

Le métier d'Orthophoniste



Penser, voir et designer le travail

PH13 – Nicolas SALZMANN

Printemps 2024

« Ainsi, c'est grâce à cette organisation que l'esprit, comme un musicien, produit en nous le langage et que nous devenons capables de parler. Ce privilège, jamais sans doute nous ne l'aurions, si nos lèvres devaient assurer, pour les besoins du corps, la charge pesante et pénible de la nourriture. Mais les mains ont pris sur elles cette charge et ont libéré la bouche pour le service de la parole. »

Grégoire de Nysse, *Traité de la création de l'Homme*, 379 ap. JC.

Merci à nos deux interviewées, merci pour votre enthousiasme, votre écoute, votre humanité. Les citations sans référence sont leurs dires, ces bribes de leur vie qu'elles ont accepté de nous faire partager.

Dans ce rapport, nous parlerons de l'orthophoniste au féminin, comme elles le faisaient : « je féminise parce que c'est une profession à tendance féminine ». Historiquement, l'orthophonie est un travail créé et exercé par les femmes et « n'a pas connu d'évolution significative de sa composition [genrée] au fil du temps (les femmes ayant toujours été majoritaires)¹ ». Les hommes orthophonistes « représentent moins de 5% des professionnels » et s'orientent plus vers la recherche.

¹ TAIN Laurence, *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession*. Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, 2007, p.117.

Introduction

Qu'est-ce que le *langage* ?

L'approche computationnelle de la cognition s'inspire du fonctionnement de l'ordinateur : « penser, c'est calculer² ». Le langage est alors la faculté cognitive universelle à *manipuler* des représentations à partir d'un système formel syntaxique/grammatical de *règles* pour s'exprimer. La représentation mentale donne du sens à la syntaxe, elle articule le sémantique au syntaxique. Maîtriser le langage, c'est maîtriser des règles qui permettent de créer et de comprendre les phrases du langage de façon systématique. La langue n'en est qu'une réalisation différentielle dans une communauté donnée, un réglage de paramètres lors de son apprentissage.

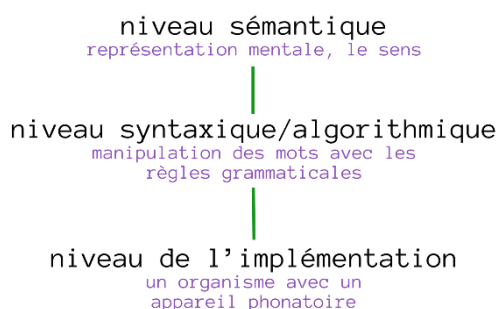


Figure 1 : l'approche computationnelle du langage.

L'approche énative de la cognition propose un autre regard. La syntaxe n'est pas la priorité du langage : l'action prime. Le langage s'ancre dans des actions concrètes vécues par l'humain, créature *incarnée* dans un corps : « le langage est le fait d'une activité nerveuse complexe qui permet à des états affectifs ou psychiques d'être exprimés au moyen de signes (sonores, graphiques ou gestuels) matérialisant ainsi à l'intérieur ou à l'extérieur des sujets, des états psychologiques ou psycho-affectifs par l'utilisation adéquate de fonctions sensorielles ou motrices, de prime abord non spécialisées à cet effet³ ». Le langage ne se situe pas dans le cerveau, il est une médiation *technique*⁴ entre l'humain et son environnement et interfère dans leur couplage action/sensation. Le langage produit le réel et ses catégories : « on ne voit pas le monde de la même manière selon la langue que l'on parle⁵ ».

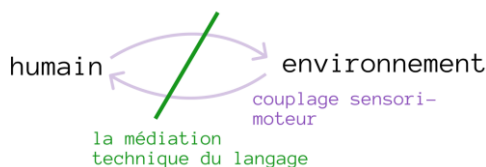


Figure 2 : l'approche énative du langage comme producteur du réel.

L'autre s'inscrit dans notre environnement. Le langage existe avec l'autre, dans l'élaboration d'un consensus autour d'un système de normes, de standards. On ne peut pas être seul à parler un langage. Le langage est donc un *outil de partage*, un outil d'interaction, de communication. C'est par le langage que l'humain se raconte, se rencontre et fait reconnaître son identité⁶.

² N. Chomsky.

³ ALAJOUANINE Th., *L'aphasie et le langage pathologique*. 1968.

⁴ Le langage est à la fois *savoir-faire* – connaissance de la chose corporelle intégrée – et *outil* – un ensemble de procédés informels et leur sédimentation dans les corps.

⁵ Wolf F., *Dire le monde*. Paris : PUF.

⁶ KERLAN, Mireille. *Ethique en orthophonie: Le sens de la clinique*. De Boeck Supérieur, 2016.



Figure 3 : le langage comme outil de communication.

Le langage est aussi un *outil pour la cognition individuelle*. Les concepts linguistiques appris sont immuables et permettent de s'abstraire momentanément des boucles action-sensations pour s'orienter vers d'autres temporalités : la réminiscence du passé, construire l'avenir⁷. Le langage est aussi un outil logico-linguistique pour travailler et mettre en forme nos pensées et nos raisonnements. Il outille ainsi pour la pensée abstraite, le discours intérieur, l'écriture et la mémorisation.

« L'orthophonie, c'est tout ce qui a trait aux troubles du *langage* et de la communication. » Pour l'opinion communément admise, l'orthophoniste rééduque les enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux pour l'acquisition du langage écrit ou oral. « Leur fonctionnement cognitif est atteint, ils ont une façon différente *d'appréhender le monde*. » Elle s'occupe des enfants dyslexiques, dyscalculiques, dysorthographiques, dysgraphiques La prise en soin orthophonique du langage et la communication se concentre-t-elle uniquement sur troubles de l'enfance ? Le champ de compétences de l'orthophoniste est-il si circonscrit ? Comment l'orthophoniste soigne-t-elle ? Quelle est sa technique ? Comment ses gestes prennent-ils soin du langage du patient ? Comment soigner le langage comme outil de communication et de cognition individuelle ? Plongeons au cœur des ténèbres du travail d'orthophoniste, la garante de la transmission de la première technique de l'humain.

