* Paris : Les Éditions d'Ithaque.

- DENMAN, D. et al., 2020. « Factors Influencing Speech-Language Pathologists' Application of Terminology for Describing Pediatric Language Assessments ». In *Communication Disorders Quarterly*. Consulté le 27/05/20. Disponible sur l'URL : <https://doi.org/10.1177/1525740120915176>
- DE PERETTI, A., LEGRAND, J.-A. et BONIFACE, J., 1998. *Encyclopédie de l'évaluation en formation et en éducation : guide pratique*. Paris : ESF.
- DESCARPENTRIES, J., 2017. « Dispositif de Normes et diagnostic de handicaps ». In *Recherche et éducation*. Consulté le 22/10/20. Disponible sur l'URL : <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.2775>
- DE SINGLY, F., 2020 (1992). *Le questionnaire*. Malakoff : Armand Colin
- DORTIER, J.-F., 2015. *Les Sciences Humaines : Panorama des connaissances*. Auxerre : Sciences Humaines Éditions.
- DREES. *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques*. Paris. Consulté le 05/05/21. Disponible sur l'URL : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,970,1026
- DURKHEIM, E., 2009 (1894). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : Payot et Rivages.
- FANTINO, B. et al., 2007. « Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient ». In *Santé Publique*, Vol. 19, p. 241-252. Consulté le 29/03/2021. Disponible sur l'URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-3-page-241.htm>
- FNEO, 2020. « « Étudiantes et étudiants de 1^{ère} année, qui êtes-vous ? ». Questionnaire destiné aux étudiants en orthophonie. Consulté le 01/05/2021. Disponible sur l'URL : <http://www.fneo.fr/publication/synthese-bilan-de-la-premiere-annee-parcoursup/>
- FORTIN, E., GUTH, P., TAIN, L., 2007, «Chapitre IV : Entre « parler droit » et « sonner juste » : les arrangements entre orthophonistes et patientèle au cours d'une rééducation vocale ». In TAIN, L. et al. *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Rennes : Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique.
- FOUCAULT, M., 2020 (1963). *Naissance de la clinique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- FUCHS, C. « NORME ET USAGE (linguistique) », *Encyclopædia Universalis*, consulté le 02/01/2021. Disponible sur l'URL : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/norme-et-usage/>

- GAUZENTE, C., 2005. « La méthodologie Q et l'étude de la subjectivité ». In *Management des Ressources Humaines*, p. 177-206. Consulté le 06/12/2020. Disponible sur l'URL : <https://www.cairn.info/management-des-ressources-humaines--9782804147112-page-177.htm?contenu=resume>
- GOFFMAN, E., 2005 (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- HALPERN, C., 2004. « Georges Canguilhem (1904 – 1995), Le Normal et le Pathologique ». In *Sciences Humaines*, n°154 (novembre). Consulté le 22/11/2019. Disponible sur l'URL : https://www.scienceshumaines.com/georges-canguilhem-1904-1995-le-normal-et-le-pathologique_fr_4448.html
- HALPERN, C., 2004. « Théoriciens de la croyance » in *Sciences Humaines*, n°149 (mai). Consulté le 18/01/2020. Disponible sur l'URL : https://www.scienceshumaines.com/theoriciens-de-la-croyance_fr_4056.html
- HALPERN, C., 2020. « Penser par soi-même : la philosophie à la rescousse » in *Sciences Humaines*, n°323 (mars).
- HAS, 2007. « Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) » in *Haute Autorité de Santé*. Article. Consulté le 20/05/2021. Disponible sur l'URL : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- HIERNARD, C., 2014. « Étude des représentations des familles issues de l'immigration dans la co-construction du cadre thérapeutique en orthophonie ». Mémoire d'orthophonie. In *Université de Lorraine*. Consulté le 29/03/2021. Disponible sur l'URL : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02096608/document>
- JOUBERT, J., 1999. « « Le normal et le pathologique ». Relire Canguilhem ». In *Revue des Sciences Religieuses*, n°73-4, p. 497-518
- KERLAN, M., 2018. « Éthique et pratique de soins en orthophonie. L'apport de la formation en éthique ». In *Spirale - Revue de recherches en éducation*, n° 61, p. 13-25. Consulté le 10/01/2021. Disponible sur l'URL : <https://www.cairn.info/revue-spirale-revue-de-recherches-en-education-2018-1-page-13.htm>
- KLEIN, A., 2008. « La santé comme norme de soin ». In *Philosophia Scientiæ*, Vol 12, n°2, p.213–227. Consulté le 17/10/20. Disponible sur l'URL : <https://journals.openedition.org/philosophiascientiae/127#quotation>
- KLEIN, A., 2011. « Approche philosophique de l'éthique en orthophonie : un plaidoyer pour une discipline orthophonique ». In *Rééducation orthophonique*, n°247 (septembre), p. 7-24.

- LÊ, S. et WORCH, T., 2015. *Analysing Sensory Data with R*. Boca Raton : Chapman and Hall/CRC.
- LE BLANC, G., 2008. *Canguilhem et les normes*. Paris : Presses Universitaires de France. Consulté le 26/04/2020. Disponible sur l'URL : <https://www.cairn.info/canguilhem-et-les-normes--9782130556992.htm>
- LE BLANC, G., 2017. « Canguilhem : le normal et le pathologique sous le regard de l'éthique [vidéo] » in *Espace Éthique* [Chaîne Youtube]. Youtube. Consulté le 19/09/2020. Disponible sur l'URL : <https://www.youtube.com/watch?v=3LwEjGLO8aU&t=17s>
- LEBLANC, N., 2010. *La liberté du thérapeute : de l'assujettissement à l'autonomie*. Thèse en philosophie. Université Paris-Est. Consulté le 12/09/2020. Disponible sur l'URL : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00468679/document>
- LE BRETON, D., 2004. *L'interactionnisme symbolique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- LECOURT, D., 2016. *Georges Canguilhem*. Paris : Presses Universitaires de France. Consulté le 26/04/2020. Disponible sur l'URL : <https://www.cairn.info/georges-canguilhem--9782130736714.htm>
- LEFEVE, C., 2014. « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical ». In *Revue de métaphysique et de morale*, n°82, p.197-221. Consulté le 26/04/2020. Disponible sur l'URL : <https://www.cairn.info/revue-de-metaphysique-et-de-morale-2014-2-page-197.htm>
- LEGRAND, S., 2007. *Les normes chez Foucault*. Paris : PUF, coll. « Théories pratiques ».
- MACHEREY, P., 2018 (2009). *De Canguilhem à Foucault : la force des normes*. Paris : La Fabrique éditions.
- MARCILLY, C., 2012. « Impact des représentations de l'orthophonie et des pathologies spécifiques d'acquisition du langage écrit sur l'accès aux soins orthophoniques chez les personnes en situation d'illettrisme : étude de cas multiples de stagiaires en formation aux compétences clés ». Mémoire d'orthophonie. In *Université de Lorraine*. Consulté le 29/03/2021. Disponible sur l'URL : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MORT_2012_MARCILLY_CLEMENCE.pdf
- MARTIN, R., 2020. « Prendre ou ne pas prendre en charge un patient en orthophonie ? ». In *Labortho*. Consulté le 23/11/20. Disponible sur l'URL : <http://www.labortho.fr/prise-en-charge-patient-orthophonie-decision/>
- MAUSS, M., 2004 (1950). *Sociologie et anthropologie*. Paris : Presses Universitaires de France.

- MERCHIN, A., 2017. « Emmanuelle Laborit : « la surdité est encore considérée comme une maladie à soigner » ». In *Le Monde*. Consulté le 24/01/2021. Disponible sur l'URL : https://www.lemonde.fr/femmes-a-part/article/2017/04/26/emmanuelle-laborit-la-surdite-est-encore-consideree-comme-une-maladie-a-soigner_5117555_5102575.html
- MORFAUX, L.-M., 1999 (1980). *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. Paris : Armand Colin
- PELACCIA, T. et al., 2010. « Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques ? Les enjeux en médecine d'urgence ». In *Annales françaises de médecine d'urgence*, p.77–84. Consulté le 29/03/2021. Disponible sur l'URL : <https://doi.org/10.1007/s13341-010-0006-1>
- PLESSZ, M., 2020. « Un protocole pour une enquête par questionnaire anonyme au sens du Règlement européen ». In *Bulletin de Méthodologie Sociologique*. Consulté le 17/04/2021. Disponible sur l'URL : https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02463372/document?fbclid=IwAR1Rt0g7zfERf28OIHXQQbapRrsOjfhgbgHCvP0RjI6I5b0G6NYk_7b2vY
- PY, B., 2000. « La construction interactive de la norme comme pratique et comme représentation ». In *Université de Neuchâtel*, p.77-97. Consulté le 29/03/2021. Disponible sur l'URL : <https://doi.org/10.4000/aile.1464>
- QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L., 1995. *Manuel de recherches en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- RAMOS, E., 2015. *L'entretien compréhensif en sociologie*. Paris : Armand Colin
- RAMLO, S., 2016. *Centroid and Theoretical Rotation: Justification for Their Use in Q Methodology Research*. Mid-Western educational researcher, 28, p. 73-92.
- RIOUFREY, T., 2016. «La transcription d'entretiens en sciences sociales. Enjeux, conseils et manières de faire ». In *Archives ouvertes HAL*. Consulté le 31/01/2021. Disponible sur l'URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01339474/document>
- ROUBLOT, P., 2021. *Orthophonie et Éducation Thérapeutique du Patient* [cours]. Strasbourg. Unistra.
- ROUSSEAU, J.-J., 1996 (1762). *Du contrat social ou principes du droit politique et autres écrits autour du contrat social*. Paris : Librairie Générale Française.
- RUSS, J., 1999. *Les chemins de la pensée*. Paris : Larousse-Bordas.
- SCARFONE, M., 2020. *Histoire de la médecine* [cours MO 06]. Strasbourg : Unistra.
- SIGRIST, S., 2013. « État des lieux des représentations des orthophonistes à propos des temps silencieux d'enfants présentant des troubles d'ordre logique placés en situation ludique ». In

- Université de Lorraine. Mémoire d'orthophonie. Consulté le 10/01/2021. Disponible sur l'URL : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MORT_2013_SIGRIST_SARAH.pdf
- SIKSOU, M., 2008. « Georges Libman Engel (1913 - 1999). Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical ». In *Le Journal des psychologues*, n°260, p.52-55. Consulté le 25/10/20. Disponible sur l'URL : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-7-page-52.htm?contenu=article>
- VAN CAMPENHOUDT, L., 2001. *Introduction à l'analyse des phénomènes sociaux*. Paris : Dunod.
- VANMEERBEEK, M., LAFONTAINE, J.-B. et FELGUEROSO-BUENO, F., s.d. « Le plan IMRaD (IMRed) – MG TFE » in *MG TFE – pour des Travaux en Fin d'Étude (TFE) de qualité en Médecine Générale*. Université de Liège / Université catholique de Louvain / Université Libre de Bruxelles. Consulté le 29/11/2020. Disponible sur l'URL : <http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/8-plan-de-redaction-du-tfe/8-1-le-plan-imrad-imred/>
- WILLEMS, S., et al., 2020. *Psychologue et orthophoniste : l'EBP au service du patient* [MOOC]. Université de Liège.

ANNEXES

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

1. Consigne :

- Lorsque vous avez une prescription de bilan avec rééducation si nécessaire, quels sont les critères qui vous permettent de dire que c'est nécessaire ?

Axes à explorer	Constituants possibles de la représentation du pathologique
Norme habituelle, subjective, <i>ethos</i> du thérapeute	<ul style="list-style-type: none"> • Données qualitatives du bilan • Validité supposée du bilan • Expérience clinique/ expertise scientifique • Intuition clinique • Observation • Relationnel • Valeurs/croyances de l'orthophoniste
Norme régulière, extérieure à l'orthophoniste, fonction de régulation sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Modèles théoriques, littérature scientifique • Rencontres professionnelles • Lieu d'exercice • Mode d'exercice • Contexte politique, législatif • Ressources disponibles • Climat social • Qualité des relations avec l'école, les structures d'accueil • État de santé ou état affectif de l'orthophoniste au moment de la rencontre avec le patient

Norme statistique	<ul style="list-style-type: none"> • Données chiffrées du bilan • Repères objectifs donnés par la littérature
Normativité du patient, influence de sa propre représentation du pathologique sur celle de l'orthophoniste	<ul style="list-style-type: none"> • Plainte • Ressenti du patient • Milieu économique, socioculturel, linguistique, du patient • Entourage du patient • Valeurs/croyances du patient

Remarque : les questions formulées ci-dessous sont données à titre indicatif et dépendent de la réponse apportée par l'enquêté (e). L'idée est de rebondir sur un élément de réponse pour le lier à l'un des autres éléments de l'axe exploré.

2. Norme habituelle

- Quel poids accordez-vous aux données qualitatives obtenues lors du bilan ?
- La validité du bilan a-t-elle une influence sur vos critères pour estimer qu'une prise en charge est nécessaire ?
- Quelle importance a votre expérience clinique dans la décision ? Et votre expertise dans le domaine concerné ? Par ailleurs, distinguez-vous l'expérience clinique du niveau de connaissances théoriques ? Est-ce que les deux sont liées ?
- Croyez-vous que l'intuition y a une place ? Qu'est-ce que l'intuition pour vous ?
- Vos qualités relationnelles sont-elles utiles au bilan ?
- Dans quelle mesure pensez-vous être influencé par vos valeurs, vos croyances ? Ont-elles une place dans cette décision ?
- Y a-t-il d'autres éléments qui contribuent à votre représentation de ce qui est pathologique ? Est-ce que d'autres éléments liés à votre pratique habituelle sont à prendre en compte dans votre représentation de ce qui est pathologique et de ce qui ne l'est pas ?

3. Norme régulière

- Quelle place accordez-vous à vos modèles théoriques, à la littérature scientifique de façon générale pour constituer vos critères de jugement ?
- Une rencontre professionnelle ou vos rencontres professionnelles ont-elles déjà eu un impact sur vos critères de décision ?
- Pensez-vous que le lieu où vous exercez peut influencer sur la représentation que vous avez des pathologies orthophoniques ?
- Estimez-vous que le contexte politique, le cadre juridique de l'exercice influe beaucoup sur vos décisions ?
- Le contexte social de votre lieu d'exercice pourrait-il changer votre perception de la pathologie ? Si oui, comment ?
- La qualité de vos relations avec les écoles ou les structures d'accueil peut-elle également jouer un rôle ?
- Pensez-vous avoir déjà jugé différemment un patient en fonction de votre état de santé, de votre état affectif, ou de toute autre cause extérieure à l'orthophonie ? Cela peut-il influencer sur vos critères de jugement de façon générale ? Voyez-vous d'autres causes qui peuvent les influencer ?

4. Norme statistique

- Quel poids accordez-vous aux données quantitatives obtenues lors du bilan ?
- Vous fiez-vous systématiquement aux repères chiffrés donnés par le bilan pour construire votre jugement ? Pourquoi ?
- Voyez-vous d'autres facteurs possibles quant à la construction de votre jugement ?

5. Normativité du patient

- Quelle influence ont selon vous les plaintes des patients dans votre jugement ?
- Le ressenti des patients est-il une donnée à prendre en compte ? Pourquoi ? Comment ?
- Le milieu économique, socioculturel, linguistique des patients peut-il modifier votre perception ?
- L'entourage d'un patient a-t-il déjà eu un impact sur votre décision de prendre en charge ou non un patient ? Pensez-vous que cela joue-t-il dans vos critères ?
- Avez-vous déjà été heurté par les valeurs, les croyances d'un patient ? Pensez-vous que cela a des répercussions sur le fait de prendre en charge ou non un patient ?
- De façon générale, quelle importance accordez-vous à l'opinion du patient sur son éventuelle pathologie orthophonique ? Voyez-vous d'autres éléments qui pourraient alimenter le regard que vous avez sur la frontière entre normal et pathologique ?

6. Éléments de définition :

- De façon générale, comment définissez-vous la pathologie en orthophonie ? La santé ?
- Que signifie pour vous la frontière entre normal et pathologique ?

7. Signalétique et parcours professionnel

- Âge
- Sexe
- Formation/lieu de la formation
- Depuis combien de temps êtes-vous orthophoniste ?
- Depuis combien de temps occupez-vous ce cabinet/ce poste ? Avez-vous occupé d'autres cabinets/postes ? Si oui, quels ont été vos deux derniers postes ? Dans quels types d'établissements ?
- Avez-vous exercé un autre métier ?
- Y a-t-il des éléments que nous pourrions avoir oubliés qui influenceraient votre représentation du pathologique en orthophonie ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

ANNEXE II : ENTRETIEN 1

Oui, comme ça, c'est plus facile pour retranscrire... Ok. En fait, quand vous recevez une prescription de bilan avec rééducation si nécessaire, quels sont les critères qui vous permettent de dire que c'est nécessaire ? Qu'est-ce qui vous permet d'élaborer vos critères... ?

Ça commence bien ! (Rires)

(Rires)

Alors... C'est une question qui... Oui, normalement, c'est le bilan. Des fois, on voit bien en soi que le bilan ne suffit pas. Du coup, comment je ferais si le bilan ne donnait rien ? Ça dépend... ça dépend vraiment. C'est-à-dire que des fois... Bon, admettons que le bilan ne soit pas bon. On prend. On est content parce qu'on a une preuve qu'on peut prendre le patient...