⁷ G.LAKOFF et M.JOHNSON, *Metaphors we live by*, 1987. Un exemple de métaphore cognitive, l'incarnation dans une action concrète de la chose abstraite.

Table des matières

Introduction	4
1 On est censée tout savoir faire	7
1.1 L'immensité du champ de compétences	7
1.2 Orienter sa pratique.....	8
1.2.1 La prise de contact.....	9
1.2.2 La formation continue	10
2 Le suivi thérapeutique ou la co-construction du soin de la communication.....	11
2.1 Le bilan orthophonique	11
2.1.1 L'anamnèse	11
2.1.2 Evaluations et diagnostics.....	12
2.1.3 La conclusion de bilan.....	12
2.2 L'EBP	12
2.3 Les préférences du soigné.....	14
2.3.1 L'enfant.....	14
2.3.2 L'adulte	15
2.3.3 L'adulte et le vieillissement cognitif.....	16
2.4 Le contexte environnemental.....	17
2.4.1 Les parents	17
2.4.2 L'entourage du patient atteint de vieillissement cognitif.....	18
3 Ergonomie et art du métier	19
Conclusion	22
Glossaire des pathologies prises en soin	24
Bibliographie	27

1 On est censée tout savoir faire

1.1 L'immensité du champ de compétences

L'orthophonie soigne les enfants, certes, mais aussi les adultes et les personnes en fin de vie. Le domaine de prise en soin orthophonique est vaste : c'est tout ce qui a trait aux troubles du langage et de la communication de la *naissance* à la *mort*.

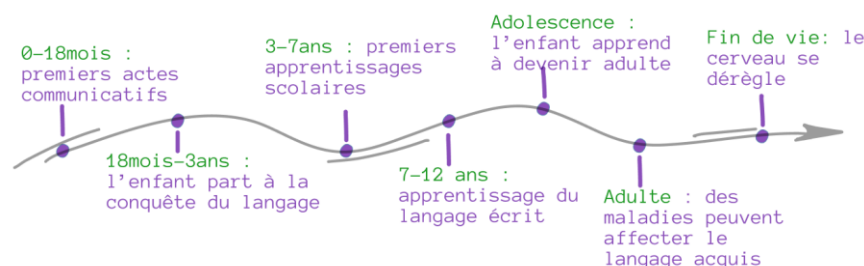


Figure 4 : frise chronologique des grandes étapes du langage au cours de la vie.

De nouveaux troubles ont été ajoutés à leur champ de prise en soin au cours des années. En 1983, l'orthophoniste sait prendre en soin l'*aphasie*, l'articulation/parole/langage, les troubles de la déglutition, les divisions palatines, la dyscalculie, les dyslexie/dysorthographe/dysgraphie, le handicap, les dysarthries/dysphagies, la laryngectomie, la voix, la surdité. En 1992, on ajoute le bégaiement et les troubles vélo/tubo/tympaniques. En 2002, dysphasie, les systèmes alternatifs de communication et les troubles liés au vieillissement entrent dans leur champ de compétences⁸. La formation initiale s'est ainsi allongée, passant de trois à quatre ans puis à cinq ans. Elle doit tout savoir faire. Pour prendre en soin toutes ces pathologies, l'orthophoniste peut être amenée à travailler avec un grand panel de professions du monde de la santé : ORL, neuropédiatres, généralistes, neurologues, gériatres, phoniatres, assistantes sociale, enseignants, éducateurs, psychomotriciens, psychologues, ergothérapeutes, diététiciens, dentistes, chirurgiens, etc. « c'est très très très large, j'en oublie certainement »

On peut également lire leur champ de compétences sous le prisme chronologique de la vie. Ainsi, dans leur ouvrage *Troubles du langage et de la communication*, C.Thibault et M. Pitrou cartographient les troubles pris en soin par les orthophonistes aux différents âges de la vie : l'enfance, l'âge adulte, et les personnes en fin de vie.

Au temps de l'enfance :

- (1) *0-18 mois* : la prise en charge orthophonique précoce a lieu dès les premiers actes communicatifs, du babillage aux premiers mots. On distingue des troubles de l'oralité alimentaire (fentes oro-faciales, les troubles de l'oralité alimentaire) à l'oralité verbale (autisme, surdité, déficience visuelle). Les bébés sont pris en soin dans leur différence (prématurité, paralysie cérébrale, maladies rares dépistées, syndromes épileptiques, polyhandicap).
- (2) *18 mois-3 ans* : l'enfant formule ses premiers mots aux premières phrases, il part à la conquête du langage. L'orthophoniste intervient sur les troubles de la communication (autisme, surdité), les troubles de la sphère oro-faciale (comportement alimentaires, phonation), et les troubles de la parole et du langage (l'enfant ne parle pas, peu ou mal).
- (3) *3-7 ans* : l'enfant chemine vers les premiers apprentissages scolaires. L'orthophoniste prend en soin les troubles de la communication (autisme, troubles attentionnels, surdité, bégaiement), les troubles de la phonation (troubles de la déglutition/mastication, voix) et les troubles du développement du langage oral (articulation, dysphasie)

⁸ Voir le glossaire à la fin du mémoire pour saisir la technicité et l'étendue de leur champ de compétences.

- (4) *7-12 ans* : l'enfant s'attaque à l'apprentissage du langage écrit. L'orthophoniste prend toujours en soin les mêmes troubles de la communication et de la phonation, s'ajoutent les troubles de l'apprentissage (fonctionnels).
- (5) *Adolescence* : l'enfant apprend à devenir adulte, à s'affirmer en tant qu'individu. L'orthophonie prend en soin de nouveaux troubles (mue, bégaiement, sourdité, troubles de l'apprentissage et échec scolaire, dysphasie persistante, TSA, handicap)

Chez l'*adulte*, l'orthophoniste prend en soin une large palette de troubles, bien différents de ceux de l'enfance. En particulier, des maladies peuvent affecter le langage acquis. L'orthophoniste rééduque alors le langage écrit et oral des patients, tenter de retrouver les facultés cognitives/fonctionnelles abîmées. (1) Les accidents neurologiques et lésions cérébrales provoquent des troubles neurologiques: aphasie, locked-in syndrom, autres troubles post AVC, traumatismes crâniens. (2) Les atteintes du carrefour aéro-digestif post intervention chirurgicales. (3) Les paralysies faciales. (4) Les pathologies vocales, parfois dues à des cancers des cordes vocales, de la langue, du larynx (voix et émotion, dysphonies, immobilités laryngées, mouvement paradoxal d'adduction des cordes vocales). (5) Les dysmorphoses maxillo-mandibulaires. (6) La déficience auditive acquise (presbyacoustie). (6) Le bégaiement qui perdure. (7) L'illettrisme. (8) Le handicap.