(Acquiesce)

...Et d'autres fois... je pense à une petite fille par exemple. Elle n'avait aucun score échoué mais en fait on voyait que pour avoir son score qui n'était pas déficitaire, mais qui était catégorisé « fragile », donc juste la zone au-dessus de « déficitaire »... On voyait qu'elle faisait beaucoup d'efforts, et que ça... je me disais : « c'est pas normal, elle est en train de faire trop d'efforts, c'est pas possible ». Donc là, j'ai tendance à en discuter avec mes collègues plus expérimentées, et leur idée de la question, à laquelle je me suis fiée... faite parce que voilà, j'ai pas de meilleur plan, c'est que si on voit que c'est trop coûteux, même si le score n'est pas complètement déficitaire, ça veut dire que le gamin est déjà en train de compenser : il vaut donc mieux prendre en charge, même si factuellement, son score n'est pas déficitaire... pour essayer de l'outiller un minimum avant qu'elle ne soit plus en mesure de compenser et que ça chute pour de vrai, et qu'elle soit trop en panique. Donc je dirais qu'il y a le côté « score déficitaire », mais aussi le côté... ce qui ne rentre pas dans le score, ce qu'on peut observer quand on voit que la personne, pour obtenir le score qu'elle a, qui n'est pas un score déficitaire, déploie des moyens de dingue. Des fois, ça se voit sur le temps, et là on est content, parce que le score est bon en précision mais il est chuté en temps. Le temps, c'est une preuve aussi. Et encore le temps, ça passe encore, mais des fois on voit à quel point la personne, elle est essorée. Ou on voit par exemple qu'elle se dégrade au fil des épreuves alors elle fatigue. Alors qu'on devrait pas fatiguer comme ça juste pour une demi-heure d'épreuve, et on se dit alors « bah, je prends et à la limite, je me donne le temps de voir ». Je me demande des séances le temps de voir. Je dirais qu'il y a un dernier cas où je n'ai pas d'éléments factuels pour me dire que ça ne va pas. Je n'ai pas non plus l'impression que le patient soit en difficulté, mais les parents sont en panique, ou alors les institutrices mettent énormément de pression. Là, j'en ai un comme ça par exemple où... pour se donner le temps de voir, j'ai étalé le bilan sur plusieurs séances que j'espace à chaque fois de trois semaines. Comme ça j'ai comme un fil rouge de trois semaines en trois semaines. Toutes les épreuves de bilan sont toujours bonnes, la maman est rassurée sur son gamin sauf que cet enfant a deux maîtresses : une maîtresse qui trouve que l'enfant va très bien et qu'il est même bon élève, et une autre maîtresse qui n'arrête pas de lui répéter que cet enfant a un problème, que ça ne va pas du tout, et qu'il n'est pas normal qu'il n'ait pas de séances d'orthophonie. Et donc, en fait la maman se fie à chaque fois à la dernière parole qu'elle a entendue. Si elle voit la maîtresse gentille, elle a confiance. Si elle me voit moi, elle a confiance, mais si l'autre maîtresse passe derrière en lui disant que non, c'est pas possible, que son gamin a un problème, elle n'a à nouveau pas confiance. Et donc là, mais je prends *a minima* en fil rouge toutes les trois semaines. J'ai aucun indice pour prendre mais je me dis que c'est en train de... il y a une espèce de pression qui se met en place autour de ce gamin et des inquiétudes qui sont disproportionnées, mais en même

temps, si les inquiétudes de la maîtresse sont là, il y a peut-être quelque-chose qui les fait naître, donc je me donne le temps de voir comment ce gamin évolue...

(Acquiesce)

... mais je ne le vois qu'une fois par mois, quoi... pour voir en fait comme une sorte d'accompagnement parental. Je ne sais pas si ça répond à la question...

Oui, oui, oui ! Mais vous, par rapport à votre propre représentation de ce qui va être pathologique ou pas. Là, vous me parlez de... de la maîtresse, puis de la maman, et finalement de leurs demandes. Mais vous, par rapport à votre propre représentation, qu'est-ce qui va venir influencer ?

Je n'ai pas une propre représentation, enfin je m'appuie sur les cours et ce qu'on nous dit comme étant un développement normal ou un fonctionnement normal. Si ça ne correspond pas au développement normal ou au fonctionnement dit normal, c'est que c'est censé être pathologique.

D'accord. Ca serait plutôt en fonction de la littérature, vos...

Sur les cours, quoi.

Sur vos modèles théoriques.

Sur les cours, par rapport à ce que j'observe, je reviens à ça : parfois, la personne elle a l'air « dans les clous », mais j'ai l'impression que pour être dans les clous, elle fait beaucoup d'efforts.

Oui...

C'est que c'est pas facile pour elle d'être dans les clous, en fait... qu'elle est en train de compenser ou que... il y a quelque chose... On sent, on arrive pas forcément à dire en quoi, mais on sent que c'est pas facile pour elle...

Ok.

Mais du coup, je dirais que je m'appuie surtout sur ce qu'on a vu en cours, comme étant le développement normal.

Ok. Et par rapport à ce qui peut vous influencer, vous parliez tout à l'heure de l'avis de la maîtresse : de façon générale, est-ce que les autres, l'avis des autres professionnels... est-ce que ça peut jouer ?

Oui carrément ! Carrément, et je pense que ça joue d'autant plus quand on commence, quoi. Parce qu'on ne veut pas passer à côté d'un truc, parce qu'on n'a pas une assise suffisante qui permet d'assurer... je trouve qu'on n'a pas de... on n'est pas capable de projeter trop sur un gamin. On n'a pas vu évoluer des gamins sur 10 ans. On ne peut pas dire : votre gamin, là votre gamin aujourd'hui est dans les clous pour le bilan, mais est-ce qu'il serait toujours dans les clous dans un an ? Quand le bilan sera plus exigeant ? Ca, je n'en sais rien. Donc, du coup l'opinion des autres, je trouve, joue d'autant plus . On n'a pas de perspective, on ne peut pas anticiper à long terme, j'ai pas les moyens d'anticiper à long terme. J'ai pas la clinique pour ça. Donc oui, je pense que l'opinion joue beaucoup, soit parce que je prends en considération les observations fines qu'ont pu faire d'autres et que je n'ai pas vues, soit parce que je me dis que si d'autres personnes sont inquiètes pour ce gamin, ça va, entre guillemets, « teinter cette relation », et ça va agir sur ce gamin aussi.

(Acquiesce)

Donc oui. Peut-être que ma réponse... Enfin je pense que ma réponse sera différente dans dix ans. Mais là oui, l'opinion des autres joue énormément.

D'accord. Et par rapport à votre propre expérience clinique ? Quelle importance vous y accordez ? Et votre expertise ? D'ailleurs, est-ce que vous distinguez l'expérience clinique du niveau de connaissances théoriques ? Si vous faites la distinction...

Alors, laissez-moi... vous ne posez que des questions qui pourraient faire l'objet d'une réflexion en trois heures, alors attendez ! (Rires)

(Rires). Pardon ! Non, mais c'est bien si vous avez des...

Vous me la refaites ?

Vous me parliez de votre propre expérience... enfin vous disiez que votre avis évoluerait certainement dans dix ans, donc quelle part... quelle importance prend l'expérience clinique dans votre décision ? Et celle de votre expertise ? C'est aussi pour savoir si vous distinguez le niveau de connaissances théoriques de l'expérience clinique. Enfin, expérience/expertise, en fait : est-ce que vous les distinguez ?

Au début, on a que ça. On ne peut pas se baser sur notre expérience clinique, vu qu'elle n'est pas très... grande, donc on ne peut se baser que sur nos connaissances, mais je me rends déjà compte en quatre mois, qu'au début en ne me basant que sur mes connaissances, j'ai déjà entre guillemets « un peu merdé », donc oui, par exemple je revois une gamine, j'aimerais encore l'avoir sous la main, mais typiquement dans son bilan, tout était dans les clous. Mais la mère était inquiète. Il y avait des antécédents de troubles « dys » donc on va dire, factuellement, et d'après les connaissances, et d'après ce que je savais extraire du bilan parce qu'on me l'avait appris : rien ne justifiait la prise en charge. Mais avec du recul « oh oui ! » j'aurais dû la prendre en charge, parce qu'en fait...

C'était pas suffisant...

...elle était en début d'apprentissage et donc, elle n'était pas assez avancée pour que son bilan montre que ça « merdait », mais il est très possible que... vous voyez j'aurais dû au moins... et ça, c'est pas en cours qu'on nous le dit, mais ne serait-ce que voir sur 4-5 mois les gamins évoluer, j'aurais dû au moins reprendre un vrai rendez-vous trois mois plus tard.

D'accord.

Donc oui clairement, il y a une différence qui se fait entre ce qu'on a pu apprendre et ce qu'on a pu lire, et la réalité du truc.

(Acquiesce)

Dans cette idée qu'on n'arrive jamais à trouver... Je dirais que les cours qui me servent le plus, ce sont les cours de bilans. Les cours de bilans, j'avais l'impression que c'était ce qu'on avait de plus sérieux et factuel et précis. Et puis en fait... on voit qu'avec le bilan on n'arrive pas forcément à... ça c'est un autre truc qui m'amène à faire une différence. J'ai l'impression qu'on nous apprend beaucoup à faire... pour prouver l'existence du trouble, en langage écrit, à chercher le dysfonctionnement sous-jacent : phonologique, visuo-attentionnel, ou autre. Et en fait, j'ai un certain nombre de jeunes pour lesquels les épreuves sont chutées, mais je n'arrive pas à trouver de dysfonctionnement sous-jacent précis. Soit il y a plusieurs petites choses, mais pas franches... qui compensent certaines choses, je n'en sais rien, mais en tout rien n'est clair dans les causes sous-jacentes et du coup, bah, là si j'étais resté sur ma théorie, bah, je me serais juste planté en train de

chercher pourquoi il dysfonctionne. Et plus on en discute avec les autres, et plus je me dis « bah... ». Les autres, je veux dire les plus vieilles. Je me dis « bah, on lâche cette partie-là de la théorie ». On ne cherche pas pourquoi il « merde », on s'en fout, on voit qu'il « merde ». Et on travaille à comment est-ce qu'on peut l'aider. On lâche le... Mais je ne sais pas si je suis sorti de votre question ou pas.

Non, non ! Vous êtes en plein dedans. Du coup, est-ce que vous pensez que l'intuition clinique a une place ? Et qu'est-ce que c'est que l'intuition pour vous ?

Pour moi, l'intuition, elle est pas... elle a une vraie place parce que pour moi l'intuition, c'est un « ramassis » d'expériences passées qu'on a stockées. On a vu un tas de gens et à force de voir les gens... enfin c'est comme ça que je le vois. Notre cerveau fait une sorte de synthèse. Il fait comme des tiroirs où il classe des gens qui se ressemblent. Et tout ça nous échappe un peu. On n'arrive pas forcément à mettre des mots techniques dessus. Ils doivent exister chez les neurologues et autres. Des mots bien précis. Nous, on n'a pas forcément ni le temps ni les révisions constantes et précises pour mettre un mot dessus. Mais par contre, on a fait comme des catégories dans nos têtes, et qui sont vraiment issues de notre expérience. Et je pense que quand on a une intuition en fait, c'est que... c'est comme quand on a une impression de « déjà-vu » dans un rêve ou dans la vie, c'est que quelque part, ce gamin-là nous évoque quelque chose qu'on a vu mais on n'arrive pas à mettre le nom dessus ou on n'arrive pas forcément à retrouver exactement cette expérience. Mais on l'a pas pour rien, en fait. Je pense que l'intuition, c'est comme un clignotant qui vous dit « ça me rappelle quelque chose. Je sais pas quoi, mais je pense que c'est pas là pour rien ». Par contre je pense que ça peut être piégeux.

Ah oui ?

Je pense que ça peut être piégeux parce que des fois, du coup, ça nous amène comme à faire... et peut-être d'autant plus quand on n'a pas beaucoup d'expérience, qu'on n'a pas vu beaucoup d'enfants, et que donc nos tiroirs ne sont pas remplis de profils si diversifiés que ça, on peut avoir tendance à finalement se dire de façon intuitive : « oh là là, ce gamin, j'ai déjà vu ce profil. Ça ressemble à ça, il va être comme ça, comme ça, comme ça ». Et en fait, c'est pas vrai. Mais c'est juste que quelque chose en lui nous a rappelé un profil passé. Mais oui, pour moi, l'intuition, c'est juste une façon que... (rires) qu'à l'expérience de se manifester, mais c'est un profil, c'est quelque chose qui nous revient d'un suivi qu'on a vu avant.

Ce sont des sortes de connaissances inconscientes que vous auriez intégrées ?

Oui c'est ça. Je pense que si on réfléchit, si on a une intuition et qu'on se donne le temps par le bilan ou si on passe x heures à étudier le gamin, on va finir par comprendre pourquoi on a cette intuition et par savoir exactement qu'est-ce qui nous y a fait penser. Après, est-ce que c'est intéressant d'aller plus avant ? Moi je pense qu'on peut juste l'écouter (rires).

(Rires)

Je sais pas.

Oui. Ok. Cette intuition, ça me fait penser à vos propres... comment dire ? Vous me parlez de connaissances que vous auriez accumulées, et tout ça : est-ce que vous pensez que vos valeurs, vos croyances, votre vécu, est-ce que ça peut avoir une place aussi dans la décision ?

Je pense que oui... Je pense que oui... Je ne sais pas. Par exemple, l'image qu'on a de certaines pathologies peut nous conduire à accepter ou au contraire à refuser une prise en charge parce qu'on se sent pas en mesure d'y faire face... Me concernant, je pense que j'ai une certaine façon d'envisager ce qu'on appelle pudiquement « l'adversité psychosociale »...

Qu'est-ce que vous entendez par... c'est quoi ?

Vous savez, dans les machins de DSM, ils disent que les troubles ne doivent pas être mieux expliqués ni par un problème sensoriel, ni par un problème neurologique, ni par l'adversité psychosociale, histoire de parler des familles « tuyau de poêle » en fait hein, c'est ça !

(Rires)

Je pense que j'ai du mal. Il y a des choses en fait... C'est vachement dur, c'est vachement de concentration, mais je pense qu'on n'y arrive pas complètement... À partir du moment où vous avez vu quelque chose dans la relation entre les parents et les enfants, on projette des trucs, et c'est vachement dur de s'en détacher. Même si on se dit que... et ben c'est vachement dur.

(Acquiesce)

Et du coup, avoir un avis juste, propre, carré et factuel devient difficile. Et on s'en rend compte parce que quand on veut écrire ce fichu bilan, on se rend compte que tout ce qu'on pense, c'est pas des choses qui pourraient s'écrire ! On ne peut pas les dire ! (Rires). Et si on ne peut pas les dire, c'est qu'il y a un problème ! (Rires).

Il y a un décalage entre ce que vous... entre votre discours professionnel et ce qui est vraiment utile pour vous, pour la pratique ? Il y a un...

Clairement ! Mais je ne sais pas à quel niveau se situe le décalage. Je pense qu'il peut y avoir plusieurs possibilités. Je pense qu'il peut y avoir un décalage entre ce que je pense et ce que j'écris parce que certaines choses que je pense n'ont rien à voir avec ma pratique professionnelle, et que donc, ça ne devrait pas entrer en ligne de compte, mais je peux pas m'en empêcher. Il y a un deuxième problème qui est : « éventuellement je pense des trucs qui peuvent avoir une incidence sur la pratique professionnelle, mais on ne peut pas les écrire parce que... parce qu'il y a une forme de tabou, ou peut-être qu'on ne serait pas trop bien à notre place, nous orthophonistes de dire certaines choses ». Et voilà. (Silence).

(Acquiesce)

Donc c'est un autre... on va dire. C'est le côté politiquement correct ou « pré carré » de l'orthophoniste. Là, le « pré carré » où on n'a pas le droit de dépasser ou d'aller... Donc des fois, je pense qu'il y a des choses qu'on voit, qui seraient tout à fait pertinentes et intéressantes, mais qui sont très... difficiles à écrire. Voilà.

(Acquiesce). Vous me parlez de politiquement correct, vous pensez que le contexte politique ou social a aussi un impact sur la façon dont vous allez juger qu'un patient est pathologique ou pas ? Vous pensez que ça joue ?

... Oui. Oui je pense que ça joue. Je pense que le discours dominant joue beaucoup et nous influence beaucoup. Par exemple, sur les questions de bilinguisme, c'est net. Il y a tout plein de choses qui jouent autour du bilinguisme. Actuellement, le discours dominant, c'est de dire que l'enfant peut être bilingue quel que soit son trouble et qu'il n'y a pas de problème. D'un autre côté, en disant ça, parfois, c'est un peu curieux parce que, du coup, là je pense à une famille que je reçois où en fait, l'enfant n'est jamais, jamais, jamais exposé au français en dehors de l'école. Et c'est un enfant qui a énormément de mal à apprendre les nouveaux mots. Et donc clairement, son exposition est insuffisante, en fait. Il aurait besoin, j'imagine, d'entendre une multitude, une multitude de fois. Et du coup, ça l'aide pas.

(Acquiesce)

Même si c'est super cool que... en l'occurrence, le petit gamin est trilingue. Super cool qu'il soit trilingue. Il sera sans doute très heureux plus tard, mais là, actuellement il est juste paumé à l'école. Voilà. Je pense par exemple que ce discours sur le bilinguisme, ça peut amplifier ce qu'ils appellent les « conflits de loyauté », où les gamins ne s'autorisent pas à parler le français, finalement, parce que dans la famille, le français est une langue extérieure, avec laquelle on n'est pas à l'aise ? Je pense que du coup, bah, le fait de dire : « il n'y a aucun problème à ce que vous ne parliez que votre langue et à ce que finalement... à ce que vous ne parliez que votre langue à votre enfant ». Finalement, ça peut jouer. Là, par exemple, la maman de cet enfant auquel je pense, manifestement elle comprend très bien quand je lui parle en français, sauf qu'elle ne me répond pas. Elle comprend mes questions mais... et elle donne la réponse en somalien à son mari qui me la donne en français. Si elle m'a aussi bien comprise, j'ai du mal à croire qu'elle ne puisse pas essayer de me le dire elle-même.

D'accord.

Et donc ça veut dire que son enfant voit que sa maman n'ose pas me parler en français aussi. Et du coup, le gamin, si son papa est dans la pièce, et qu'il veut me répondre, et ben il va donner la réponse en somalien au papa pour que le papa me réponde... Je sais pas. Et pourtant, je continue à dire parce que manifestement, c'est ce qu'il faut dire, que c'est super cool, qu'il ne faut pas qu'il soit gêné par les somaliens, que c'est vachement bien s'il sentent que l'enfant est « confort » au niveau syntaxique en somalien, c'est chouette. Sauf que... là, j'ai aussi l'impression que je suis en train de renforcer ce qui est de l'ordre d'un malaise familial par rapport au français, en fait. Puisque même la maman n'ose pas parler en français, et qu'elle comprend, donc... voilà. Voilà, j'ai l'impression que ce discours dominant qui est... je remets pas en doute. Voilà, je remets pas en doute le fait qu'il y a eu plein d'études qui montrent que c'est très intéressant le bilinguisme, et tout ça. Je remets pas du tout ça en cause, mais du coup, ce discours-là, qui est actuellement très fort et très monolithique peut aussi renforcer certaines choses qui ne sont peut-être pas favorables à tous les enfants. Je ne sais pas...

Et plus spécifiquement, est-ce que ça vous est déjà arrivé de vous heurter vraiment à des valeurs et des croyances, mais chez un patient où chez l'entourage d'un patient, ou chez sa famille, qui vous ont vraiment posé des problèmes pour vos critères de jugement ? Pour évaluer si votre patient est à prendre en charge ou pas ? Au-delà du discours dominant, je veux dire. Plus spécifiquement, est-ce que ça vous est déjà arrivé de vous heurter à des valeurs ou ... ?

Ce qui peut être... ce qui m'arriverait... ce qui m'arrive de façon régulière et je pense que c'est parce que je n'amène pas bien les choses dans mon discours, c'est d'avoir des parents qui voient... qui trouvent que leur enfant... enfin que leur enfant est parfait, c'est pas ça, mais qui ne prennent pas la mesure des difficultés de leur enfant et oui du coup, ben on se heurte à cette croyance-là. Mais du coup, ça ne change pas mon jugement de la situation de l'enfant. Par contre, ça devrait changer mon discours. C'est-à-dire que je... On nous a toujours dit, et je trouve que c'est important aussi... que les enfants qui venaient nous voir et qui étaient fort abîmés, il fallait leur envoyer aussi du positif pour les motiver et pour montrer aussi aux parents qu'ils avaient des qualités, ces gamins-là, et qu'ils avaient plein de compétences, sauf qu'en fait, quand le parent, il... peut-être parce que chez lui, le langage oral n'a pas le même statut, peut-être parce que chez lui aussi... Il y a des cultures aussi où les enfants sont moins amenés à parler avec les adultes, donc on ne prend pas la mesure des difficultés langagières des enfants, parce que les critères ne sont pas les mêmes. Et du coup, bah, ces parents-là, si en plus on leur envoie du positif, et ben, du coup, ils croient que tout va bien. Là, je me suis heurté à ça il n'y a pas longtemps : un petit enfant franco-turc. La maman, elle dit « oui la maîtresse dit qu'il a des problèmes en français, par contre en turc, tout va bien ». « Ah, bizarre ». Et puis en fait, bah, en turc, tout ne va pas si bien que ça parce que quand je fais l'épreuve de dénomination, je garde les parents avec moi, et puis je leur demande... si le gamin n'a pas le mot en français, je lui demande de dire en

turc pour voir s'il l'a en turc. Et donc quand même, la dénomination ne turc, c'est planté, donc... ça ne va pas si bien que ça en fait en turc ! Mais pour les parents, finalement le langage va très bien, ils ne voient pas le problème. Et du coup, je lui mettais en... voilà, le gamin va réussir d'autres épreuves, donc je vais essayer pour pas que le parent voie trop son gamin en échec de dire « ah bah il a fait ça qui est vachement bien ! Là, ça c'est bien, ça c'est bien, ça c'est bien ! ». Et du coup, les parents, au bout de la troisième séance, je dis « bon, bah le bilan est fini » et la maman comprend que c'est bon, qu'il n'y a plus besoin d'orthophonie, c'est fini. Et là, « non, en fait on va tout reprendre, non, non ! ». « Le bilan est fini, par contre votre enfant il part pour un suivi qui risque d'être un suivi un peu long ». Voilà. Et donc là je pense que c'est parce que j'ai mal jugé la situation. C'est vrai qu'il faut renvoyer du positif aux gens, mais en fait, les parents, de base, ne venaient pas parce qu'eux avaient conscience qu'il y avait un problème, mais parce que la société, les acteurs autour leur disaient qu'il y avait un problème, qu'eux ne voyaient pas. Peut-être que dans leur culture à eux, on ne fait pas parler pareil les enfants. Là, je vois bien que c'est pas des parents par exemple. Nous, il y a les histoires du soir et tout ça. C'est pas leur truc, c'est pas leur façon de vivre le langage ! Avec le gamin... ils vont pas ouvrir un bouquin avec le gamin. Ils n'ont pas du tout cette façon-là de vivre le langage. Ils le vivent autrement. Et donc par rapport à leurs critères, à leurs représentations à eux, à leur culture, le développement langagier de leur enfant est tout à fait dans les clous. Ça colle à l'image qu'ils ont en tête. Par contre, c'est pas dans nos clous à nous. Donc, en fait si je renvoie du positif, je ne fais que de conforter sa représentation à elle qui est « non, mais ne fait, mon gamin, il va bien ». C'est... Alors, du coup, ça ne change pas forcément mon intention de prendre en charge ou pas, par contre ça m'amène à me dire qu'il va falloir que je fasse à comment je présente les choses, en fait, et à renvoyer peut-être pas que du positif parce que sinon, en fait, je conforte un truc que je veux pas conforter, mais...

D'accord. C'est un exercice délicat, oui. Et par rapport au ressenti de l'enfant ? Là, vous parlez du milieu dans lequel il évolue et puis de la représentation que ses parents peuvent avoir de ce qui est pathologique ou pas. Mais par rapport au ressenti de l'enfant... Est-ce ça, ça rentre en ligne de compte ? Par exemple, votre enfant, au-delà de ce qu'ont pu dire ses parents, lui, il en pensait quoi ?

Il en pense pas grand-chose (rires).

Et ça, ça influe sur votre décision ? Le fait qu'il n'en pense pas grand-chose ? Je veux dire : est-ce que ça va vous inciter à ne pas le prendre en charge si jamais vous sentez qu'il n'est pas impliqué, ou qu'il ne ressent pas ça comme une pathologie.

Ça, c'est la question de la motivation de l'enfant, c'est ça ?

Oui. Son ressenti. Le ressenti comme un moteur de la...

Je pense que justement, dans certaines représentations de ce qui est pathologique, la conscience du trouble n'est pas là. Donc du coup, est-ce qu'on peut vraiment se fier à la conscience du trouble ?

En supposant qu'il n'y ait pas d'anosognosie, par exemple, je ne sais pas, pour du logico-mathématique ou un retard de langage, n'importe quoi disons qui...

Bah, je ne sais pas un retard de parole ou langage, les gamins ne sont pas forcément conscients que... que ça foire en fait.

D'accord.

En fait, j'ai l'impression que les enfants sont... ouh, je dis peut-être une grosse bêtise. J'ai l'impression que les enfants sont conscients du trouble quand il y a cette frustration de ne pas être compris et qu'ils doivent sans cesse revenir, revenir, revenir. Mais il y a pas mal d'enfants justement

en retard de parole ou langage qui sont... comme des petits bulldozers ! Ils envoient comme de la dynamite, là ! Et ils n'écourent pas du tout le feedback des autres. C'est d'ailleurs un de leurs grands problèmes, puisqu'on travaille vachement l'attention auditive avec eux. Donc eux, la conscience du trouble, ils ne l'ont pas, en fait. Ils avancent malgré vous, quoi.

D'accord.

Sans parler d'anosognosie, je ne pense pas que la conscience du trouble du patient m'influence. Sa motivation peut m'influencer, je dirais chez les plus grands, particulièrement. À partir du moment où on va dire... à partir du moment où le gamin, il est opposant, il a pas envie de venir. Oui. Ça, ça m'influence. C'est-à-dire : il a pas envie, en fait. Donc s'il a pas envie, il a pas envie.

Chez un adulte où il n'y a pas de motivation du tout, ça peut rentrer en ligne de compte alors ?

Oui, mais c'est vachement compliqué parce que si c'est une absence de motivation parce qu'il est frontal.

Oui.

Donc là, c'est embêtant. Il y a plein de tableaux qui sont pas francs. Là, je pense à un monsieur en ce moment qui vient me voir. Il a quelque chose dont l'étiologie n'est pas... Ils n'ont pas trouvé exactement ce que c'est... Il a de multiples... Apparemment, c'est pas forcément des foyers ischémiques, je ne sais pas, mais il y a de multiples petites zones qui posent problème. Il n'y a rien qui est vraiment décrit en frontal. Il y a plutôt des choses temporales, sauf qu'en fait dans sa présentation, il a toujours une façon de me dire que je suis belle, de vouloir m'attraper la main, je me dis... Voilà...

Des petits soucis d'inhibition...

Oui. C'est un monsieur dont la motivation est comme ça (illustre par un pointage digital « en dents de scie »). Est-ce que je prends en compte sa motivation ? Est-ce que c'est sa vraie motivation ?

Dans un cas comme ça, vous vous basez sur quoi ? Vous revenez vers le bilan ? Vers les données chiffrées ? Vous faites quoi ?

Dans un cas comme ça, je change d'avis chaque semaine. Je ne sais pas ce qu'il faut faire.

Et l'entourage ?

J'ai pas de réponse, j'essaie de faire ce que je peux en ayant conscience que c'est pas génial. J'essaie de m'accrocher... enfin je pars de ce que j'ai vu en bilan pour proposer des activités. Après je regarde quels sont les types de stimulations que le patient accepte ou pas. Il y a certaines choses qui le font travailler et qu'il accepte. D'autres choses qui le font drôlement travailler mais qui pour lui, sont soit pas intéressantes, ça le motive pas du tout, et du coup il fait de la merde exprès parce qu'en fait il est en train de me montrer que ça ne l'intéresse pas. Donc hop, on enlève : c'est pas intéressant pour lui. Il prendra pas. Il y a d'autres choses qui lui montrent de façon trop aigüe qu'il est déficitaire et qui sont violentes donc hop, j'enlève. J'ai peut-être tort d'enlever, mais je me dis qu'il ne vient pas... il ne voit qu'une personne extérieure par semaine, il ne vient pas pour se faire violenter. Donc j'essaie de lui trouver une activité qui travaille quelque chose que j'ai repéré en bilan, mais qui pour lui soit acceptable parce qu'il y prend une certaine forme de plaisir, et parce qu'il se sent quand même travailler. Ça lui fait plaisir de se sentir travailler, et que ça le met pas trop en échec non plus, que c'est pas trop violent.

(Acquiesce)

Et après on essaie de tenir compte des fluctuations, des jours où il est dedans, et des jours où il n'est pas du tout dedans et il a juste envie de digresser. Du coup des fois... parfois ça fait des séances qui sont vraiment... où vous vous dites « ah tiens, j'ai vraiment fait ce que j'avais prévu », et d'autres fois pas du tout.

La notion de plaisir, ça joue aussi ?

Pour moi oui. Surtout avec des adultes. Des adultes, je parle « neurodégénératif ». J'ai pas d'adulte en post-AVC. Alors le plaisir ne joue pas dans toutes les rééducations. J'ai une adulte qui vient en déglutition. Il y a zéro plaisir, et il n'y en aura pas. C'est pas très amusant ! Mais en neurodégénératif, beaucoup, oui. Beaucoup, beaucoup, beaucoup.

Ok.

Enfin pour moi. Dans l'idée que finalement, les gens viennent chercher de la communication. Ils ont très peu de communication, particulièrement en ce moment. Mais même en général, ils ont peu de communication parce qu'en fait, comme ils sont... ils sont pénibles pour leurs interlocuteurs, il n'y a plus beaucoup de gens qui acceptent de les écouter tourner en boucle. Et donc en fait leur donner... restaurer les codes d'une conversation, je trouve que c'est très intéressant. Et forcément c'est une chose à laquelle ils prennent du plaisir.

Et donc ça, ça entre en ligne de compte sur le fait de prendre en charge un patient ou pas ?

Non, c'est quelque chose que je vais essayer de faire.

C'est une fois que vous êtes en rééducation ?

Oui. Mais pour décider de prendre en charge, je ne sais pas... On ne peut pas savoir en fait. Je ne sais pas. Est-ce qu'on peut vraiment savoir ? Si la personne était très opposante au bilan, je pense que je ne prendrai pas en charge, mais je ne pense pas que j'en aurai puisqu'on peut avoir dans le cadre hospitalier parce qu'on s'impose dans la chambre des gens. Mais là, ce sont eux qui viennent donc... ils ont accepté de venir quand même... Je sais pas.

Ok... (Silence).

J'ai l'impression que je pars dans tous les sens

Non, mais c'est bien !

Donc...

Non, mais c'est super ! J'ai coché pas mal de trucs : qu'est-ce qu'il me restait ? On pourrait revenir sur les données qualitatives que j'avais distingué des données chiffrées... Est-ce que vous vous basez plus sur le qualitatif ou sur les repères objectifs, chiffrés... ?

Je dirais les deux ! Et d'ailleurs les bilans chiffrés nous invitent à nous baser sur du qualitatif aussi. C'est-à-dire, je pense à des trucs... à des épreuves d'exams où on dit : « ce qui compte, ce n'est pas uniquement la réponse que donne le patient, c'est comment il se trompe » ; ça, c'est du qualitatif. Quel type d'erreur il fait ? Donc finalement les bilans normés nous envoient souvent sur une attention apportée au qualitatif. Je trouve. Alors après, il faut accepter par contre que quand on nous invite à regarder du qualitatif, on ouvre une petite porte dans laquelle on va perdre... dans laquelle on n'aura pas... plus de repères. Le qualitatif ne peut pas être écrit de façon exhaustive. Je crois que c'est ce qu'ils ont essayé de faire dans « la chute dans la boue » là ! Mais du coup, ça donne un truc immonde à côté. J'ai jamais essayé de le coter en vrai. C'est juste qu'il faut... d'ailleurs c'est très très chouette quand on

est dans des épreuves justement chiffrées qui peuvent nous donner un argument factuel qui nous dise « ok, on peut prendre en charge, il y a vraiment un truc qui est décroché », mais que derrière on dise « ok, regardez le qualitatif ». Je trouve ça hyper intéressant. Je pense aussi. Ça me fait penser à ça parce que je l'ai passé il n'y a pas longtemps : Test de Langage Élaboré, en neurologie.

(Acquiesce)

Vous avez une grille de cotation qui vaut ce qu'elle vaut. Et derrière, vous avez « quelques pistes proposées pour l'interprétation qualitative » qui ne sont pas exhaustives. Et du coup, c'est très embêtant parce que vous regardez votre patient et vous vous dites que ça ne rentre dans aucune case. Néanmoins on vous invite à la faire, cette interprétation, et elle est vachement intéressante.

(Acquiesce). Et au-delà du bilan, les données que vous aurez observées par vous-même... Est-ce que vous accordez de l'importance à tout ce que vous pouvez observer en dehors des données du bilan ? Ca rejoint peut-être un peu l'expérience clinique, mais...

En dehors du bilan, comment ça ?

Les données de votre propre observation... mais je rejoins l'expérience clinique, là...

J'ai pas d'exemple en tête, mais je pense que ça joue.

Oui. Mais on rejoint l'expérience clinique... Et sinon, par rapport à votre relationnel... Est-ce que vous pensez que vos qualités relationnelles peuvent jouer aussi dans la décision ? Le fait d'être plus ou moins à l'aise avec quelqu'un... à la fois vos qualités relationnelles et la qualité de la relation en elle-même.

Oui surtout ça je pense.

Oui.

Parce que les parents, en fonction de comment vous amenez les choses, de comment la communication passe, les parents ou le patient ne vont pas lâcher les mêmes informations. Si vous arrivez à prendre les choses par le bon bout, si la communication passe bien, si tout se déroule de façon fluide, que la... et ben vous aurez peut-être accès à plus d'informations. Et au contraire, des fois vous vous coupez de... parce qu'à ce moment-là vous êtes fatigués, pas disponibles, parce que vous ne trouvez pas le bon canal pour vous ajuster à ces personnes-là qui sont en face de vous. Vous passez à côté d'une information énorme qui vous aurait incité à prendre en charge, en vous disant « oh la vache, il y avait ça et je ne l'ai pas vu ».

(Acquiesce)

Je pense que ça joue beaucoup.

Ok. Et là, vous me parlez aussi de votre état du moment : est-ce que ça peut jouer, l'état de santé ou l'état affectif de l'orthophoniste ?

Du coup, pour moi, oui, parce qu'on n'est pas... et l'état du patient aussi d'ailleurs. Au cours du bilan, s'il est fermé comme une huître et qu'il n'a pas envie de parler, et ben vous accédez à quoi comme information ? Non, mais on rate des trucs qui sont parfois des trucs hyper importants, et sur lesquels on ne reviendra pas. Ou bien qu'on redécouvrira, mais peut-être dans un an : « ah mais en fait, il y avait ça ! ». Et en fait on n'en avait pas parlé au moment du bilan. Et après on est partis sur la prise en charge et ça s'est déroulé, ça a suivi son bonhomme de chemin, et un an après : poum ! C'est... je pense à un patient que j'avais vu en stage... et donc ce jeune était suivi depuis des années et on fait

le bilan de renouvellement. On découvre au bilan de renouvellement qu'en fait il avait un syndrome génétique. Il n'avait pas de dysmorphie, ça se voyait pas. Mais par contre, ça expliquait tout un tas de trucs, en termes de ralentissement cognitif... une grande lenteur, mais c'était complètement lié à ça. Et ça faisait des années qu'il était suivi. Enfin, des années, ça devait faire deux ans puisque c'était son deuxième bilan. Et au premier bilan, en fait, est-ce que les gens n'avaient pas confiance ? Est-ce qu'ils étaient eux-mêmes pas dans un bon jour, fatigués ou c'était l'orthophoniste qui n'avait pas posé les bonnes questions, qui n'était pas... Est-ce que la relation de confiance n'était pas bien nouée ? Enfin je ne sais pas, mais en tout cas, l'information n'était pas...

On ne vous a pas transmis l'information.

L'information n'était pas sortie. Elle est sortie au bilan de renouvellement.

D'accord.

Et elle a expliqué tout un tas de trucs, et peut-être qu'elle aurait changé la prise en charge. Je ne sais pas.

Et d'un point de vue plus général, la qualité des relations que vous pouvez avoir avec l'école, avec les structures d'accueil, les structures de santé, etc., ça peut jouer ? Pour la qualité des transmissions d'informations...

Oui. Je pense que oui. Parce qu'on accède à plein d'informations hyper intéressantes par l'école quand même. Là je pense à une gamine par exemple où j'avais posé quelques questions. Je la trouvais sous l'eau, cette petite. J'ai posé des questions autour de l'alimentation qui ont été assez vite réglées. Et en fait, bah, en discutant avec la maîtresse, je vois que... j'apprends que la petite fille ne mange rien du tout à la cantine. Et là, elle me revient en boule de neige, en fait, la famille ne veut pas qu'on touche à ça, finalement. Ils ne veulent pas qu'on parle de ça. Parce que pour eux, leur petite fille est capricieuse. Mais clairement, cette gosse, elle a tout à fait un profil de dysoralité. Mais ils ne veulent pas qu'on fasse ça.

D'accord.