En *fin de vie*, le cerveau se dérègle. Les orthophonistes prennent en soin les pathologies neuro-dégénératives, quand la mémoire (Alzheimer), la parole (Parkinson, SLA), la communication (démences fronto-temporales (DFT) s'étiolent, se délitent.

La nature de la prise en soin évolue avec l'âge de la vie, la finalité n'est plus la même. Pendant l'enfance, l'orthophoniste participe à l'apprentissage de la communication pour la vie. A l'âge adulte, elle accompagne le patient à retrouver les facultés cognitives/fonctionnelles abîmées par la maladie. En fin de vie, l'orthophoniste tente de conserver des facultés de communication du patient en s'appuyant sur ce qui fonctionne encore, mais la maladie avance.

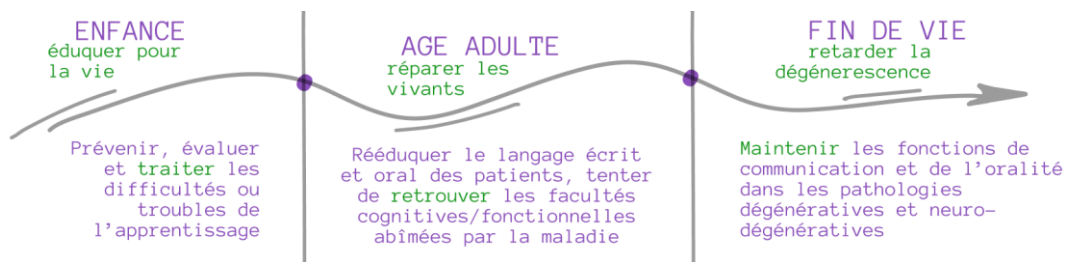


Figure 5 : typologie des natures de prise en soin selon les grandes étapes de la vie.

1.2 Orienter sa pratique

« Au sein du monde paramédical, l'orthophonie a diversifié son champ d'intervention [...]. Cette diversification se traduit, à l'échelle des parcours professionnels individuels, par des différences d'orientation de la pratique vers des domaines spécifiques. Ces orientations se produisent même s'il n'existe pas de spécialité envisagée comme telles⁹. » L'orthophoniste ne se spécialise pas, elle oriente sa pratique vers la rééducation de certains troubles, de certains patients. « L'éventail de notre champ de compétences est vaste. On ne peut pas être bonne orthophoniste dans tous les domaines. Normalement, on est censée tout savoir-faire. » *Comment l'orthophoniste oriente-elle sa pratique tout en sachant tout faire ?* Dans quelle mesure les étapes clés qui précèdent le suivi thérapeutique sont-elles propres à chaque orthophoniste ? Quel est le cadre formel de la prise de rendez-vous et de la formation continue ? Comment l'orthophoniste le remodèle-t-elle ?

⁹ TAIN, *op. cit.*.

1.2.1 La prise de contact

L'orthophoniste est une auxiliaire médicale, elle est donc tenue au secret médical et ne peut pas réaliser de bilan sans ordonnance. Elle risque d'être déconventionnée par la sécurité sociale sinon. Les infirmières et médecins scolaires sont tenus au secret médical et peuvent adresser des enfants directement à l'orthophoniste. L'ordonnance pour la *prise de contact* est donc une prescription.

1.2.1.1 L'art du réseautage

La région Haut-de-France n'est pas bien grande, les orthophonistes connaissent les préférences de leurs collègues, quelles pathologies elles préfèrent traiter. Elles peuvent ainsi collaborer en réorientant les patients et sélectionner les pathologies qui les intéressent et qu'elles maîtrisent le mieux. Une de nos interviewées s'intéresse à la rééducation du langage écrit/oral et au neurodégénératif (tendances Alzheimer et apparenté). Elle ne prend pas en soin les troubles de l'oralité, ni les patients atteints de la maladie de Parkinson. Notre autre interviewée aime les cas rares et avoir beaucoup d'activités différentes. Elle travaille principalement avec les adultes ou les handicapés, les adultes parce qu'ils sont vraiment motivés, ils sont conscients de l'utilité de l'orthophoniste. Elle reçoit des patients atteints de maladie neurovasculaires et neurodégénératives (Parkinson, SLA, AVC, etc.) et en oncologie. « Je ne suis pas spécialisée, j'ai orienté ma pratique vers la déglutition dysfonctionnelle et les troubles neurologiques. C'est vraiment mon truc la déglutition. Les collègues ont peur des troubles de la déglutition. Mais il ne faut pas : il est évident que si sa langue ne recule pas, on ne va pas donner à manger au patient. » D'autres orthophonistes ne prennent pas d'adultes et préfèrent les troubles de l'enfance. De manière générale, les orthophonistes prennent tout de même en soin des patients qui ne sont pas uniquement dans leur domaine de prédilection. Elles ne les réorientent pas tous, leur pratique reste officiellement généraliste.