Mais du coup, ça, ce sont des informations que j'ai par l'école. Et je me dis « tiens », même si c'est très fragile chez moi, mais je me dis « ah, ben, ils me l'envoient pour de l'articulation, il y aurait comme un lien, quand même ». Voilà, c'est ça. Et puis on accède aussi par l'école à des informations sur la socialisation du gamin. Est-ce qu'il arrive à avoir des amis ? Comment il se comporte avec les autres ? Voilà, comment il se comporte en groupe ? Parce que ça on le voit jamais. Mais si c'est... ça, évidemment, ça n'influe pas sur la décision de prendre en charge ou pas, ce qui apparemment est votre sujet (rires). C'est plus dans le sujet de la relation, je dirais.

D'accord. Nous parlions des relations avec les structures, et est-ce que les ressources dont vous disposez... est-ce que ça, ça peut jouer ? Là, vous travaillez en libéral, non ?

Oui.

Est-ce que ça, ça peut jouer ? Les moyens dont vous disposez ? Les limitations de temps, de ...

Si on prend compte les formations, oui. Il y a certaines pathologies où j'aurais du mal à prendre, mais je me suis dit que j'allais essayer quand même. Mais peut-être que je dirais aux gens que je prends que je les prends dans l'attente qu'ils trouvent un orthophoniste plus spécialisé qui pourrait mieux les accompagner juste pour pas qu'ils aient de trous. Mais oui, des moyens en termes de formations auxquelles j'aurais pu accéder par exemple.

D'accord.

Je me suis demandé aussi mais je sais rien parce que finalement j'ai jamais eu de patient en voix encore, mais mon cabinet est très petit. Je ne peux pas faire allonger les patients. Enfin mon bureau est tout petit. Je ne sais pas mais ça pourrait éventuellement jouer. (Silence). J'ai pas eu le cas encore.

Et le lieu dans lequel vous exercez ou peut-être le mode d'exercice ? Le fait d'être en libéral plutôt qu'en structure ? Ça pourrait changer le fait de décider qu'un patient est pathologique ou pas ?

C'est tendu parce que quand on nous envoie quelqu'un et qu'on est en libéral, on aura plein de questions mais pas forcément les réponses à ces questions, alors qu'en équipe, on peut quand même aller les poser au médecin, au neuropsychologue, à toutes les autres personnes qui graviteront autour du patient.

Donc ça joue ?

À mon avis. (Silence).

Ok. (Silence). Je crois qu'on a à peu près tout balisé... J'aurais une dernière question : de façon plus générale, comment est-ce que vous définiriez la pathologie en orthophonie ? Et la santé ?

Écart à la norme !

Écart à la norme. Et qu'est-ce que la norme, alors ?

La norme, c'est le résultat moyen obtenu à l'épreuve (rires).

Et la frontière entre normal et pathologique ?

1,65 ou 2 écarts-types.

D'accord. (Rires).

J'ai pas mieux pour l'instant. Non, mais si, j'ai bien conscience que ça doit s'enrichir et que c'est pas si binaire que ça, que ça se pondère en fonction de... du ressenti de la personne et de ses besoins, qu'il y a des personnes qui sont à -2 écarts-types, mais qui n'ont pas envie ni besoin d'un suivi, donc il n'y a pas besoin de les prendre en charge. Inversement, il y a des personnes qui ne sont pas encore à -2 écarts-types ou qui ne le sont peut-être pas, mais qui sentent en elles-mêmes que ça dysfonctionne. Donc, du coup, ça s'entend. Donc finalement, le ressenti de la personne, son jugement sur sa propre performance est important, pour déterminer ce qui est pathologique.

Sa propre performance ?

Oui, si elle est gênée, c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas.

Donc sa propre représentation de la norme, selon vous, ça influe ? La représentation de la part du patient, je veux dire.

Oui parce que si il se sent pas pathologique, ça sert à rien de... Si vraiment il se sent pas pathologique et qu'il en a pas besoin. Ça veut dire qu'au niveau fonctionnel, il n'a pas de plainte, donc, bon, rien à faire. Par contre, s'il se sent gêné...

Ca, vous le prenez en compte dans votre pratique ?

Oui.

Vous essayez de sonder l'avis de...

Oui.

La représentation qu'a le patient, c'est ça ?

Oui. « Est-ce que vous, vous vous sentez... ? », là je pense plutôt aux adultes, hein ! « Est-ce que vous vous sentez comme avant ? Est-ce qu'il y a des moments où vous êtes gêné ? ». De toute manière, c'est important parce que sinon vous n'avez pas de ligne, vous ne savez pas quoi... sur quoi vous appuyer, quoi. Vers quoi partir. J'ai un monsieur en ce moment, il est complètement prosopagnosique ! Mais ça ne lui pose aucun problème. Bon, donc j'ai essayé de travailler ça deux, trois fois, et puis j'ai vu qu'en fait, comme ça ne lui posait pas de problème, ça ne servait à rien de travailler ça. Je ne le ferai plus.

D'accord. (Rires). Ok, parfait. Il me reste les questions d'ordre signalétique. Déjà, votre âge, est-ce que j'ai le droit de vous le demander ?

Je suis de 1982, j'ai 38 ans.

1982, ok. Vous avez été formée à Strasbourg. Vous aviez fait quoi comme autre formation avant ?

J'ai fait une école de journalisme, un master en droit public et un master en journalisme juridique.

Donc vous avez occupé d'autres postes avant ?

J'ai eu plein de petits postes. J'ai fait journaliste pendant deux ans et demi, et après chargée de communication pendant neuf ans.

D'accord. Et donc, vous êtes orthophoniste depuis...

Cinq mois.

Ok... Est-ce qu'il y a des éléments que l'on pourrait avoir oublié et qui influenceraient votre représentation du pathologique en orthophonie ? Est-ce qu'on tout balisé ou y a-t-il des choses qui vous semblent manquer ?

Je ne sais pas. Je pense que par rapport à des orthophonistes expérimentées, ça peut être intéressant de voir l'évolution... mais c'est peut-être ce que vous faites déjà... Ce qui peut être considéré comme pathologique maintenant ne l'était peut-être pas avant ou vice-versa. Tout à l'heure, on parlait du bilinguisme. Je pense que leur discours a beaucoup changé par rapport à... il y a vingt ou trente ans. Et puis, oui, je pense que ça, c'est intéressant. Avec une madame comme madame B., ça peut être intéressant.

Oui. Je la vois à 17h30 aujourd'hui (rires).

Oui parce qu'elles... Si jamais, ma directrice de mémoire par exemple pourrait aussi être intéressante là-dessus parce qu'elle m'en a parlé régulièrement. Du fait que quand elle a été formée il y a trente ans, c'était super psychanalytique et que du coup, notre vision de ce qui était pathologique n'était pas du tout la même. Et notre vision du « pourquoi on prenait en charge » aussi... elle disait que le langage était toujours ramené à une dimension instrumentale, instrumentale, instrumentale. Comme un peu soumise, plus basse que tout ce qui était psychisme... bon c'est intéressant. J'arrive pas à capter tout parce que j'arrive pas vraiment à me représenter clairement quels enseignements ils ont pu recevoir à l'époque. C'est pas très clair pour moi tout ça, mais ça doit être intéressant.

Oui. Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ?

Non.

ANNEXE III : ENTRETIEN 2

Ça ne vous embête pas si j'enregistre ?

Je pense que c'est plus simple pour vous, pour la prise de notes ensuite, non ?

Oui voilà, c'est pour retranscrire.

Il n'y a pas de soucis.

Alors on peut commencer ?

Oui.

Si vous avez une prescription de bilan avec rééducation si nécessaire, ce qui m'intéresse, c'est de savoir quels sont les critères qui vous permettent de dire que c'est nécessaire. En fait, ce qui vous permet de dire qu'un patient est dans le normal ou dans le pathologique.

(Acquiesce).

C'est quoi pour vous le plus important ?

Pour moi, le plus important, c'est suite au bilan, de voir par rapport à, d'une part l'analyse entre guillemets « clinique » que j'ai pu passer. Et ensuite, ce que j'ai pu observer en clinique sera conforté par les écarts-types que j'aurais pu voir ou du moins, la partie « test » ensuite confortera mon point de vue que j'avais pu avoir d'un point de vue clinique.

Ok. Donc c'est en priorité l'expérience clinique et ensuite le...

Oui je dirais plutôt le clinique et ensuite au final, ce que j'ai pu observer dans le clinique sera conforté normalement par les résultats étalonnés que je pourrais avoir suite à la passation du bilan.

Donc la chose la plus importante pour vous, ça serait l'expérience accumulée ? Est-ce que vous distinguez l'expérience clinique du niveau de connaissances théoriques ?

Oui, je dirais que... Non, je ne fais pas forcément la différence. Les deux se rejoignent. Je vais être nourrie par la théorie qui va du coup faire écho à la pratique.

D'accord. Et dans votre pratique, est-ce que l'intuition a une place importante ? Qu'est-ce que l'intuition clinique pour vous ?

Une bonne question. L'intuition clinique... Je dirais que par... avant même éventuellement de voir vraiment l'enfant dans une activité précise, peut-être de par déjà tout ce que les parents auront pu dire lors de l'anamnèse, ça pourra déjà me guider dans une certaine direction. Je me dirais « je peux déduire qu'on va aller creuser dans ce domaine-là ».

Donc vous prenez aussi en compte le... la plainte... ou le ressenti du patient ?

Oui la plainte du patient dans un premier temps, et après tout ce qui va apparaître dans l'anamnèse qui au final va me mener vers... Même si je n'ai pas un bilan prêt d'avance, je vais aller creuser dans cette direction. Ça me semble intéressant de... Je suspecte éventuellement qu'il y ait du coup un trouble aussi dans cette direction-là, ou que ce symptôme qui est décrit peut être expliqué par tel ou tel point.

D'accord, est-ce que vous pensez que l'entourage du patient peut avoir une influence sur votre décision ? L'entourage ou le...

Par rapport à la direction vers laquelle je vais tendre ?

Oui pour décider si un patient est normal ou pathologique. Est-ce que vous pensez que ça peut avoir une influence... l'avis de l'entourage ?

Oui je dirais quand même. Je ne sais pas. Même si je fais un bilan et que par rapport à la norme, le patient est dans la moyenne, mais que les parents insistent quand même sur le fait que... certes il est peut-être dans la norme, mais à la maison, on se rend compte de telle et telle difficulté. Dans ce cas-là, je vais peut-être quand même faire une ou deux séances de plus, ou je vais quand même entamer une prise en soins pour vraiment être sûre de mon diagnostic, au final...

D'accord.

...et éventuellement creuser dans d'autres directions, ou approfondir certaines... certains points du bilan que je n'ai peut-être pas suffisamment creusé. Mais oui, je me dirais que les parents connaissent quand même très bien leur enfant, ou que l'entourage connaît très bien le patient, et que s'il y a une plainte, elle doit quand même être écoutée, et éventuellement être creusée davantage.

Donc c'est à la fois les motivations des parents, ou le ressenti des parents, et du patient, c'est ça ?

(Acquiesce).

Vous prenez en compte un tout, quoi.

Oui, j'essaie de voir le patient dans sa globalité. Non pas juste le patient qui est devant moi lors du bilan, mais le point de vue des parents, en lien après avec ce que je peux observer dans mon bilan, on va dire.

(Acquiesce)... Est-ce que ça vous est déjà arrivé en bilan que les valeurs, les croyances d'un patient ou de son entourage influent sur votre décision de le prendre en charge ou pas ? Est-ce que ça vous a déjà posé problème ou amené à faire évoluer votre point de vue ?

(Silence). Là, j'ai pas d'exemple précis qui me vienne en tête.

Vous ne vous êtes jamais heurtée à des valeurs ou des croyances ? Ou même si les valeurs sont proches des vôtres, est-ce que vous pensez que cela peut nourrir vos propres critères de jugement ?

Oui. Si, là, j'ai un cas qui me vient. Mais après je pense que c'était plus culturel. C'est par exemple une famille où le papa est d'origine africaine. C'était pour une demande de bégaiement. Le papa lui-même bégaiet et le petit garçon était bègue également. Donc même en expliquant tout le côté scientifique avec la possibilité d'avoir un contexte génétique. Pour lui, en gros, pour le papa, le bégaiement, c'était plutôt lié à un sort qui est jeté ou une malédiction. Donc il venait parce qu'on lui avait dit, parce que sa femme pensait que l'orthophonie avait sa place dans la prise en soin de son enfant. Et là, on était confronté à deux points de vue totalement différents, où effectivement moi je me suis remise en question aussi, et c'était intéressant d'avoir ce côté-là avec un choc, ou des écarts on va dire, d'un point de vue culturel. Mais après, c'est le côté « formation scientifique » où on sait qu'il y a ce biais-là entre guillemets, mais une prise en soin semble tout à fait... semble prendre sa place, on va dire.

Donc, ça n'a pas spécialement joué ? Vous cherchez à en faire abstraction plus qu'autre chose, ou vous le prenez quand même en compte ?

J'ai quand même essayé de le prendre en compte, en me disant que pour le papa, c'est quand même quelque chose qui paraît important pour lui, et c'est vrai qu'on a quand même entamé une prise en soin. Et au fur et à mesure, le fait de prendre le temps, de s'écouter, de comprendre un petit peu comment ça se passait pour lui, quel était son ressenti ou le côté on va dire... oui, culturel qui était derrière. C'est le fait de pouvoir mettre à plat les choses. Ça a quand même aidé à... On a pu ensuite entamer une prise en soin, oui.

Et au-delà des valeurs et des croyances, plus généralement, est-ce que le milieu économique, socioculturel, linguistique, est-ce que vous pensez que ça joue ?

(Silence)

Donc toujours pour votre propre frontière entre normal et pathologique.

... Je dirais que c'est plus des apriori, en se disant qu'on a peut-être plus de risques d'être du côté pathologique quand on voit un enfant qui arrive avec un milieu qui va être peu porteur. Plus d'apriori qui finalement... le fait de discuter avec la famille permet de lever ces apriori.

Et vos apriori peuvent... objectivement avoir un impact sur votre perception ? De façon générale, le fait d'avoir un apriori... est-ce que vous avez plus de chances de prendre en charge avant même d'avoir commencé ?

(Silence).

J'imagine que vous essayez d'éviter ça, mais...

Oui c'est ça, j'allais dire. En début de pratique professionnelle, je pense que c'est... que c'était plutôt clivant, j'allais dire. Et là, maintenant, j'essaie vraiment de lever entre guillemets ces apriori, et au final de me dire « voilà, je pars d'une feuille blanche et à la limite, moins j'en sais avant le bilan et plus j'arriverais à rester objective au final ».

Vous essayez vraiment de...

Oui, de faire abstraction... de laisser mes apriori de côté, on va dire.

D'accord. Et par rapport justement à l'objectivité : les repères objectifs que vous pouvez trouver dans la littérature, la règle des deux écarts-types par exemple...

(Acquiesce)

...vous y accordez une grande importance ? Vous en parliez au début, mais vu qu'on a exploré plutôt l'autre champ, je reviens vers les données chiffrées.

Oui j'en tiens compte et je m'en sers vraiment pour asseoir un diagnostic, oui.

C'est quelque chose de central pour vous ? Ou c'est à relativiser ?

Je pense que ça me conforte et ça me rassure dans le rapport à la norme. En me disant « oui, il est en dessous de deux écarts-types. Du coup, ce que j'avais pu pressentir d'un point de vue clinique, c'est avéré par des chiffres ». Après, c'est vrai qu'on nous demande de plus en plus de reporter les écarts-types dans les bilans pour... les dossiers MDPH... voilà de devoir se justifier. Et je trouve que ça permet de... voilà. Et puis après je trouve que de pouvoir avoir un comparatif... Quand vous faites un bilan de renouvellement, c'est pas juste un côté... voilà c'est le clinique, éventuellement de l'intuitif ou de se dire « voilà, j'ai une donnée chiffrée là que je peux comparer en direct avec d'autres données chiffrées

qui me permet vraiment de justifier d'une évolution, ou de pouvoir redemander un bilan de renouvellement ».

Ok. Et par rapport au bilan en lui-même : la validité que vous accordez au bilan... J'imagine qu'en fonction des bilans, vous ne les jugez pas exactement de la même façon. Parfois on peut estimer que tel bilan est plus étayé scientifiquement...

(Acquiesce).

...Cette validité-là, est-ce que vous y accordez une importance capitale ou est-ce que vous appliquez la même chose à tous les bilans ? Je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire...

Oui je vois ce que vous voulez dire. Ce que j'essaie, c'est qu'avant d'acheter un bilan, je vais essayer de me renseigner sur l'étalonnage, le nombre de personnes ou de patients qui se sont prêtés volontaires... Enfin de vraiment voir si le bilan a été bien validé d'un point de vue... si scientifiquement, ça tient la route, et après oui je fais entière confiance au test. Avant d'investir et d'acheter un test, je vais me renseigner sur la validité du protocole et de l'étalonnage.

D'accord. Et au-delà des données chiffrées, des données plus... quantitatives, quelle importance accordez-vous aux données plus qualitatives ? À tout le reste en fait ? Enfin, vous parliez tout à l'heure de l'anamnèse, je pense aussi à tout ce qu'on peut observer en plus. Et aussi, toutes les productions, qu'on ne peut pas nécessairement détailler de façon écrite...

Oui.

...la partie plus qualitative du bilan.

Oui, je vais en tenir compte. Dans quel sens, qu'est-ce que vous voudriez savoir plus précisément ?

C'est toujours pour essayer de comprendre comment est-ce que vous construisez cette frontière entre le normal et le pathologique.

(Acquiesce).

Ce qui est pour vous le plus important. Cette partie plus qualitative, est-ce que vous en tenez autant compte que les données chiffrées ? Ou pas ? Comment ? Qu'est-ce que ça veut dire pour vous ?

Je dirais qu'on ne peut pas... Je trouve qu'on ne peut pas réduire un patient à un écart-type, et du coup, on a besoin effectivement de tout ce côté, on va dire, de la perception qu'on a du patient, de l'interaction qu'on peut avoir avec le patient. Je dirais que dans un bilan, j'aurais effectivement plutôt le côté « données chiffrées » qui va ressortir, mais je me baserais quand même beaucoup sur le côté clinique pour savoir dans quelle direction je vais pouvoir aller. Comment est-ce que l'enfant a réagi à tel et tel élément, donc je trouve que c'est un juste équilibre à trouver entre les deux.