Pathologies	Date d'observation			
	1970 (%)	1980 (%)	1990 (%)	2002 (%)
1. Rééducation du jeune enfant présentant un handicap	54,5	50,4	46,3	45,6
2. Articulation, parole, langage	84,8	83,8	84,8	88,9
3. Dysphasies	15,2	19,7	29,9	50,3
4. Bégaiement	47,0	46,2	43,9	41,9
5. Division palatine et incompétence vélopharyngée	30,3	28,2	24,4	19,8
6. Dyslexie, dysorthographe, dysgraphie	84,8	80,3	82,9	87,2
7. Dyscalculie	18,2	16,2	20,7	36,2
8. Troubles vélo-tubo-tympaniques	4,5	5,1	14,0	12,1
9. Surdité	36,4	29,1	29,3	25,5
10. Déglutition	18,2	29,9	48,8	61,7
11. Laryngectomie	27,3	29,9	25,6	14,4
12. Voix	30,3	42,7	48,8	46,6
13. Dysarthrie, dysphagie	7,6	10,3	20,1	31,2
14. Aphasie	39,4	43,6	54,9	59,1
15. Troubles liés au vieillissement	3,0	10,3	12,8	32,2
16. Autres	12,1	13,7	11,6	14,8
<i>(Effectif)</i>	<i>(66)</i>	<i>(117)</i>	<i>(164)</i>	<i>(298)</i>

Champ : orthophonistes de l'enquête Kalliope ayant répondu à la question 7.
 Lire ainsi : 54,5% des orthophonistes exerçant en 1970 pratiquaient à cette date la rééducation du jeune enfant présentant un handicap (pathologie 1).
 Source : enquête Kalliope (question 7).

Figure 6 : proportion d'orthophonistes déclarant intervenir dans chaque pathologie¹⁰.

1.2.1.2 Comment caractériser une urgence ?

Les orthophonistes sont débordées il y a jusqu'à 18 mois d'attente pour obtenir un rendez-vous. Elles étirent leur emploi du temps pour arriver à prendre les urgences. Elles doivent faire des choix entre les patients, déterminer quel cas est plus urgent qu'un autre. Comment caractériser une urgence ? L'enfant qui souffre d'un trouble est urgence, et ce à tout âge : il faut qu'il entre dans la communication le plus rapidement possible, la plasticité cérébrale évoluant très vite. Un enfant en grand échec scolaire doit ainsi

¹⁰ Ibid.

urgemment être pris en soin. Toujours sur la plasticité cérébrale : un Monsieur de 50 ans qui a fait une hémorragie cérébrale il y a 15 jours est maintenant opéré, sa plasticité cérébrale est encore présente, il faut commencer à la stimuler le plus rapidement possible et ne pas attendre trois mois qu'elle se raidisse. Un patient dont les fonctions vitales sont atteintes aussi : « 18 mois d'attente pour un gamin qui ne lit pas bien, ce n'est pas grave. En revanche, un monsieur de 50 ans qui ne mange plus et qui a perdu 10kg, ça l'est. »

La société a évolué, dorénavant on ne tolère plus ce qui s'écarte de la norme « à l'époque, les enseignants laissaient les enfants en paix, on les laissait se développer à leur rythme. Maintenant, il faut que les enfants soient dans des cases, les enseignants ne tolèrent pas qu'un enfant de quatre ans ne prononce pas bien le *r*. » Les enseignants conseillent aux parents d'aller faire un bilan chez l'orthophoniste. Ils appellent et disent que « c'est la maîtresse qui a dit qu'il fallait faire de l'orthophonie. » Et comme ce n'est souvent pas une urgence, l'orthophoniste leur dit de rappeler si la situation persiste, dans un an.

1.2.2 La formation continue

L'orthophonie évolue sans cesse et diversifie son champ d'intervention. Tout au long de son exercice, l'orthophoniste peut alors apprendre à les prendre en soin de nouveaux patients, acquérir de nouvelles compétences. La rééducation vocale est ainsi peu à peu entrée dans le champ d'expertise des orthophonistes, bien qu'initialement appartenant au domaine médical de la phoniatry. Les évolutions sociales amènent des patients avec de nouvelles demandes de rééducation, les orthophonistes doivent apprendre à les prendre en soin. Ainsi, pendant le Covid, certaines personnes ont perdu le goût (agueusie) ou encore l'odorat (anosmie). Les orthophonistes ont alors suivi une formation pendant le confinement pour apprendre à rééduquer ces sens, à les stimuler progressivement, à réapprendre aux patients à sentir, à goûter. De même, « Avec le Covid long sont apparus des troubles d'ordre cognitifs, des troubles de l'attention ». Les orthophonistes préviennent : « on est nouveau là-dedans », l'expertise n'est pas encore acquise. De même, certaines orthophonistes apprennent dans des formations à rééduquer la voix transgenre. Anne vient tout juste de prendre un patient, elle lui a dit : je ne l'ai jamais fait, mais je sais rééduquer la voix. Ça va peut-être prendre du temps ». Depuis récemment, les orthophonistes prennent en soin les troubles de l'oralité alimentaire du tout petit : avant, « on n'en parlait pas ». Ces enfants de quelques mois n'arrivent pas à manger, ils refusent d'ouvrir la bouche.

La formation continue pétrie et remodèle le métier d'orthophoniste, l'apprentissage de nouvelles méthodes oriente leur pratique, renouvelle leurs gestes. Les formations sont facultatives ; en libéral elles ne sont pas prises en charge : l'orthophoniste doit investir pour actualiser sa pratique (autour de 500€ pour des formations sur 2 jours, une vingtaine de places). Elle choisit donc les formations qui l'intéressent et oriente ainsi son expertise. Des plateformes en ligne centralisent toutes les formations disponibles en présentiel ou en ligne. Avant, le syndicat de Picardie et Nord pas de Calais organisait les formations entre les orthophonistes de la région : elles se croisaient souvent. Maintenant, c'est le syndicat national qui organise les formations, les orthophonistes peuvent être amenées à se déplacer loin. Le groupe Facebook « Tu me prêtes ton canapé ? » permet ces déplacements.