D'accord. Et l'aspect relationnel ? Je veux dire : le feeling que vous pouvez avoir avec un patient ou vos propres qualités relationnelles. Vous pensez que ça joue, ou vous tentez de vous en défaire un maximum ? Ou vous l'intégrez comme quelque chose qui fait naturellement partie de ce processus ?

Oui, je serais plutôt dans cette optique-là. De vraiment essayer de l'intégrer. Je trouve que ça a quand même son importance, le côté relationnel... C'est pas quelque chose dont j'essaie de me détacher, on va dire.

D'accord. Vous l'acceptez.

Oui.

Je voudrais revenir sur ce qu'on disait tout à l'heure par rapport aux valeurs et croyances du patient. Est-ce que les vôtres peuvent influencer sur la décision ?

Je dirais que non. Toujours dans cette idée d'être la plus objective possible, de faire fi de nos croyances, de nos apriori ou...

D'accord. Dans votre démarche plus scientifique... vous essayez d'être objective au maximum.

Au maximum, oui.

Ok. Et par rapport à cette objectivité, j'imagine que vous vous reposez sur des modèles théoriques. Il y a nécessairement des courants... Quelle importance accordez-vous à cet aspect-là, en fait ? À vos courants ?

(Silence).

J'imagine que vous vous inscrivez toujours dans des courants théoriques... Est-ce que ça a une influence ? Ou pas tant que ça dans votre pratique ? C'est quelque chose d'un peu lointain ?

Oui, je dirais que c'est quelque chose d'un peu lointain que je réactualise par des formations. Mais je ne vais pas dire que je suis en permanence avec le nez dans des schémas, et à tout le temps vouloir justifier de quelque chose, parce que j'ai une référence à la théorie. Je pense que c'est quelque chose qu'on intègre et qu'on a tout le temps en arrière fond... Mais je ne dirais pas que j'ai une approche hyper rigoureuse et scientifique...

Ca n'est pas quelque chose de prédominant...

Je dirais non.

Et alors un peu plus localement, est-ce que vos rencontres professionnelles peuvent l'influencer... ? Votre perception du pathologique de façon générale ?

Oui, je pense que dans les discussions, on fait régulièrement des discussions de cas, et je trouve qu'on peut se laisser influencer par... oui par des collègues qui vont plus facilement placer un enfant dans le pathologique, alors que moi je l'aurais placé plutôt... proche de la norme. Oui c'est quelque chose qui amène à réflexion. Je pense que ça peut justement m'orienter dans une direction ou dans une autre.

Sur un cas en particulier à chaque fois ou de façon générale ? Vous pensez que ça peut faire bouger ce curseur... normal/pathologique ?

Oui, je dirais plutôt sur un cas, enfin sur certains cas en particulier, peut-être sur des cas où je me sens le moins à l'aise, et du coup, j'ai eu le besoin d'en parler.

Ça vous arrive souvent d'appeler des collègues ou de discuter avec des collègues ?

Je dirais deux fois par mois, à peu près... pour faire le point ou exposer des cas qui portent à réflexion.

Ok. Et le lieu dans lequel vous exercez ? Peut-être le mode d'exercice également : le fait d'être en libéral. Vous pensez que ça influe ? Si vous exerciez en structure, en maison de santé, ou en... je ne sais pas, autre chose. Est-ce que vous pourriez avoir une approche différente de votre métier et de quels patients vous êtes censée prendre en charge ou pas ?

Je pense que ça doit quand même... oui. À mon avis, ça a une influence. Plus vous êtes amené à dialoguer avec des orthophonistes, avec d'autres professionnels de santé, plus vous avez la possibilité de confronter les points de vue différents, confronter des points de vue différents sur leur rapport à la norme. Je pense que quand vous êtes en libéral et que vous pouvez être un petit peu seuls entre guillemets. Peut-être que oui... on se pose moins de... ou du moins, on a moins de confrontations possibles, ou de possibilités d'échanges qui se présentent. Donc je pense que ça peut avoir une influence.

Donc surtout par rapport aux échanges professionnels que vous pourriez avoir ?

C'est ça. Je pense que ce sont des échanges qui peuvent se faire de manière plus naturelle quand vous êtes en structure. Et là, au final, il faut se donner les moyens d'appeler une collègue, de prendre le temps... d'en discuter. C'est quelque chose qui nous demande plus d'investissement, on va dire.

D'accord. Et en termes de ressources ? Je veux dire, les moyens que vous pouvez avoir sont différents dans un cabinet libéral ou si vous travaillez dans une structure plus grande... Est-ce que l'aspect « ressources disponibles » peut avoir une influence ?

Je dirais « pas trop ». Je pense qu'on peut quand même trouver relativement... enfin on peut trouver pas mal de choses sur internet pour répondre à certaines questions. Donc je ne pense pas que le côté « ressources »... qu'il y aurait une différence à ce niveau-là, entre deux modes d'activités différents.

Quand je dis « ressources », ça peut être les moyens...

...qui sont mis à disposition ?

Oui. Les moyens mis à disposition, le matériel dont vous disposez, le temps, tout ce qui pourrait vous limiter matériellement, au-delà du lieu d'exercice.

Oui.

Est-ce que ça peut changer vos décisions ? Pour prendre en charge tel ou tel patient ? Si vous aviez plus de moyens, est-ce que vous prendriez plus de patients, ou inversement ?

(Rires).

Ce sont juste des pistes à explorer (rises).

Oui (rises). Plus de moyens, ça peut effectivement apporter plus de réponses à vos questionnements. Dans ce sens, je pense que ça peut avoir un impact, effectivement.

Dans votre pratique quotidienne, vous n'éprouvez pas de manques... de choses qui matériellement vous empêchent de faire... Est-ce que vous prendriez plus de patients en charge si vous aviez le choix ?

Non, pas spécialement.

Ok. De la même façon, est-ce que le contexte politique, le cadre juridique peut-être... Est-ce que ça peut vous freiner dans...

Non, je ne dirais pas.

Ce sont des détails ? Ca ne vous a jamais empêché de prendre un patient en charge ?

Non.

D'accord. Et le contexte social ? Par exemple, à A... [nom du village où elle exerce], le contexte dans lequel vous travaillez, le climat social, on va dire. Est-ce que vous pensez que ça influe sur votre pratique et toujours sur cette frontière entre normal et pathologique ? Sur votre représentation personnelle de ce qui est pathologique ? Est-ce que le fait d'évoluer dans un petit village, plutôt...

Il faut que je fasse attention à ce que je dis, du coup (rires).

(Rires).

Non, je ne pense pas que ça puisse influencer mon rapport... mon travail. Je pense que je travaillerais de la même manière si j'étais à Strasbourg ou à Paris.

D'accord.

Je ne pense pas avoir été formatée par le fait de travailler dans un tel environnement.

Ok. Et au niveau de la qualité des relations que vous pouvez avoir avec les écoles, les structures d'accueil... avec les différentes structures, en fait. Est-ce que ça peut vous influencer ?

(Silence).

La qualité des relations que vous pouvez avoir avec tous les... toutes les structures extérieures à votre cabinet ?

Est-ce que le fait d'avoir de bonnes relations ou pas, ça puisse influencer... ?

Oui, avec les professeurs des écoles, avec les structures...

Je pense qu'on gagne à avoir de bonnes relations, mais je pense pas que le fait d'avoir de mauvaises relations puisse...

Ca n'a jamais eu d'influence sur votre décision de prendre en charge un patient ? Le plus honnêtement possible ?

(Silence).

Ce sont toujours des pistes que j'ouvre, hein !

Oui j'entends bien. Non, je ne pense pas, notamment avec des enseignantes. Je me dis qu'on a toujours un point de vue différent, et qu'on n'aura pas forcément le même angle de vue sur le patient, donc je serai à l'écoute de ce que me dira l'enseignante, mais je m'en tiendrai quand même à mes résultats, que j'ai pu obtenir lors du bilan pour justifier ou pas de la nécessité ou pas d'une prise en soin.

Vous visez toujours l'objectivité au maximum.

Oui, j'essaierai de ne pas me faire influencer parce que la maîtresse me dit « mais si, il y a absolument besoin de le voir », en disant « bah, non, par rapport à sa classe d'âge, il est dans la norme ». Dans ce cas-là, ce n'est pas de mon ressort, mais plus du soutien scolaire, par exemple.

D'accord. Et par rapport à vous-même : est-ce que votre état de santé ou affectif du moment... enfin au moment du bilan en tout cas... est-ce que ça déjà joué dans une décision ?

(Réfléchit).

Ou là aussi vous essayez de vous en détacher ?

Oui, je dirai que j'essaie de faire fi de ce qui peut me traverser au moment de... ou de mes états d'âme. Quand je suis face au patient, j'essaierai de rester... objective.

D'accord. Alors de façon plus générale, comment est-ce que vous définiriez la pathologie en orthophonie ? Et la santé ? Qu'est-ce que c'est pour vous ? Qu'est-ce que ça signifie ?

Je dirais que la pathologie, c'est ce qui s'écarte de la norme... Oui, à partir du moment où c'est pathologique, c'est qu'un diagnostic a été posé, que ça a une incidence sur le quotidien du patient. Et le côté « santé », c'est quand tout va bien, quand il n'y a pas de... quand du moins il y a eu un... comment dire ? Que son fonctionnement est correct et correspond à ce qu'on attend pour un patient de cet âge-là.

Vous vous référez à une norme ? Toujours ?

Oui... M'enfin, c'est assez vaste comme sujet, parce qu'un psychiatre vous dira « quelle est... ». Enfin on peut même se poser la question « quelle est la norme ? ». Est-ce qu'au final, on peut dire qu'un comportement est normal ? Ou est-ce qu'on est tous un petit peu pathologiques aussi ? Enfin, c'est... c'est compliqué. Je trouve que dans notre travail, on doit quand même faire appel régulièrement à ces notions de norme et de pathologie, mais qu'après, oui, dans le...

...c'est plus compliqué que ça.

Oui voilà ! C'est pas juste ce... Oui, tout est une question de définition et de point de vue. Enfin, c'est un vaste sujet.

Vous parliez aussi tout à l'heure du point de vue du patient. Est-ce que vous pensez que la définition que peut avoir le patient de la pathologie, ou de sa pathologie, peut avoir un impact sur vos décisions ou sur vos représentations de façon générale ?

Le point de vue du patient sur le... ?

Le point de vue du patient sur la pathologie ou sur sa pathologie.

Oui, je pense pour des pathologies chez les adultes, mais... Le ressenti du patient effectivement, par rapport à, entre guillemets, sa norme, qui était celle d'avant, je ne sais pas... son accident. Et le côté pathologique suite à son accident, ça va me guider... ça m'aidera à mieux appréhender le patient et son ressenti. Oui, ça c'est quelque chose auquel je serai sensible.

D'accord. Donc au-delà de la norme plus objective, donnée par les chiffres du bilan, vous pensez qu'il y aura une partie « point de vue du patient », point de vue la pathologie... qui peut entrer en compte ?

Oui.

Pour être sûr d'avoir compris, ce que lui perçoit de sa pathologie va entrer en ligne de compte dans votre décision ?

Oui.

Ok. Et alors, cette frontière entre normal et pathologique, c'est peut-être un peu la même question, mais... si vous avez des choses à ajouter... Que signifie pour vous cette frontière entre normal et pathologique ? Ce curseur ?

C'est un moyen pour s'orienter, pour placer son curseur : lui, il est plutôt du côté pathologique, lui il est du côté « normé », on va dire. Mais...

C'est plus un repère objectif ? Vous me parliez du point de vue du patient, c'est pour ça que je...

... que vous rebondissez.

Voilà. Je parlais de cet aspect « point de vue ». Pour moi, ce sont deux choses différentes : le côté « repère objectif », et le côté « point de vue », construction, en fait. C'est pour ça que je trouve intéressant de... Là vous confrontez deux choses qui pour moi sont assez différentes.

Oui. Vous voulez dire que le côté « point de vue du patient » serait plutôt quelque chose de subjectif par rapport à cette notion d'objectivité.

Oui. Pour vous, ça se complète ou ça s'oppose ?

Je ne dirais pas que ça s'oppose. Oui, je dirais davantage que c'est quelque chose qui va se compléter.

D'accord.

Je pense qu'il faudrait que j'y réfléchisse de manière plus approfondie pour... (rires). On sent que vous êtes bien dans votre sujet ! (Rires).

(Rires). Tant mieux...

Non, mais c'est vrai que ça ne sont pas des choses auxquelles je vais réfléchir tous les jours dans ma pratique, en fait. Mais je pense que ça peut être intéressant de creuser ce... oui cette approche-là, oui.

Ok. Je crois qu'on a fait à peu près le tour... enfin le tour de ce que je voulais explorer. Alors j'avais encore quelques questions signalétiques : votre âge ? Ca ne vous embête pas ?

Non !

Vous le donnez si vous voulez.

Oui, c'est 35 ans.

Ok. Votre formation ? Si vous avez fait autre chose qu'une école d'orthophonie ?

Non.

Et le lieu de formation ?

C'était à Bruxelles.

Vous êtes orthophoniste depuis combien de temps ?

Depuis 2009.

Et vous occupez ce poste depuis combien de temps ?

Vous voulez dire, là à X... [village d'environ 1000 habitants] ?

Oui.

2015, je crois.

Et vous avez travaillé où, avant ?

J'ai fait un an de collaboration en Guadeloupe. Après, j'ai passé un an à X...[commune d'environ 7500 habitants] où j'avais un cabinet, puis j'ai passé un an à X... [commune d'environ 12500 habitants], et ensuite je suis arrivée à X...

Donc vous avez toujours été orthophoniste.

(Acquiesce).

Est-ce que vous voyez des choses qu'on pourrait avoir oubliées qui pourraient influencer votre représentation du pathologique en orthophonie ?

(Silence).

Si des choses vous viennent à l'esprit...

Oui, je suis en train d'y réfléchir... Non, j'ai rien qui là, spontanément, émerge.

Si jamais vous avez des idées, je reste disponible même après l'entretien.

Oui je pourrais toujours les rajouter. Je vais penser à ça ! (Rires).

(Rires).

ANNEXE IV : ENTRETIEN 3

Si vous avez une prescription de bilan avec rééducation si nécessaire, quels sont les critères qui vous permettent de dire que c'est nécessaire ?

Les critères qui permettent de... ?

Qu'est-ce qui vous permet de dire que... qu'un patient est pathologique ? Que la frontière entre...

Oui.

... normal et pathologique est franchie. Les critères les plus importants pour vous.

Oui, lors du bilan, quoi. Donc déjà, il faut faire l'anamnèse, ça me paraît évident. Donc prendre en compte la plainte du patient. Par rapport à une norme aussi, je dirais, oui de toute façon le bilan objectif... donc avec des épreuves standardisées, par rapport à des écarts-types, etc., des étapes de développement de l'enfant. La notion de chronologie dans le développement du langage, peut-être avec une notion de rétablissement dans le cadre d'une aphasie, enfin quelque chose de cet ordre-là. Peut-être aussi prendre en compte effectivement la plainte parce que parfois on a des résultats qui sembleraient normaux, en conclusion, et le patient ne se sent pas bien du tout, donc prendre en compte tous ces facteurs, je dirais : humain, sociologique, la pression familiale, psychologique, l'état du patient, par rapport à une demande... Je ne sais pas si je me fais bien comprendre.

Donc pour vous, le ressenti au-delà des critères objectifs, des données chiffrées, vous diriez qu'il y a aussi la partie « ressenti du patient », la façon dont il perçoit sa pathologie, c'est ça ?

Tout à fait. Parce que parfois vous avez des... je pense à des séquelles d'aphasie ou vous avez un langage courant tout à fait fonctionnel, mais il a peut-être besoin de retrouver un langage culturel plus étoffé, plus précis, peut-être plus nuancé, etc. À ce moment-là, quand vous lui annoncez que c'est tout à fait normal, que vous ne voulez pas le voir, il va être complètement frustré aussi. Je crois que ça aussi, il faut peut-être en tenir compte aussi... de ça. Surtout simplement si vous faites quelque chose de normatif, de normé, vous allez toujours trouver que... il est à moins deux écarts-types ou un quatre-vingt sept, etc. Donc vous allez dire que c'est encore dans la normalité, mais pour un enfant dyslexique aussi, je dirais : il est parfois dans la normalité, mais à quel prix ? Le coût cognitif de... de la chose, donc il va avoir un résultat, certes dans la norme encore, mais il n'est pas du tout confortable dans son travail, dans son être, vous voyez ?

Oui. Donc, ce que vous me dites aussi, c'est qu'il se représente lui-même sa pathologie, et que c'est tout aussi important, finalement, que les données objectives du bilan ?

Tout à fait.

La représentation qu'il a de la pathologie... ou de sa propre pathologie.

Tout à fait. Et aussi par exemple, dans le cas de la dyslexie, par exemple une vitesse de lecture : un gamin va être capable sur un court temps de réaliser une performance moyenne non pathologique. Sauf qu'il est quand même dyslexique parce qu'il a pris... ça lui fait un coût cognitif énorme pendant un laps de temps, et il ne sera pas par exemple dans la durée, capable de lire un long texte, etc. Donc il faut tenir compte aussi, je pense, de ces facteurs-là.

De l'état du moment, et...

Oui. La façon dont il le fait. Donc peut-être notre observation subjective aussi. Pour moi, c'est super important. Il n'y a pas que les tests. Vous voyez, vous faites un test : l'alouette. Et puis vous dites s'il est pathologique ou pas. Je crois que là, c'est tout notre savoir-faire clinique qui rentre en compte pour évaluer avec lui ce que lui et moi trouvons pathologique dans ce cas de figure. Et qu'on puisse trouver un consensus, peut-être, par rapport à une prise en charge. Un programme thérapeutique.

Donc c'est un échange entre votre représentation et la sienne ?

Oui... qui peut faire aussi foi de prise en charge, enfin voilà. Alors que pour le même résultat objectif, pour certains patients on ne ferait pas de rééducation, pour d'autres, oui. Je crois que ça aussi, c'est toute notre observation clinique. C'est le but même du métier sinon on pourrait faire faire ça à des robots.

Oui.

Enfin j'ai cette impression-là, quoi. C'est notre savoir-faire. Je pense toujours à Madame Borel qui faisait beaucoup de choses très intuitives. Après elle l'a objectivé, mais je crois que ça, ça reste quand même notre moteur principal. C'est la plainte aussi du patient.

Oui, c'est quoi l'intuition clinique pour vous ?