Tous les sujets sont abordés dans les différentes formations proposées. Les formateurs dispensent leurs savoirs aussi bien sur des prismes spécifiques de la prise en soin de l'enfant, les maladies neurodégénératives chez l'adulte, que des pathologies à tout âge de la vie. Certaines formations sont des introductions à de nouveaux domaines, d'autres invitent les orthophonistes à se perfectionner et demandent des prérequis. En voici un tour d'horizon¹¹ :

- (1) Chez l'enfant : « Actualisation des connaissances et intervention orthophonique chez l'enfant et l'adolescent porteurs de troubles du spectre de l'autisme. », « La prise en soin orthophonique du bredouillement », « Evaluation et prise en charge du bégaiement chez l'enfant d'âge scolaire », « Métacognition et remédiation cognitive des troubles des apprentissages », « Pratiques réflexives

¹¹ FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes), « Liste des formations ».

autour de la prise en soins orthophoniques des troubles du langage écrit chez l'enfant. Recommandations de Bonne Pratique d'évaluation, de prévention et de la remédiation. », « Le partenariat patient-parent-orthophoniste dans la prise en soin des troubles du langage oral et écrit : session de perfectionnement. », « Les troubles de l'oralité alimentaire ou troubles alimentaires pédiatriques. »

- (2) Chez l'adulte : « Aphasie : Développez votre expertise. », « Réhabilitation vocale et alimentaire en cancérologie ORL : Chirurgies partielles et radiothérapie. »
- (3) Chez les personnes en *fin de vie* : « Dysphagies neuro-gériatriques : Évaluer, réadapter, gérer les risques et former les équipes. », « Prise en charge orthophonique auprès de patients en soins palliatifs et lors de l'accompagnement de fin de vie. »
- (4) *Formations transversales* : « Evaluer les fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité en orthophonie : actualisation des pratiques. », « Trouble du Traitement Auditif : rôle de l'orthophoniste »

Il existe autant de méthodes de rééducation que d'orthophonistes, méthodes dispensées ou non lors de formation et remaniées inévitablement lors de la pratique. A l'issue de la formation, l'orthophoniste peut s'approprier la méthode enseignée : « je prends ce qui m'intéresse de la formation. C'est comme une recette de cuisine : je la lis, je m'en empare, et je la modifie. [...] il y a la théorie et la pratique »

Par la prise de contact et le choix de l'apprentissage de certaines méthodes de rééducation, l'orthophoniste oriente donc sa pratique. De manière générale, on observe une préférence de l'enfance. En 2002, au cours de l'enquête Kalliopé, 32,3% des orthophonistes interrogées déclarent intervenir dans les troubles liés au vieillissement contre 87,2% dans les troubles de dyslexie/dysorthographe/dysgraphie. Certaines orthophonistes regrettent que d'autres délaissent ces soins qui allègent les maux mais ne savent pas, préférant la vitalité enfantine :

« J'essaye de soigner tout le monde. C'est dommage que les préférences aillent toujours vers l'enfant. J'accepte, les relations sont vraiment différentes ; je peux concevoir que ça puisse être dur de prendre des patients qu'on ne peut pas soigner, on sait qu'on peut avoir un décès. Un enfant, il parlera, il écrira peut-être, mais il n'y a rien de vital. »

2 Le suivi thérapeutique ou la co-construction du soin de la communication

2.1 Le bilan orthophonique

Avant de débiter la rééducation, les premières séances sont dédiées au *bilan* orthophonique. Les grandes lignes de l'architecture du bilan sont imposées : anamnèse, évaluation, pose du diagnostic. L'orthophoniste peut les modifier à sa guise, elle n'a pas de compte à rendre : son expérience, ses habitudes priment dans la construction de cette étape clé. Certaines orthophonistes prévoient deux à trois séances avec le patient pour réaliser le bilan orthophonique, sinon « le patient est fatigué et les résultats sont fossés ». D'autres le réalisent en une seule séance.

2.1.1 L'anamnèse

L'anamnèse est un support pour le *dialogue*, une manière de débiter le partenariat orthophoniste-patient. L'orthophoniste y découvre le patient, récolte des informations pour commencer à monter son dossier. Ce dialogue est *semi-directif* : l'orthophoniste amène les questions, oriente et structure le récit du patient – ou le récit des parents sur leur enfant. Le champ des questions est vaste : l'historique de la maladie, la place dans la famille de l'enfant, sa scolarité, la place des aidants, les comportements récurrents du patient, ses centres d'intérêt, la conscience ou non de la maladie, etc. Chaque orthophoniste construit la trame qui

lui convient, il n'y a pas de critères systématiques. Elle peut adapter l'anamnèse au patient, à son âge, à la raison pour laquelle il consulte. Plutôt que de poser des questions, elle peut ainsi observer la manière dont un enfant joue, dessine, se comporte. Le support de réalisation de l'anamnèse peut varier : logiciel ou sur papier, faite en amont par le patient seul ou en séance avec l'orthophoniste, etc. A l'issue de cette étape, l'orthophoniste a ciblé la problématique du patient.

2.1.2 Evaluations et diagnostics

L'orthophoniste peut alors choisir des tests pour évaluer la difficulté rencontrée par le patient selon son âge et son trouble. Différentes *batterie de tests* l'outillent, elle peut en choisir une dans son entièreté ou piocher des modules dans plusieurs. Certaines sont des méthodes conceptuelles que l'orthophoniste adapte, d'autres sont sur des logiciels. La batterie EVALEO permet ainsi d'évaluer le langage écrit et oral pour les enfants de 6 à 15 ans¹², les épreuves sont normalisées et un étalonnage permet de poser un diagnostic : « pour répondre aux insuffisances des tests disponibles, les auteurs ont aussi inséré des épreuves innovantes qui permettent d'approfondir le bilan orthophonique ». A l'issue des tests étalonnés, l'orthophoniste se réfère à une norme qui établit la frontière entre le retard et le trouble, entre la norme et le pathologique. Elle compare le résultat des tests à la norme et oriente ainsi son diagnostic sur la nature de la difficulté rencontrée par le patient.

Les batteries sont plus un outil d'objectivité pour guider l'orthophoniste et la rassurer en vérifiant qu'elle ne sort pas du cadre, qu'une prescription : « on fait ce qu'on veut sur le choix du test ». Toutes les pathologies ne peuvent pas être mesurées objectivement : un patient aphasique, bien qu'il puisse comprendre, ne parviendra pas à s'exprimer. Le résultat des tests étalonnés ne permet donc pas de poser le diagnostic final, il en est seulement une composante, un argument. Le diagnostic se construit progressivement avec les nombreuses preuves, observations et connaissances récoltées par l'orthophoniste et ce, depuis le premier contact avec le patient. C'est grâce à son expérience que l'orthophoniste détermine le diagnostic.

2.1.3 La conclusion de bilan

Le diagnostic posé, l'orthophoniste rédige un compte-rendu de bilan, synthèse de l'anamnèse, des évaluations et leurs résultats, du diagnostic. Plusieurs chemins se dessinent pour le patient : rééducation avec l'orthophoniste, redirection vers d'autres professionnels de santé, non prise en soin du patient si la difficulté n'est pas critique. Ce compte-rendu de bilan est transmis au patient et au médecin prescripteur. Certains médecins ne comprennent pas le compte-rendu ou s'en désintéressent complètement. Quelques orthophonistes choisissent donc de ne rédiger leurs comptes-rendus qu'à l'intention du patient ou de ne plus le rédiger du tout.

Pour les patients que l'orthophoniste décide de prendre en soin, elle pose un cadre : le nombre de séances et la fréquence des rendez-vous, « sinon on part pour dix ans d'orthophonie et on se lasse ». Certaines anticipent les désistements et préviennent les patients : « deux lapins et après c'est fini ». L'orthophoniste détermine surtout des *axes thérapeutiques* et des objectifs qui guideront la rééducation. Pour déterminer les axes thérapeutiques, certaines orthophonistes s'attachent « au fonctionnel : viser la communication, que le patient arrive à comprendre et se faire comprendre ». Les attentes ne sont pas les mêmes selon la sévérité du trouble : en travaillant sur son *retard*, le patient arrivera un jour dans la norme, pas pour une pathologie.

2.2 L'EBP

Au fil des séances, l'orthophoniste emmène le patient vers les objectifs visés, voire de les dépasser : « Si on peut aller plus loin, on le fait ». Le travail de l'orthophoniste est de guider le patient jusqu'à l'axe

¹² Site internet du produit EVALEO (Evaluation du langage écrit et du langage oral 6-15ans).

thérapeutique souhaité ; la finalité n'est pas toujours la *guérison*. Parce qu'il est compliqué de prédire les résultats d'un soin orthophonique, les orthophonistes doivent rendre compte de l'efficacité de leurs pratiques au patient et au médecin prescripteur. L'*Evidence Based-Practice* (EBP) est une manière objective de prouver l'efficacité de leur travail. Son utilisation guide l'orthophoniste, la rassure. « La pratique basée sur la preuve est un outil au service de notre clinique, elle permet à chacun-e d'optimiser ses prises en charge en gardant la totale maîtrise de ses choix, c'est un levier de renforcement, de confiance, extraordinaire pour nous et pour nos patients¹³ ! »

Issu de l'*Evidence Based-Medicine* (EBM) qui est utilisée dans le domaine de la médecine, l'EBP outille l'orthophoniste pour structurer efficacement sa pratique en la fondant sur des preuves, des faits et des connaissances fiables issus de la recherche scientifique. On distingue quatre piliers, quatre preuves, quatre types de sources d'informations différentes et complémentaires : les *preuves externes* (comparaison avec la littérature scientifiques qui étudient des cas similaires), les *preuves internes* (expérience clinique du praticien), les *préférences du patient* (choix judicieux des méthodes de rééducation pour garantir la participation active du patient dans la recherche et le soin de son trouble) et le *contexte environnemental* (quotidien du patient, ses aidants/accompagnants, son entourage, sa scolarité, etc.).

Prenons l'exemple d'un patient adulte atteint d'aphasie. L'orthophoniste lui soumet cent mots de son langage quotidien qu'il a oublié et travaille avec lui à chaque séance à leur réapprentissage. L'orthophoniste peut alors comparer les résultats de son patient à ceux de la littérature scientifique et *prouver* sa progression.

Si l'EBP peut être une excellente aide pour guider l'orthophoniste dans le choix d'axes thérapeutiques pour la rééducation, elle reste peu utilisée dans la pratique clinique quotidienne : la recherche des ressources est chronophage, la compréhension des articles nécessite des compétences techniques et précises (anglais avancé, statistiques compliquées...), les orthophonistes semblent privilégier leur documentation personnelle (notes de cours, documents de formations...), leurs expériences personnelles et les informations et avis recueillis auprès de leur *collègues*, à la méthode de l'EBP.

Les orthophonistes ont parfois des questionnements sur la manière de prendre en soin un patient, un cas qu'elles n'ont jamais rencontré, un doute. Les orthophonistes partagent leurs connaissances, leurs astuces, se conseillent : « vive les réseaux sociaux ». Des groupes sur les réseaux sociaux destinés au partage des connaissances sur des pathologies spécifiques sont d'un grand soutien en cas de doute : « le groupe clé qui va permettre de réfléchir à plusieurs ». Quelques exemples : ortho et neurologie , ortho et syndromes Covid long, ortho et déglutition, coaching entre ortho, etc. « Pour les maladies orphelines, tu te débrouilles avec ce que tu sais. On envoie un message sur le groupe des orthophonistes pour savoir si quelqu'un a déjà rencontré un cas similaire ou comment elles auraient fait. » En cas de doute, elles peuvent directement contacter leurs collègues qui « pratiquent de la même manière » et leur demander comment elles auraient fait. Les orthophonistes sont une corporation bienveillance, solidaire, d'entraide.

« Je ne suis pas spécialement pour l'EBP, il faut toujours prouver le résultat. Cette pratique demande énormément de travail en amont. Je suis une vieille orthophoniste, mes méthodes marchent. »

Il semble que les orthophonistes, bien qu'elles n'utilisent pas l'EBP, respectent ses preuves : à l'aune de leur expérience et de leurs méthodes, les orthophonistes déterminent, sans le formaliser *explicitement*, les préférences du soigné et son contexte environnemental. C'est un *savoir-faire*.

¹³ GnosiaFormations, « Formation pour les Orthophonistes (2024, 22 mars) ».