C'est cette observation de ce patient par rapport à son fonctionnement, et par exemple en lecture, je dirais que si on arrive à une lecture fonctionnelle, parce qu'en termes de compensation, puisque dyslexique, on le reste. Si cette lecture est fonctionnelle, et suffit à ce qu'il puisse communiquer normalement, à ce qu'il puisse faire les études dont il a envie, les lectures qu'il veut faire plus tard, etc. À ce moment-là, il est dans une norme, peut-être pas celle qu'on attend de lui, mais une norme quand même. Il se sent normal.

Oui, oui. Donc la façon dont il ressent sa norme, c'est le plus important ?

Oui, je pense le côté « fonctionnel », vous voyez ?

Oui.

Je ne sais pas, je vais chez le kinésithérapeute, j'ai une idée comme ça... J'avais un problème d'épaule. J'ai deux ou trois degrés de moins d'angles possibles au niveau de l'ouverture, mais on n'arrivait pas à faire plus. C'est bien, parce que j'arrive à faire tout ce que je veux faire, vous voyez ? Donc je ne vais pas... il ne va pas se... comment dire ?... s'acharner sur moi pendant deux ans encore, alors que moi, ça me va.

Oui.

Après, intellectuellement parlant, on est peut-être frustrés. Ca, c'est possible, mais je crois qu'il faut savoir tenir compte aussi de ça. Quand un patient veut arrêter la rééducation, parce qu'il trouve que ça va. On se dit « mince, sa dysarthrie, quand même... ». Vous voyez ?

Oui, oui.

C'est difficile, hein ! Je crois que c'est une discussion, c'est plus philosophique que scientifique (rires).

(Rires) Oui ! Alors, vous avez soulevé pas mal de points : tout à l'heure vous parliez de l'expérience clinique. Qu'est-ce que vous entendez par là ? Est-ce que vous distinguez l'expérience clinique des connaissances théoriques ? Ou pas ? Ou c'est lié ?

Expérience clinique, oui c'est évidemment lié, ce sont toutes les connaissances qu'on peut avoir à la fois intellectuelles, enfin sur tous les gens qui ont travaillé avant nous et toute la littérature, et tout. Et la rencontre avec ce que vous, vous observez, ce que vous déduisez. Je pense beaucoup à Montessori qui observait beaucoup les patients et qui a appris énormément simplement en visualisant, en observant à la fois leur comportement, leurs résultats... et confronter ça peut-être à tous les autres cas. Par exemple, je pense à une pathologie : vous avez eu, je ne sais pas, des centaines de patients qui ont eu cette pathologie. Votre observation deviendra de plus en plus fine, au niveau à la fois du diagnostic, et la mise en œuvre de votre plan thérapeutique.

C'est lié aux modèles théoriques aussi, du coup ? À vos modèles à vous ? L'expérience ?

Oui, je pense. Enfin, vous confrontez continuellement toutes vos observations avec des thèses scientifiques. Ça me paraît évident. C'est sûr.

Et les rencontres avec les autres professionnels ?

Oui aussi.

Quelle importance ça a dans votre construction du pathologique ?

Oui effectivement, tout ce qui est formations, bien sûr, et donc rencontres avec d'autres points de vue, d'autres éclairages. Ça, c'est toujours très constructif, ça c'est évident. Ça met en lumière parfois des choses que nous avons mal vues parce qu'on est dans un tunnel ou parce que... Voilà, ça donne toujours une ouverture, forcément. Même les stagiaires.

Et par rapport à vos propres valeurs, à vos croyances ? Quelle place ça prend dans votre construction de... de la norme de façon générale ? Quand je dis norme, je pense à la frontière entre normal et pathologique. Est-ce que ça vous est déjà arrivé de sentir que vos valeurs ou vos croyances, ou celles du patient, d'ailleurs... Est-ce que ça a déjà joué sur une décision ? De prendre en charge ou non ?

Des croyances ? Plutôt culturelles ou... ?

Tout. Les valeurs...

Les valeurs. Je dirais : c'est tellement universel. Ça me paraît tellement universel, le langage, ce média. Ça me paraît difficile de ne pas pouvoir communiquer avec quelqu'un, peut-être... Enfin je ne sais pas. Je ne comprends pas trop la question.

Pour construire votre frontière entre normal et pathologique : est-ce que vous pensez que vos valeurs jouent dans votre décision de prendre en charge ou non ?

Je n'ai pas vraiment l'impression, et je me dis que ça renvoie à nouveau à la demande. Et puis le droit peut-être d'être individuels, d'avoir un droit à la différence. J'ai vu des gens qui ne voulaient pas s'occuper de leurs troubles articulatoires... C'est une norme en France. On prononce le /s/ de telle façon, le /l/ de telle façon. Cette personne-là, en l'occurrence, ne voulait pas. Elle était très consciente. J'ai quelqu'un en tête de très précis. Elle ne voulait pas. Voilà, c'était peut-être aussi son identité, sa façon à elle de se démarquer ou peut-être simplement un symptôme, mais il a droit aussi à ça, enfin d'utiliser ça s'il le veut. Et je crois que dans ce cas-là, ce n'est pas à nous d'être normatifs, et de lui inculquer des... peut-être une culpabilité ou quelque chose. Je crois que ça, il faut savoir peut-être respecter aussi, qu'il veuille aller jusqu'à un certain point et pas au-delà.

D'accord.

Ça serait un peu comme dans une thérapie où le patient peut aller jusque... enfin, il ouvre les portes qu'il veut, mais pas plus. Enfin, je ne sais pas si c'est...

Oui, oui.

Enfin, c'est un peu comme ça que je ressens les choses.

Donc on parlait plutôt ici des valeurs du patient, c'est ça ?

Oui, et par rapport aux miennes. Je ne sais pas. J'ai l'impression qu'on ne les mets pas... Enfin, ça fait tellement partie de vous que... c'est difficile à décortiquer...

...de prendre du recul.

...de prendre du recul. Est-ce qu'on est normatifs parce qu'on est chrétiens, ou je sais pas quoi... ou dans telle culture, ou libérée, enfin je ne sais pas. J'ai pas de réponse.

Ok, et chez le patient, ce que vous prenez alors en compte, c'est plutôt la motivation du patient, c'est ça ? S'il estime qu'il n'est pas pathologique, vous n'allez pas le forcer, c'est ça que vous me dites ?

Non, un soin ne peut pas se forcer. C'est comme un médicament ou n'importe quoi d'autre. Il faut tout l'accord et la participation du patient à son projet thérapeutique, enfin ça me paraît tellement évident que...

Oui.

Je ne pourrais même pas imaginer que ça soit différent, quoi. Bon, après, ça ne veut pas dire qu'on ne l'incite pas à cheminer, au cours de la rééducation. Et peut-être que ce point de vue qu'on a maintenant au bilan, c'est quand même une première rencontre. Peut-être qu'on va réussir à l'amener vers quelque chose de différent après, que ces frontières-là peuvent bouger, probablement. Rien n'est figé dans une rééducation.

Et par rapport à l'entourage du patient ? Est-ce que ça vous est déjà arrivé de ne pas prendre en charge ou de prendre en charge en raison des motivations de l'entourage ?

Oui, oui. Tout à fait.

Même chez les adultes ?

Même chez les adultes, les conjoints parfois, sont plus demandeurs que la personne elle-même. Il faut savoir aussi respecter et expliquer à l'entourage les limites de notre prise en charge.

D'accord. Vous pensez que ça influe sur votre regard ? Que vous avez de la pathologie en général ? L'avis des...

Disons que ça influe dans le sens où ça peut vous énerver quand ils vous mettent la pression, quoi, et que vous ne vous sentez pas vraiment libres, donc vous les virez (rires). Forcément, ce ne sont pas eux qui vous ont contacté. Après, vous devez quelque chose à votre patient mais pas du tout à l'entourage. Et c'est même valable pour les enfants, même pas majeurs, mais qui ont le droit aussi à tout le respect.

Ok.

Ça, c'est plus difficile, par contre. Les enfants, quand on vous les amène, presque enchaînés (rires)

Oui, oui (rires).

Après, c'est à vous de voir et de négocier, et d'être assez doué pour susciter peut-être une demande, enfin voilà, mais ça c'est un autre problème.

Ça vous est déjà arrivé de refuser une prise en charge, enfin de ne pas prendre en charge parce que la motivation du patient était trop basse ? Un enfant qui n'a pas du tout envie, même si l'entourage est demandeur, ça vous est déjà arrivé de...

Oui. Oui, c'est évident. Surtout les adolescents. Je leur explique bien. Ou alors, moi j'ai ce système de faire trois séances à l'essai... gratuites, enfin gratuites dans le sens où ils choisissent ensuite de venir ou pas. Et s'ils disent non, c'est non. Ça c'est clair. Mais ils savent que je suis là et que s'ils ont envie, ils peuvent venir à n'importe quel moment. On fait un état des lieux, et puis ensuite ils choisissent en connaissance de cause. (Silence). Ça arrive, enfin ça m'est arrivé.

D'accord. Et pour revenir alors aux données du bilan, vous me parliez tout à l'heure des données chiffrées, des repères plus objectifs, de développement et tout ça. Quelle est la part de données plus qualitatives ? Je veux dire au-delà des chiffres : je pense à l'anamnèse, je pense à ...

L'anamnèse, oui.

Voilà. Quelle part ça prend dans la représentation que vous vous ferez de ce qui est pathologique ou pas ?

Disons que pour le langage, quand on parle d'un retard de parole ou d'un retard de langage, il faut voir cet enfant peut-être dans une évolution, donc on le voit à un moment donné. Mais il faut tenir compte d'une espèce de chronologie de développement. Il y a des âges où... enfin à tel âge on fait ça, à tel âge on fait ça. Je crois qu'il faut savoir aussi l'observer. Avec l'anamnèse on a des repères pour savoir si c'est tout simplement un petit ralentissement, si c'est... voilà parce qu'il y a eu des événements. Voilà, tout ça c'est intéressant quand il y eu des décès, des choses familiales, je sais pas, des manquements, des absences et je ne sais pas quoi. Ou alors, ça a l'air d'être plus sérieux parce que cet enfant n'est pas rentré du tout dans le langage... Voilà. Peut-être qu'il y a de l'autisme, peut-être qu'il y a des troubles du développement plus importants, enfin etc. Donc ça, c'est super important aussi. Vous n'allez pas considérer non plus un enfant où il y a déjà des diagnostics de fait. Par exemple, une trisomie avec un enfant entre guillemets « normal », vous n'allez pas attendre de lui les mêmes développements, les mêmes étapes, etc. Donc ça me paraît super important aussi de , de ne pas faire... certes, on fait une photo... quand on fait le bilan, c'est une photo. C'est vrai que je préfère les films, parce qu'on voit ce qui se passe. Souvent, quand on refait un bilan, on a une deuxième photo, et on voit, on devine ce qui s'est passé entre temps. Je trouve que ça donne une meilleure image de cet enfant qu'un truc figé à un moment donné.

Et par rapport à ces repères que vous pouvez avoir sur les... je pense aux étalonnages des bilans. Il peut y avoir une validité scientifique plus ou moins grande. Est-ce que ça a une place lorsque vous allez sélectionner... que vous achetez un bilan pour vous en servir, est-ce que la validité que vous accordez au bilan va jouer sur votre décision ? Ou est-ce que vous les considérez tous de la même façon ?

Non, je dirais : c'est pareil. C'est l'expérience pratique qui montre que certains bilans testent mieux les choses que vous voulez voir. À l'intérieur des bilans, avec des épreuves différentes, il y a des épreuves que vous allez piquer à droite à gauche parce qu'elles vous paraissent plus significatives par rapport à ce point ou cette compétence que vous voulez examiner chez cet enfant. Donc si vous voulez faire un truc sur la mémoire, vous avez des tests de mémoire qui sont bien plus fiables scientifiquement

que peut-être le test de mémoire d'Exalang ou de... Vous voyez ? En fonction de ça, vous pouvez choisir, parce que pour le commun des mortels, ça suffirait largement, mais si vous voulez un truc plus pointu, il va falloir piocher dans d'autres batteries. Je crois qu'il y a une évolution aussi au fil du temps puisque les bilans ont vraiment gagné en qualité scientifique. Enfin, au fil du temps. Par rapport au début, quand on a commencé, j'ai connu madame Borel, moi encore (rires).

Oui (rires).

Non, mais pour dire, c'est elle qui a créé l'orthophonie. Avec les moyens qu'elle avait, elle toute seule, avec sa petite équipe, et c'est sûr que ces bilans-là existent toujours... c'est sûr que ça s'est complexifié, heureusement d'ailleurs ! Ça a été retravaillé, et puis diversifié, etc. Enfin, voilà !

D'accord. Et par rapport aux causes plus... extérieures. Je pense à votre lieu d'exercice, l'endroit où vous exercez : est-ce que ça change votre pratique ? Le fait de travailler en libéral dans une petite ville ? Est-ce que vous pensez que si vous travailliez à Strasbourg ou dans un autre type de structure, ça pourrait influencer votre façon de décider de ce qui est à prendre en charge ou pas ?

Oui, oui, je dirais : est-ce que les ruraux ont besoin des mêmes normes que les citadins ? (rires).

Est-ce que vous pensez que vous pourriez exercer différemment ? Le milieu où vous exercez...

Oui, oui, je vois mais je ne pense pas. Honnêtement (rires).

Ce sont des pistes ! J'ouvre des pistes, hein !

Vous pensez que ce sont les mêmes personnes ? (rires). Non, mais je m'imagine à l'île de la Réunion, sur le lagon (rires), enfin, là j'ai un beau jardin quand même.

Avec une vue sur le lagon, est-ce que vous pourriez voir moins de patients pathologiques ? (rires)

Peut-être ! N'écrivez pas ça, hein ! (rires).

Et par rapport au mode d'exercice ? Toujours pas ?

Non, je ne pense pas. Disons qu'en structure, il y aurait peut-être plus de moyens d'échanges avec des collègues, enfin des équipes qui s'occupent du même enfant. Là, entre collègues, on peut se superviser, ou se... échanger. Mais on n'a pas le même support, on a des réunions de synthèse, peut-être que ça vous apprendrait des choses. Oui, certainement. Mais est-ce que ça changerait fondamentalement la façon de travailler, je ne pense pas.

Et d'ailleurs, la qualité des relations que vous pouvez avoir avec l'école, les structures d'accueil, avec les structures en général, est-ce que ça influe ? Toujours sur vos décisions ?

Je pense, oui. Pas plus tard qu'hier, j'étais à une réunion, non avant-hier, j'étais à une réunion concernant une petite. On se pose beaucoup de questions sur... elle a des gestes stéréotypés, des dessins très stéréotypés, des difficultés cognitives, etc. Et donc on va être amenés à guider les parents vers un neuropédiatre. Je pense qu'il y a un problème d'hémicorps aussi, donc voilà, c'est sûr qu'en équipe, c'est plus facile que... Et puis, par rapport à une norme, on se dit qu'il y a certainement des... quelque chose de pathologique mais quand tous les intervenants : les institutrices, la dame du RASED, la psychologue scolaire qui ne l'a pas vue encore mais qui la verra, quand tous ces gens pensent que c'est pathologique, on va glisser aussi vers cette idée que c'est... probablement pathologique, et qu'il n'y a peut-être pas que le langage, que le langage va être un des aspects de cette... pathologie.

Ça peut être construit ensemble ?

Oui, tout à fait.

Si beaucoup de points de vue convergent pour déterminer que le curseur est à cet endroit-là, ça peut vous influencer ? C'est à prendre en compte ?

C'est à prendre en compte. Ça ne veut pas dire que forcément vous ne serez plus objectifs, non plus puisque s'il y a un bon niveau lexical, par exemple, ce qui était le cas pour cette petite, c'est un point fort quand même. On ne va pas dire qu'elle est mauvaise de ce côté-là. Mais on va dire que la flexibilité mentale, moi je trouve qu'elle en manque énormément. Donc elle va rester sur des comportements très stéréotypés y compris dans le lexique, etc. Mais par exemple, elle a un bon niveau lexical. Mais c'est sûr que si beaucoup de gens pensent que c'est pathologique, ça vous conforte dans l'idée que vous avez eue, qu'il y a quelque chose qui coince, quoi.

D'accord, et de façon plus globale : le contexte politique, les décisions qui peuvent changer votre cadre d'exercice aussi. Est-ce que ça, ça rentre en ligne de compte ? Dans quelle mesure est-ce important dans vos décisions ? Ou ça vous paraît lointain ?

Ça me paraît lointain. Ça serait plutôt les pressions scolaires, ou par rapport à des normes scolaires, à des niveaux scolaires, des choses comme ça. Je pense que la pression est peut-être plus grande que purement politique. Le niveau d'instruction, et tout ça. C'est quand même très vaste. Voilà. Non, je ne pense pas que ça joue.

D'accord.

Parce que bon, politique, ça serait par exemple : pour des raisons de coûts, on baisserait le curseur vers la normalité pour éviter d'avoir des coûts... importants par exemple en orthophonie. Je ne pense pas que ça joue beaucoup. Parce que je crois que notre budget... par rapport au budget de la Sécu, c'est minime, l'orthophonie. Donc je ne pense pas que ça rentre en compte pour nous guider vers des décisions qui seraient d'être plus permissifs, enfin disons de... On pourrait baisser le... la valeur de l'écart-type.

Oui, oui.

Enfin ou remonter le...

Oui.

Ça ne me semble pas être le cas.

C'est une décision plus politique que scientifique ?

Je ne pense pas. Franchement, non. Je ne pense pas être manipulée à ce point (rires).

Non, mais c'est une vraie question ! Le fait par exemple de choisir les écart-types, ça correspond à environ 2,5% de la population qu'on a choisi de rééduquer, enfin 2,5% en haut et 2,5% en...

Tout à fait.

Enfin bref, mais c'est une décision aussi, c'est pour ça que je...

C'est sûr, mais si la volonté politique était de réduire les coûts par exemple de nos rééducations orthophoniques, on pourrait bien imaginer qu'on soit plus permissifs de ce côté-là. Mais non, on n'a plus envie de rembourser quand c'est dans la zone de fragilité, par exemple. Donc il faut être carrément dans le pathologique pour qu'on puisse prendre en charge. Alors que nous, très souvent, on rééduque, justement dans cette zone de fragilité. Ça, c'est super important.

Donc vous faites une distinction entre la zone de fragilité et le patho...

...et le clairement pathologique. Quand on a -5 écarts-types, il n'y a pas photo.

Oui.

Mais quand on a -1, -1.5, est-ce que c'est encore pathologique ? On dirait non, mais c'est quand même une zone où on sent que ça ne roule pas tout seul. C'est encore... c'est flou.

Et à ce moment-là, qu'est-ce qui vous fait basculer vers la décision de prendre en charge ?

Peut-être le nombre de... si c'est homogène ou pas, si c'est un seul aspect. Éventuellement, on peut même prendre en charge tel aspect, même en neuropsychy, si vraiment il s'agit de mémoire ou de choses comme ça. Et puis sinon, si vraiment c'est homogène, fragile partout, ça me donnerait plus une indication de prise en charge.

D'accord, si ça n'est pas une seule compétence qui est chutée, mais que c'est quelque chose de plus global, c'est ça ?

Tout à fait.

D'accord.

Par exemple, s'il y a une compétence qui serait touchée, on pourrait imaginer de donner quelques petites recettes et de dire « écoutez, testez ça ». Ou on dit aux parents de travailler un peu ça, ou d'aller vers une neuropsychologue ou une psychomotricienne, s'il y a juste un petit quelque chose, et revoir l'enfant après, enfin voilà. Mais si c'est effectivement plus homogène, je dirais, c'est quand même un signe que le fonctionnement global serait de l'ordre pathologique que normal. Enfin, c'est ça qui me ferait pencher du côté : « je prends en charge ».

D'accord. Le fait que ça soit homogène... On a pas mal balisé... Il me restait l'aspect relationnel. Est-ce que vous pensez que vos qualités relationnelles ou peut-être la qualité de la relation également, sont utiles au bilan ?

Oui. S'il est sympa ou pas (rires).

Oui exactement (rires).

C'est vrai. Ils sont tous sympas ! Il y en a des récalcitrants, c'est vrai, certes.

Est-ce que les gens « pas sympas » ne sont jamais pathologiques ?

Non, si ça ne me plaît pas, que je ne le sens pas ! (ton ironique) (Rires). Bon, c'est sûr qu'il y a des cas plus lourds que d'autres. De toute façon, je n'ai pas rencontré de cas qui me semblaient impossibles. Celui-là, je ne l'ai pas trouvé ! Mais je n'ai pas eu de psychotique vraiment plus-plus (rires).

Bon bah tant mieux !

Il me reste cinq mois donc croisons les doigts (rires).

Et sinon votre état du moment, état de santé, état affectif, état de fatigue, est-ce que ça peut jouer ?

Dans la rééducation, sûrement, parce qu'il y a des fois où on est fatiguée, ça ne va pas bien (rires). Les enfants sont comme des éponges. Ça, ça m'est arrivé. Mais alors le bilan, je ne sais pas. Est-ce que quand on voit tout en noir, on glisse le curseur... ? C'est une bonne question !

En essayant d'être la plus objective possible, est-ce que ça a déjà influencé une décision ?

C'est difficile à dire parce que quand on est dans cet état-là, où ça va mal, on est pas forcément objectif... Je me dis que ça pourrait...

Ça pourrait influencer ?

Ça pourrait peut-être. Si on est sur un petit nuage, je ne sais pas. Je ne sais pas, il faudrait analyser ça scientifiquement.

Oui.

Je ne sais pas. Moi je pense plutôt que si on va mal, on est moins objectif que si on va bien. Ça c'est possible. Mais à prouver.

Donc ça peut peut-être jouer, quoi...

Probablement. Dans toute décision pas scientifique, uniquement, il doit y avoir une part de notre personnalité, de l'état du moment. Peut-être même s'il fait beau ou pas beau, enfin je ne sais pas (rires).

Oui, oui, enfin je comprendrais...

Pour les patients, c'est pareil. Quand tout est morose, et puis en ce moment, ça n'est pas une période super agréable... Déjà, il y a tout le contexte, et puis plus si on a une pathologie, enfin... une aphasie...

Vous pensez que ça aura tendance à pousser chez vous le curseur ? Et vers quel côté, d'ailleurs ?

Non, franchement, non. Mais on remarque que les gens sont quand même plus déprimés. Ça, je le remarque clairement dans ma pratique, là.

D'accord.

On a tendance à voir plus en noir, ou en gris, qu'en période plus normale. Enfin, ces derniers temps, c'est particulier...

Oui.

Enfin très particulier, même. Je ne vois plus les parents. Il y a moins d'échange.

Mais alors... pardon si je ne lâche pas le morceau par rapport à ce curseur... mais quand vous me dites que les gens voient plus en gris, vous me dites que ça joue quand même ou pas ?

Peut-être plus au niveau du patient, de la perception du patient, peut-être. La perception qu'il a de sa pathologie.

Mais pour vous, ça n'influe pas, alors ?

Non. Je reste relativement... Enfin je pense. Après, c'est subjectif. Mais mon observation clinique, plus les épreuves que je vais faire passer, je ne pense pas que ça a changé ma façon de faire les bilans, et de déduire que... qu'il y a plus besoin ou pas.

D'accord.

Je ne pense pas. Honnêtement.

Ok. Et par rapport aux contraintes matérielles ? Est-ce que ça peut jouer ? Le fait d'avoir, je ne sais pas, plus ou moins de temps, plus ou moins de moyens... Les ressources disponibles, disons, de façon générale.

Oui je vois, je vois tout à fait. C'est sûrement une bonne question aussi. À creuser... Je n'ai pas l'impression. Ça ne devrait pas, normalement.

Ça ne vous a jamais empêché de prendre quelqu'un en charge ?

Disons que si on fait un bilan, c'est sûr que si on fait un bilan à la va-vite, c'est moins fouillé, moins précis. Mais bon, ça, c'est du bâclage. Je veux dire, ça n'est pas du boulot.

Oui, oui.

On ne peut pas considérer ça comme normal. Il faut faire ce qu'il faut, et à ce moment-là. Je pense qu'on est assez armés, qu'on a assez de matériel à sa disposition pour faire les choses correctement. Enfin si on est un tant soit peu professionnel, ça me semble évident de faire ça de façon relativement correcte.

(Acquiesce). Je ne sais pas. J'ouvre des pistes, hein, comme ça, on ne sait jamais...

Oui, oui !

Ok... On a fait plus ou moins le tour de ce que j'avais préparé. Peut-être de façon plus générale, comment est-ce que vous définiriez la pathologie en orthophonie ? Et la santé ?

Oui...

Qu'est-ce que c'est pour vous ?

Comme je l'ai déjà dit un peu au départ, il faut tenir compte de... des stades de développement... enfin de la construction normale, je dirais... courante du langage. Et voir les déviations par rapport à cette norme-là ou ce développement, et évaluer toujours avec des épreuves de bilan, donc objectives. Et votre observation clinique subjective. Quel peut être l'écart par rapport à ça. Et aussi toujours encore par rapport à cette plainte du patient. Et de tenir compte de tous ces facteurs-là, pour prendre en charge... enfin pour décider d'une prise en charge.

Donc pour vous, l'état normal existe avant...

Enfin, un état idéal n'existe pas. C'est peut-être une sensation de... enfin pour un patient d'être équilibré, bien dans ses pompes, d'être dans un état qui lui donne entière satisfaction, avec lui-même et avec le monde qui l'entoure... Et vous là-dedans, vous allez pointer peut-être... certes des difficultés, mais qui ne le seront peut-être pas pour lui. Vous voyez ce que je veux dire ?

Oui je vois exactement. Il y a l'idée de...

...alors que peut-être lui va avoir des plaintes où on se dit « non, mais là les épreuves standard... vous êtes dans la norme. C'est tout bon ». Donc c'est peut-être ces deux aspects-là qui ne rentrent dans aucune grille, ou... ou aucune...

Oui, on revient un peu à ce que vous disiez au début : cette idée de la représentation propre du patient de sa pathologie, de ce curseur en fait.

Tout à fait.

Lui, il a le sien. Vous avez le vôtre.

Tout à fait. Les aspects pragmatiques aussi du langage. Est-ce que ça lui suffit pour les situations dans lesquelles il se trouve ? Les situations langagières dans lesquelles il va se trouver. Est-ce que ça lui convient ? Est-ce que c'est suffisant ? Est-ce qu'il a envie d'évoluer un peu plus ? On peut mettre le curseur un peu plus haut, et il veut essayer d'atteindre ça, avec votre aide, bien sûr.

Vous le fixez ensemble, ça, généralement ?

Oui. Ça me semble vraiment primordial dans la prise en charge, c'est de toujours tenir compte de ça. C'est le respect que l'on doit au patient. D'évaluer avec lui et de ne pas juger quand il va rester peut-être en deçà de votre niveau à vous, enfin... langagier. Il n'y a pas d'échelle de valeurs, de hiérarchie ou de... je n'ai pas, effectivement de norme à atteindre absolument. Je ne sais pas : un nombre de mots, un lexique... On peut fonctionner avec 15000 mots comme on peut fonctionner avec 30000, ou...

D'accord. Donc si vous construisez la norme ensemble, comment est-ce qu'on peut avoir une norme qui préexiste ? Parce que tout à l'heure, vous me parliez d'un état normal auquel on se réfère, que vous auriez pensé en amont.

Oui, enfin un état normal, fonctionnel dans toutes les situations pour lesquelles il sera obligé d'utiliser le langage, donc dans la communication avec ses pairs, avec ses enfants, ses lieux de vie, voilà, son travail. Par rapport à tout ça, oui, une norme sociale aussi.

Donc pour vous, la frontière entre normal et pathologique, c'est surtout cette idée de fonctionnalité, et alors le social qui vient en plus, c'est ça ?

Oui, c'est comme le QI, je veux dire : c'est sûr que 100, c'est à peu près normal. Si vous avez 96, vous n'êtes plus normal. Alors qu'il y en a qui sont super, qui ont 96, et qui vont pouvoir faire des études, qui sont curieux, qui vont voir plein de choses... Comme il y en a qui vont avoir 130, et qui sont mal adaptés. Voilà. Je veux dire : il faut tenir compte de tout ça. On ne peut pas dire « voilà, c'est -2, il faut rééduquer absolument ». « Il faut qu'ils lisent plus vite » : pourquoi ? évidemment, ça va le pénaliser s'il lit moins vite que les autres. Mais bon, après, il y a des adaptations possibles. On est là pour ça aussi. S'il a envie d'apprendre à lire plus vite ou d'avoir une fluence plus grande. On peut l'aider mais... s'il n'y a pas cette demande, pourquoi on dirait que c'est la norme et qu'il faut absolument arriver à ça ? Plus que des normes, c'est plus des points de repères, je dirais. « Norme », j'aime pas trop ça, parce que... vraiment. C'est « ortho », hein ? (Rires).

Et alors, est-ce qu'être en bonne santé, ça ne pourrait pas être alors la capacité à créer ses propres normes ou repères ?

Oui, c'est ça. Effectivement, comme au yoga, d'avoir une espèce d'harmonie entre son être spirituel et son être physique. Enfin je pense que les deux sont de toute façon liés. Ça me semble être bien, quoi, être... fonctionnel et communicatif avec les autres... enfin communicant, plutôt. Enfin au niveau du langage. De pouvoir échanger, communiquer dans toutes les situations pour lesquelles on a envie ou besoin.

Et dans des domaines comme le logico-mathématique, par exemple ? D'autres domaines que le langage ?

Il y a à nouveau ce côté fonctionnel, je dirais. Je pense à certains adolescents où on travaille vraiment le pragmatique, l'utilisation... Là, j'ai un apprenti boulanger. Il a pas compris les mesures. C'est super important. C'est plus important que de résoudre des équations pour lui. De savoir peser en grammes, en kilos, et de savoir que pour un petit pain, il faut plutôt des grammes de drops ou de

chocolat que de kilos, enfin voilà. Donc des choses plus pragmatiques à ce moment-là. Je pense que ça se rejoint aussi. Pour lui, cette norme-là, elle est bien, elle est valable. Et on va dire que... il a 16 ans, et ne sait pas résoudre des équations du second degré. Ça serait peut-être la norme. J'en sais rien. Je ne suis pas enseignante, mais... de résoudre des fonctions, des trucs qui ne vont pas vraiment lui servir, et puis il s'en fout. Pareil, nous la physique quantique, on ne la maîtrise pas non plus (rires).

C'est sûr (rires).

Et on ne se sent pas trop mal, enfin ça va !

Oui, oui.

Donc c'est sûr que la norme... m'enfin, c'est un débat ! Je pense que c'est infini de travailler là-dessus (rires).

Non, bien sûr.

Ça n'est pas le sujet le plus simple que vous avez choisi ! (rires).

Non, ça n'était pas le but ! (rires).

(Rires).

Voilà. Alors, j'avais encore quelques petites questions signalétiques pour la fin... Est-ce que je peux vous demander votre âge ?

Oui. 66 ! (rires).

Votre formation ?

CCO, enfin je ne sais pas si ça s'appelle toujours comme ça.

Si, si. À Strasbourg, c'est ça ?

Strasbourg. Diplôme en 1976.

Et vous êtes orthophoniste depuis cette date-là ?

1976, oui, j'ai commencé.

Et depuis combien de temps êtes-vous dans ce cabinet ?

Depuis toujours.

Depuis toujours ?

J'étais en appartement avant, et on a construit la maison en 1984, donc depuis 1984.

Et avant, vous avez exercé où ?

À X... (ville d'environ 7500 habitants), dans mon appartement.

Donc je suppose que vous n'avez pas exercé d'autres métiers ?

Non.

Est-ce qu'il y a des éléments que l'on pourrait avoir oublié, qui influenceraient la représentation du pathologique en orthophonie ?

(Silence). Non, je ne vois pas. On a pas mal brossé les différents aspects. Non, pas comme ça...

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Non, pas vraiment.

ANNEXE V : TABLEAUX DE COLLECTE DE DONNEES DES ENTRETIENS

Norme habituelle, subjective, *ethos* du thérapeute

Hypothèses de constituants possibles de la représentation du pathologique	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Recherche documentaire en lien avec l'hypothèse
Données qualitatives du bilan	Qualitatif et quantitatif sont indissociables en bilan (l.364-376, p.9-10).	Au-delà des données chiffrées, il est nécessaire selon elle d'observer les réactions du patient face à chaque épreuve du bilan. Elle explique aussi qu'il faut prendre en compte la « <i>qualité de l'interaction</i> » avec lui (l.138-143, p.4).		

Validité supposée du bilan		Elle vérifie systématiquement la validité d'un bilan avant de l'acheter pour pouvoir ensuite s'y fier complètement. Il est surtout question selon elle de qualité du protocole et de l'étalonnage (l.121-125, p.4).	C'est surtout l'expérience pratique qui permet de bien utiliser les bilans, notamment en ciblant les compétences à évaluer (l.190-193, p.5). Elle estime que ce facteur ne l'influence pas. La validité des bilans évolue. Elle s'est améliorée avec le temps (l.197-199, p.6).	
Expérience clinique/expertise scientifique	Le discours des orthophonistes change au fil du temps, et « <i>ce qui peut être considéré comme pathologique maintenant ne l'était peut-être pas avant ou vice-versa</i> ». Elle cite notamment en exemple le cas du bilinguisme (l.513-516, p.13).	Selon elle, la passation de bilans doit nécessairement reposer sur une dialectique entre les données chiffrées et l'expérience clinique. L'objectif est alors de trouver le juste équilibre entre les deux (l.140-143, p.4).	L'expérience clinique est liée à une somme de connaissances, mais elle est surtout une rencontre entre la littérature et notre pratique (l.77-79, p. 3).	

Intuition clinique	Elle considère l'intuition comme un « <i>ramassis d'expériences passées</i> » (l.29, p.4). Selon son approche, les individus construisent des catégories mentales plus ou moins conscientes. L'intuition consisterait alors en la stimulation de ces différents « <i>tiroirs</i> » (l.130-131, p.4) sous la forme de « <i>clignotants</i> » (l.138-140, p.4). En somme, l'intuition serait une manifestation rapide de l'expérience (l.147-149, p.4).	L'intuition est selon elle avant tout une question d'observation (l.26-28, p.1).		Le sens clinique doit nécessairement passer par une réflexion éthique en amont, qui interroge toujours les normes de santé et les valeurs (Kerlan, 2018).
Observation			L'observation est basée selon elle sur l'intuition clinique, essentiellement subjective, et permet d'accéder au consensus parce qu'elle apporte une meilleure compréhension du patient. L'observation clinique est ici la base de l'échange, puisqu'elle permet l'ajustement du discours (l.39-43, p.2 ; l.45-48, p.2).	

Relationnel	Elle l'intègre comme un facteur déterminant de sa pratique, en ce sens que la qualité de la communication influence directement la qualité de la rééducation. En bilan, cela signifie que plus ou moins d'informations seront récoltées (I.394-401, p.10).		Elle estime que ce facteur n'est pas pertinent.	
Valeurs/croyances de l'orthophoniste			Estime ne pas être influencée.	

Norme habituelle, subjective, *ethos* du thérapeute

Apports liés aux entretiens et à la recherche documentaire	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Recherche documentaire en lien avec l'hypothèse
Évolutivité du point de vue de l'orthophoniste	« <i>Enfin je pense que ma réponse sera différente dans dix ans.</i> » (l.81, p.3)			Entre 1943 et 2007, les représentations de l'autisme sont passées d'une pathologie liée à la relation parents/enfants à celles d'une maladie organique, d'origine génétique (Chamak et Cohen, 2007).
Projections de l'orthophoniste	Il est difficile de faire abstraction de nos propres représentations du patient, de ne pas les projeter dès le bilan et en rééducation (l.170-172, p.5)			Les représentations qu'ont les orthophonistes de la patientèle immigrée, comme celles des patients eux-mêmes, influencent la prise en charge. Le décalage entre les représentations des orthophonistes et celles de leurs patients peut nuire à l'efficacité de leurs prises en charges. Le cadre thérapeutique doit donc être co-construit (Hiernard, 2014).