2.3 Les préférences du soigné

2.3.1 L'enfant

L'orthophoniste peut prendre en soin les enfants dès la naissance. L'idée reçue « l'orthophoniste ne prend en charge les enfants qu'à partir de 3 ans » est tenace. « Un médecin a refusé de faire une ordonnance à un enfant de cinq ans pour réaliser un bilan orthophonique parce qu'il considérait l'enfant trop jeune. Il ne savait pas qu'une orthophoniste a les compétences pour prendre en soin un enfant dès sa naissance ». Même dans les métiers du soin, l'orthophonie semble parfois méconnue.

Pour stimuler l'enfant et le faire communiquer, l'orthophoniste a recours à différentes méthodes. Certaines orthophonistes utilisent la *méthode prompt* pour soigner la dyspraxie verbale : s'appuyer sur le geste pour accompagner la rééducation, « mimer sur les lèvres avec la main le *p* de *papa* ». Au départ pour l'enfant, le mot est vu comme un attribut de la chose plutôt que comme un substitut¹⁴. C'est par la simulation de dimensions *sensori-motrices*, par le geste, qu'il apprend le langage. L'orthophoniste Isabelle Bobillet Chaumont propose, quant à elle, une formation pour une méthode qui explore petit à petit la construction de la phrase, sa *syntaxe* ; d'abord la personne, l'objet, ensuite des verbes simples, puis des verbes plus complexes, etc. Dans leur cabinet, elles ont souvent de nombreux jeux de société : « C'est important de concevoir ce que c'est un jeu de société, qu'il y a des règles à respecter, que si on perd, ce n'est pas grave. ». Sur les réseaux sociaux, les orthophonistes ont un groupe dédié à la création de matériel orthophonique, un pour la vente de matériel orthophonique ou encore un pour la critique/adaptation du matériel.

L'orthophoniste cisèle ces méthodes à la taille de l'enfant. Elle peut préparer la séance avec le patient en inventant un support adapté à ses centres d'intérêts : elle prend sa colle, ses ciseaux et sa plastifieuse et crée un jeu avec les mots afférents au foot pour un enfant qui adore le foot. « Les enfants ne savent plus ce que c'est qu'un boulanger, ils vous parlent de Fortnite, des Sims. Alors il faut adapter notre niveau de vocabulaire au leur, apprendre à parler des jeux vidéo. »



Figure 7 : la méthode prompt pour rééduquer l'enfant.

¹⁴ BOTTINEAU Didier, "Language and Enaction", in *Enaction. Towards a New Paradigm for Cognitive Science*, MIT Press, 2010.



Figure 8 : jeux de société.



Figure 9 : la reconnaissance des enfants.

2.3.2 L'adulte

La rééducation de la communication est aussi pour des adultes. Il est souvent nécessaire de désamorcer l'idée selon laquelle l'orthophonie serait uniquement pour les enfants. Ainsi, les médecins l'expliquent à leurs patients quand ils leur prescrivent des séances d'orthophonie. L'orthophoniste peut agencer son planning pour que les adultes se croisent dans la salle d'attente entre deux rendez-vous : « ça rassure les premières fois ». L'adulte est souvent très volontaire et s'investit dans la co-construction du soin : il reconnaît la précieuse aide de l'orthophoniste.

Comme avec les enfants, l'orthophoniste utilise des méthodes techniques de rééducation. La *méthode de la paille* est un outil pour la rééducation vocale : le patient souffle dans les pailles de tailles différentes pour le faire produire des sons. « Avant il y avait des tas de paille, maintenant on n'en trouve plus. J'ai utilisé ma dernière il y a quelques années. »

La rééducation en orthophonie peut être outillée par des *applications numériques* qui aident à la communication (applications parlantes grâce à des pictogrammes, par exemple). Il s'agit alors pour l'orthophoniste, de les connaître, de les proposer aux patients qui pourraient en avoir besoin, et de leur apprendre à les utiliser pour s'entraîner et travailler activement de leur côté. L'orthophoniste doit en faire une utilisation judicieuse selon les préférences du patient. L'utilisation généralisée et systématique de moyens numériques peut complexifier la rééducation et le suivi des personnes âgées. Le risque étant que,

face à ces moyens qu'elles maîtrisent peu ou pas, elles ressentent un sentiment d'échec et d'exclusion et ne participent plus à la rééducation.

2.3.3 L'adulte et le vieillissement cognitif

Certains patients souffrent de pathologies neurodégénératives : quand la mémoire (Alzheimer), la parole/moteur (Parkinson, SLA), la communication (démences fronto-temporales – DFT) s'étiolent, se délitent. Le compte rendu médical parlera plutôt de « vieillissement cognitif ». L'orthophoniste tente de conserver des facultés de communication en s'appuyant sur ce qui fonctionne encore, mais la maladie avance. « Tant que je peux encore travailler sur le langage, je le fais. »

La *méthode LSVT* est une technique intensive américaine pour accompagner la maladie de Parkinson : 4 séances par semaines et 1h d'entraînement chez soi tous les jours. La formation pour apprendre cette méthode et obtenir la certification coûte particulièrement cher. Les orthophonistes n'ont pas les moyens d'investir dans cette formation et retardent la maladie de Parkinson avec d'autres méthodes.

L'orthophoniste prend en soin les patients atteints d'Alzheimer et pour tenter de préserver leur mémoire, du moins de retarder sa décadence. L'orthophoniste observe et travaille sur la façon de communiquer du patient : sa capacité à soutenir le regard, à initier une conversation, au maintien du sujet de conversation, au respect du tour de parole, etc. L'orthophoniste rencontre d'autres difficultés avec ces patients. Certains ne sont pas collaboratifs, rien ne les intéresse, trouver un sujet de conversation devient pénible. « J'ai une dame qui devient verbalement agressive, elle me reproche de ne rien comprendre. Et effectivement, je ne comprends pas, il n'y a pas de mots. » D'autres patients deviennent de plus en plus anxieux, tout devient une menace. La maladie d'Alzheimer peut toucher des patients encore jeunes : bien que diagnostiqué dès 50ans et incapable de communiquer à 55ans, un patient ne pourra aller en Ehpad qu'à 60 ans. L'orthophoniste peut décider de continuer avec ces patients qui ne peuvent pas être pris en soin par d'autres professionnels de la santé : « si j'arrêtais, il n'aurait nulle part où aller ». Bientôt, la communication est trop atteinte, rares sont les capacités à tenter de préserver, l'orthophoniste n'apporte plus grand-chose au patient : « on fait de l'occupationnel ».