<p>Sentiment de compétence, de légitimité</p>	<p>Pour démarrer une prise en charge, il est nécessaire de se sentir compétent. Ce sentiment découle de nos propres représentations de la pathologie spécifique (l.160-162, p.5).</p>			
<p>Raisonnement clinique</p>				<p>Bien que le raisonnement soit sous l'influence du contexte, la décision de prendre en charge et la pose de diagnostic sont les fruits d'une démarche hypothético-déductive complexe (Pelaccia et al., 2010).</p>

Norme régulière, extérieure à l'orthophoniste, fonction de régulation sociale

Hypothèses de constituants possibles de la représentation du pathologique	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Recherche documentaire en lien avec l'hypothèse
Modèles théoriques, littérature scientifique	Se réfère au développement normal pour déterminer le pathologique. Estime ne pas avoir de représentation propre du pathologique (l.52-54, p.2).		Il est important d'observer les éventuelles déviations par rapport à la construction normale du langage, grâce aux épreuves objectives des bilans (l.362-364, p.10).	La représentation de l'autisme et de sa prise en charge ont grandement évolué entre 1943 et 2007. « <i>L'élargissement des critères diagnostiques va de pair avec une augmentation de la fréquence de l'autisme</i> » (voir définition du CIM-10, publié en 1993) (Chamak et Cohen, 2007).
Rencontres professionnelles	L'opinion des autres professionnels compte dans sa propre représentation. Cette opinion va influencer également sur la représentation qu'à le patient de son éventuelle pathologie (l.76-79, p.2).	Les discussions entre professionnels influent généralement sur ses propres curseurs du normal au pathologique, mais au cas par cas (l.173-175, p.5).		
Lieu d'exercice		« <i>Je ne pense pas avoir été formatée par le fait de travailler dans un tel environnement</i> » (l.233, p.7)		

Mode d'exercice		Le fait de confronter régulièrement ses points de vue à ceux d'autres orthophonistes peut contribuer à les modifier. Nos points de vue peuvent donc changer selon que l'on travaille en libéral ou en structure (l.187-192, p.5-6)		
Contexte politique, législatif	Elle le lie à ce qu'elle appelle le « <i>discours dominant</i> » qui influence les pratiques des orthophonistes et les représentations par les patients (l.196-203, p.5).	Elle estime que cela ne l'influence pas.	Ce facteur lui paraît « <i>lointain</i> »(l.247-250, p.7).	
Ressources disponibles		Estime que cela ne l'influence pas (l.211, p.6)	Ce facteur ne devrait idéalement pas influencer ses décisions, et elle estime qu'il ne l'influence pas (l.346-347, p.10).	
Climat social		Elle estime que ce facteur ne l'influence pas (l.230-231, p.7).		
Qualité des relations avec l'école, les structures d'accueil	Les structures et l'école en particulier sont des sources d'informations utiles. Il est donc important de préserver ces relations (l.429-433, p.11 ; l.438-444, p.11).		Les points de vue convergents des autres professionnels ont un impact sur ses décisions. Par extension, la qualité des relations entretenues influe également (l.224-232, p.6).	

État de santé ou état affectif de l'orthophoniste au moment de la rencontre avec le patient		Il faut en faire abstraction au maximum pour viser l'objectivité. Elle estime y parvenir (l.259, p.7)	« <i>Moi je pense plutôt que si on va mal, on est moins objectif que si on va bien.</i> » (l.316, p.9)	
---	--	---	--	--

Norme régulière, extérieure à l'orthophoniste, fonction de régulation sociale

Apports liés aux entretiens et à la recherche documentaire	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Recherche documentaire en lien avec l'hypothèse
« <i>Discours dominant</i> »	« <i>Je pense que le discours dominant joue beaucoup et nous influence beaucoup</i> » (l.196-197, p.5). Par le terme de « <i>discours dominant</i> », elle se réfère aux courants théoriques dominants.			

Norme statistique

Hypothèses de constituants possibles de la représentation du pathologique	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Recherche documentaire en lien avec l'hypothèse
Données chiffrées du bilan	« Je dirais qu'il y a le côté « score déficitaire » » (l.21-22, p.1)			
Repères objectifs(chiffrés) donnés par la littérature		Selon elle, la pathologie est ce qui s'écarte de la norme étalonnée, et qui a une « incidence sur le quotidien du patient ». Par extension, la bonne santé est liée à une fonctionnalité correcte et une correspondance aux attendus de la norme étalonnée (l.263, p.8). La notion de norme statistique est ici indissociable de la notion de fonctionnalité.	Les repères objectifs sont avant tout liés à une chronologie de développement (l.169-172, p.5).	

Norme statistique

Apports liés aux entretiens et à la recherche documentaire	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Recherche documentaire en lien avec l'hypothèse
Zone de fragilité			Elle évoque une zone grise entre le normal et le pathologique, la « <i>zone de fragilité</i> » (l.272, p.7). Nous rejoignons ici l'idée de continuum abordée en introduction.	
Homogénéité des scores			Selon elle, l'homogénéité des difficultés est un indicateur supplémentaire en faveur d'une prise en charge (l.281-282, p.8 ; l.290-292, p.8)	

Normativité du patient, influence de sa propre représentation du pathologique sur celle de l'orthophoniste

Hypothèses de constituants possibles de la représentation du pathologique	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Recherche documentaire en lien avec l'hypothèse
Plainte		Au-delà des données du bilan, la plainte doit être écoutée, qu'elle parvienne du patient ou de son entourage (l.48-50, p.2)		
Ressenti du patient	La fonctionnalité est le critère principal à prendre en compte, et celui-ci est intrinsèquement lié au ressenti du patient (l.474-480, p.12).		La norme est relative, avant tout liée à la notion de fonctionnalité. Il est donc nécessaire d'écouter le ressenti du patient (l.107-114, p. 3)	

<p>Milieu économique, socioculturel, linguistique, du patient</p>	<p>La représentation qu'a le patient de la norme est liée aux diverses influences auxquelles il est soumis. Il est donc primordial de lui « renvoyer du positif ». En revanche, il faut prendre conscience de l'influence de notre discours sur sa représentation, et donc ajuster ce discours (l.259-267, p.6).</p>			<p>La représentation de la pathologie par le patient, dont deux déterminants majeurs sont l'origine culturelle et le milieu socioprofessionnel, influence sa perception de la douleur, et donc le déroulé de sa prise en charge, ainsi que son pronostic. L'étude démontre l'importance des représentations dans le processus de décision thérapeutique, à travers l'exemple des lombalgies non-spécifiques et de la fibromyalgie (Cedraschi, 2010).</p>
<p>Entourage du patient</p>	<p>Le sentiment de normal ou de pathologique peut varier, de la part du patient, en fonction du discours de l'entourage (l.34-38, p.1 ; l.433-436, p.11).</p>	<p>L'avis de l'entourage peut influencer sur sa décision de prendre en charge, même malgré des résultats de bilan étalonnés comme étant normaux (l.41-45, p.2)</p>		<p>Selon l'enquête REMEDE (Relation MEDecin-Entourage), les médecins perçoivent positivement les accompagnants, et l'accompagnement peut modifier la consultation. La démarche thérapeutique doit donc reposer sur une relation triangulaire impliquant malade, médecin et</p>

				entourage (Fantino et al., 2007).
Valeurs/croyances du patient	Ne se sent pas influencée par ce facteur.	Il lui est déjà arrivé d'être confrontée à un choc culturel qui a pu compliquer la prise en charge, mais cela reste marginal, et elle estime que cela n'a jamais influé sur sa décision (l.63-72, p.2).	Estime ne pas être influencée.	

Normativité du patient, influence de sa propre représentation du pathologique sur celle de l'orthophoniste

Apports liés aux entretiens et à la recherche documentaire	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Recherche documentaire en lien avec l'hypothèse
Internormativité patient/orthophoniste	« <i>Donc, en fait si je renvoie du positif, je ne fais que de conforter sa représentation à elle qui est « non, mais en fait, mon gamin, il va bien » » (l.268-269, p.6).</i>		Elle développe l'idée d'un nécessaire consensus avec le patient pour envisager une prise en charge, même lorsqu'il s'agit par exemple d'enfants, desquels elle exige systématiquement l'accord. Ce consensus repose sur la rencontre des subjectivités (l.39-43, p.2 ; l.129-131, p.4).	Dans cette étude, les professionnels de santé ont montré une constance dans les choix de photographies pour représenter la maladie chronique. Cela découlerait d'influences communes, et prendre conscience de ces représentations permettrait d'améliorer le processus d'éducation du patient (Cherillat et al., 2017).
Co-construction du savoir				Le socio-constructivisme de Bruner et Vygotski a introduit de nouvelles dimensions : « <i>l'interaction, la verbalisation, la co-construction et le développement de la capacité à apprendre. L'apprentissage est placé sous le signe de l'échange entre enseignant et apprenant, et entre les pairs, grâce à la mise en interactivité, qui permet au savoir de se construire » (Sigrist, 2013).</i>
L'évaluation interactive (pour progresser)				« <i>C'est en effet par l'évaluation qui est faite de ses énoncés que l'apprenant peut</i>

				<p><i>être amené à restructurer ou à étendre son interlangue, donc à apprendre. Et cette évaluation repose largement sur des représentations de la norme, élaborées collectivement par le discours et dans des contextes où la norme apparaît comme enjeu. Les données utilisées proviennent d'une part d'interactions exolingues entre apprenants et natifs, ou entre patients et orthophonistes, d'autre part de discussions entre enseignants autour de questions relatives au bilinguisme et à la norme » (Py, 2000).</i></p>
Fonctionnalité	<p><i>« J'ai un monsieur en ce moment, il est complètement prosopagnosique ! Mais ça ne lui pose aucun problème. Bon, donc j'ai essayé de travailler ça deux, trois fois, et puis j'ai vu qu'en fait, comme ça ne lui posait pas de problème, ça ne servait à rien de travailler ça. Je ne le ferai plus » (l.496-499, p.13)</i></p>		<p>La norme n'est pas définie par ce que l'on attend du patient, mais plutôt par son ressenti. L'« état idéal n'existe pas », et il s'agit plutôt ici pour le patient d'atteindre un état en adéquation avec lui-même et avec le monde qui l'entoure. Nous remarquons qu'elle donne ici sans la nommer la définition presque exacte de la normativité selon Canghulhem (l.56-59, p.2 ; l.369-372, p.10).</p>	

Possible manque de fiabilité du discours du patient	« <i>Je pense que justement, dans certaines représentations de ce qui est pathologique, la conscience du trouble n'est pas là. Donc du coup, est-ce qu'on peut vraiment se fier à la conscience du trouble ?</i> » (l.283-284, p.7)			
Coût cognitif	Si le patient doit fournir trop d'efforts pour effectuer certaines tâches, même réussies selon les critères du bilan, il faut tout de même prendre en charge (l.17-20, p.1). Elle emploie essentiellement deux indicateurs pour mesurer ce coût cognitif dans un bilan en apparence réussi : la durée de la tâche (plus chutée que la précision), et la fatigabilité (les résultats chutent au fil du temps).		« <i>Mais pour un enfant dyslexique aussi, je dirais :il est parfois dans la normalité, mais à quel prix ? Le coût cognitif de... de la chose, donc il va avoir un résultat, certes dans la norme encore, mais il n'est pas du tout confortable dans son travail, dans son être, vous voyez ?</i> » (l.25-28, p. 1)	
Impact de la représentation				La représentation de la pathologie et de l'orthophonie en général peut avoir un impact négatif sur la motivation du patient à être pris en charge (Marcilly, 2012).

Éléments complémentaires

Apports liés aux entretiens et à la recherche documentaire	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Recherche documentaire en lien avec l'hypothèse
Évolutivité des diagnostics	<i>« On ne peut pas dire : votre gamin, là votre gamin aujourd'hui est dans les clous pour le bilan, mais est-ce qu'il serait toujours dans les clous dans un an ? Quand le bilan sera plus exigeant ? Ça, je n'en sais rien » (l.72-74, p.2)</i>		Elle explique le fait que le curseur entre normal et pathologique soit mobile, mais aussi la nécessité de réévaluer au fil du temps pour avoir une vision plus précise du patient (l.136, p.4 ; l.180-184, p. 5).	
Relativité de la norme			Les attendus en rééducation ne sont pas les mêmes en fonction de la pathologie. Un score est toujours relatif (l.178-180, p.5 ; l.399-403, p. 11).	

<p>Amplification des « <i>conflits de loyauté</i> » par le discours dominant des professionnels, en l'occurrence celui de favoriser les bails langagiers multilingues</p>	<p>« <i>Je pense par exemple que ce discours sur le bilinguisme, ça peut amplifier ce qu'ils appellent les « conflits de loyauté », où les gamins ne s'autorisent pas à parler le français, finalement, parce que dans la famille, le français est une langue extérieure, avec laquelle on n'est pas à l'aise ?</i> » (l.207-209, p.6)</p>			
<p>Décalage entre le discours professionnel et la pratique</p>	<p>Elle observe un décalage entre sa pratique et le discours qu'elle s'autorise à tenir, notamment parce qu'il existe des facteurs externes. Elle relève également l'existence de tabous professionnels (l.181-186, p. 5)</p>			
<p>Nécessité de lever les apriori pour viser l'objectivité</p>		<p>L'expérience lui a montré qu'il fallait limiter au maximum les a priori pour gagner en qualité dans les bilans. Aujourd'hui elle essaie de faire <i>tabula rasa</i> avant chaque bilan pour ne pas les biaiser (l.93-96, p.3)</p>		

ANNEXE VI : EXEMPLE DE Q-SORT

Exemple de Q-sort sur les difficultés du travail professionnel (dans le domaine de l'éducation) proposé par André de Peretti (De Peretti, 1998 : 273)

« *Le plus difficile pour moi, c'est :*

Groupe d'items sur les difficultés dans le rapport aux jeunes (J) :

- *J1 : L'inquiétude d'une réaction inattendue de la part de l'un des jeunes*
- *J2 : La souffrance de certains jeunes*
- *J3 : L'instabilité des comportements des jeunes*
- *J4 : La solitude ressentie par certains jeunes*
- *J5 : La lenteur des progressions constatées chez nos jeunes*
- *J6 : L'aspect revêche de quelques-uns des jeunes*

Groupe d'items sur les difficultés dans le rapport aux familles (F) :

- *F1 : La difficulté relative à leurs enfants à supporter l'agressivité de ses vrais parents*
- *F2 : L'indifférence de quelques familles*
- *F3 : L'insistance maladroite de certains parents*
- *F4 : La difficulté à apporter de l'information sur les progrès des enfants aux familles*
- *F5 : L'embarras pour rapporter à des familles des incidents importants*
- *F6 : L'anxiété des familles*

Difficultés en rapport à l'institution (I) :

- *I1 : L'incompréhension habituelle des pouvoirs publics*
- *I2 : Les difficultés de coopération et de confiance de la part des collègues*
- *I3 : Les exigences incessantes des institutions*
- *I4 : La lourdeur des formalités administratives*
- *I5 : L'indifférence ou la suspicion des médias*
- *I6 : Les pressions plus ou moins malveillantes de l'environnement*

Difficultés dans le rapport à soi (S) :

- *S1 : La maîtrise difficile de mes contre-transferts*
- *S2 : La complexité ou l'ambiguïté de mes sentiments*

- *S3 : L'équilibre à maintenir entre l'affectivité et la rigueur auprès des jeunes dont j'ai la charge*
- *S4 : Mes sautes d'humeur*
- *S5 : La monotonie ou la tristesse des activités qui m'incombent*
- *S6 : Mes risques de préférence ou de retrait vis-à-vis des individus ».*

Exemple de feuilles-cadres de réponses (De Peretti, 1998 : 259)

« Feuille-cadre de réponse personnelle pour un Q-sort en 20 items (répartition en 5 classes ou positions).

Placer dans les cases indiquées les numéros des items ou assertions, selon leur degré d'importance

	<i>Coefficient</i>	
<i>Assertions mises en tête</i>	+2	□□ (2)
<i>Assertions auxquelles on accorde une bonne considération</i>	+1	□□□□ (4)
<i>Assertions neutres (il est inutile de placer leurs numéros)</i>	0	□□□□□□□□ (8)
<i>Assertions qu'on n'aime pas</i>	-1	□□□□ (4)
<i>Assertions qu'on rejette radicalement</i>	-2	□□ (2)



**Faculté
de médecine**
Centre de
Formation
Universitaire en
Orthophonie de
Strasbourg



Mémoire présenté
en vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste

**ANALYSE DES REPRESENTATIONS DU
NORMAL AU PATHOLOGIQUE EN
ORTHOPHONIE**

par Pedro Alves

RESUME

Introduction : l'objectif de cette étude est de comprendre comment sont construites les normes de santé dans le regard des orthophonistes. Nous cherchons à comprendre quels sont les déterminants de la frontière entre normal et pathologique. Le concept de normativité, élaboré par Georges Canguilhem, permet de prendre en compte la subjectivité du patient.

Méthodologie : la méthodologie employée ici est inspirée de la méthodologie Q, pensée pour être une étude de la subjectivité à partir de données quantitatives. L'analyse d'entretiens combinée à une recherche documentaire a permis de mettre en place un *Q-sort* de 20 affirmations. Un questionnaire contenant ce *Q-sort* a été diffusé.

Résultats : l'étude a été diffusée auprès de 439 répondants. Une double analyse factorielle en *centroid method* avec rotation *judgemental* et en ACP avec rotation Varimax a permis de dégager 5 archétypes d'orthophonistes. L'analyse statistique et qualitative a démontré une grande variabilité de réponses, ainsi qu'une prééminence de la notion de fonctionnalité dans la décision de prise en charge.

Discussion : l'étude aura démontré que la frontière entre normal et pathologique est avant tout une construction sociale, mouvante et interactive. Elle aura également justifié l'intérêt d'une prise en compte de la subjectivité du patient dans la décision de prise en charge, et encourage le développement de pratiques internormatives.

ABSTRACT

Introduction: The objective of this study is to understand how health norms are constructed by speech therapists. We are trying to understand what are the determinants of the boundary between normal and pathological. The concept of normativity, developed by Georges Canguilhem, allows the subjectivity of the patient to be considered.

Methodology: the methodology used here is inspired by the Q methodology, designed to be a study of subjectivity from quantitative data. The analysis of interviews combined with a literature research made it possible to set up a *Q-sort* of 20 statements. A questionnaire containing this *Q-sort* has been distributed.

Results: The study was distributed to 439 respondents. Two factorial analyses, one with *centroid method* and *judgmental* rotation, the second with PCA and Varimax rotation, allowed to identify 5 archetypes of speech therapists. The statistical and qualitative analysis showed a great variability of responses, as well as the importance of the patient feeling functional in the care decision.

Discussion: the study will have shown that the boundary between normal and pathological is mostly a social construction, moving and being interactive. It will also have justified the interest of considering the subjectivity of the patient in the care decision, and encouraging the development of internormative practices.

MOTS-CLES

Norme – Normal – Pathologique - Normativité – Interactionnisme symbolique – Méthodologie Q – Q sort – Fonctionnalité

KEYWORDS

Norm – Normal – Pathological – Normativity – Symbolic interactionism – Q Methodology – Q sort – Human functionality