La maladie de Charcot (SLA - Sclérose Latérale Amyotrophique) est une dégénérescence des motoneurons incurable : elle conduit au décès du patient dans les 3 à 5 ans qui suivent le diagnostic. La maladie se traduit « par une paralysie progressive des muscles impliqués dans la motricité volontaire. Elle affecte également la phonation (la production de sons) et la déglutition¹⁵. » Un patient atteint de SLA est notamment pris en soin par une orthophoniste : elle tente de maintenir l'élocution, la respiration et les fonctions de la bouche et de la langue pour que le patient avale. L'état du patient se dégrade très vite, l'orthophoniste sait qu'un jour elle arrivera à un stade où plus rien ne fonctionnera.

« Quand je m'engage à prendre un patient atteint de SLA, je vais jusqu'au bout. C'est dur. [...] A la fin, je ne lui faisais que des massages parce qu'il n'y avait que ça à faire. J'ai continué parce qu'ils étaient adorables : la dame était très volontaire, elle faisait tous ses exercices, j'avais toujours mon petit café et mon carré de chocolat. L'été, ils m'offraient des concombres et des courgettes. [...] Le relationnel joue beaucoup. »

L'orthophoniste peut se former pour la prise en soin de patients en soins palliatifs et leur accompagnement de fin de vie. Dans une formation dispensée par D. Lerond, l'orthophoniste apprend notamment comment « participer au travail pluridisciplinaire centré sur le patient comme la prise en charge des symptômes pénibles, [à] amener la réflexion éthique sur l'utilité des soins, [à] prendre en compte le décès du patient et les mécanismes [de défense] du soignant face au patient qui meurt, [à soigner] la

¹⁵ INSERM, « Sclérose latérale amyotrophique (SLA) / maladie de Charcot. Une dégénérescence des motoneurons encore incurable », 2017.

souffrance psychologique, socio-familiale, spirituelle du malade et de ses proches. ». La souffrance est constitutive des soins palliatifs, c'est la notion de souffrance globale¹⁶ (*total pain concept*).

L'orthophoniste doit apprendre – à la manière d'une psychologue – à se détacher du lien affectif tissé avec le patient au cours des séances.

« Avant je n'y arrivais pas, jusqu'au jour où j'ai failli y laisser ma santé. [...] Quand la porte du cabinet est fermée, elle est fermée. [...] J'ai la chance d'avoir des amies orthophonistes avec qui je peux parler. Quand ça ne va pas, on s'envoie des messages et on compatit. »

2.4 Le contexte environnemental

Le soin orthophonique apparaît alors comme une *co-construction* entre le soigné et le soignant, le patient doit s'investir activement dans sa rééducation ; il ne prend pas machinalement un traitement médicamenteux, il ne subit pas passivement une intervention médicale. Les patients ont ainsi des exercices à faire en dehors des séances. La communication s'incarne avec un tiers, les aidants entrent en scène : les parents des enfants, l'entourage des patients qui souffrent de dégénérescence interviennent alors dans la co-construction du soin.

2.4.1 Les parents

L'orthophoniste coconstruit le soin de l'enfant avec ses parents : comment les guider pour les aider à soigner activement leur enfant ? Et si l'orthophoniste conseillait aussi les parents au-delà de la rééducation ? Et si l'orthophoniste accompagnait aussi les parents dans l'éducation de leur enfant ? Et si l'orthophoniste apprenait aux parents à prendre soin de leur enfant ?

Les orthophonistes constatent une évolution des demandes de prise en soin de l'enfant, de nouveaux troubles. L'intérêt porté par les parents à l'éducation de leur enfant s'est modifié, délité peut-être. Ils leur racontent beaucoup moins d'histoire, ils ne jouent plus avec eux. Plutôt que de parler à leur enfant, d'essayer de lui parler, de jouer avec lui, de lui faire découvrir la communication langagière humaine, les parents se déchargent de cette mission sur un tiers : la machine. Ils mettent leur enfant devant les écrans « c'est plus simple, ça le calme ». L'utilisation des *écrans* altère alors l'entrée dans le monde de la communication de l'enfant : l'enfant est moins stimulé, il communique moins avec son entourage. Sa concentration, son attention, sa curiosité : la machine les polarise, court-circuitant ainsi l'apprentissage de la communication. Les enfants sont beaucoup moins curieux qu'avant, « ils ne savent plus s'ennuyer, c'est bien de ne rien faire ». La question du temps d'écrans est maintenant posée dans l'anamnèse – c'est aux parents d'y répondre. Les parents ont également tendance à plus se reposer sur des tiers extérieurs pour faire entrer leur enfant dans la communication, ils disent : « l'alphabet, s'il ne le connaît pas, ce n'est pas à nous de lui apprendre, c'est à l'école ». Si leur enfant est en difficulté, ils vont l'inscrire au soutien scolaire. Les parents déplacent donc leur responsabilité de prendre en soin l'éducation de leurs enfants sur l'encadrement scolaire. Depuis le Covid, les mœurs de certaines familles ont changé et les enfants perdent leurs repères : « je ne suis pas allé à l'école parce que papa et maman ne se sont pas levés ce matin pour aller travailler », ou bien « je ne suis pas allé à l'école parce qu'on s'est couché trop tard ». A l'heure de la médiasphère, dans une société de la communication évanescence, l'orthophoniste devient la garante de la transmission du langage¹⁷.

L'enfant pris en soin par l'orthophoniste a besoin d'aide pour entrer dans la communication orale et écrite. Or l'acte communicatif advient avec l'autre, dans l'échange : pour communiquer, il faut être deux.

¹⁶ LAMAU Marie-Louise, « Origine et inspiration. Cicely Saunders à la naissance des soins palliatifs », *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2014/5 (n° 282), p. 55-81.

¹⁷ DEBRAY Régis, « Communiquer moins, transmettre plus ».

C'est par la famille que l'enfant entre dans le monde de la communication ; les premiers babillages, les premiers élans communicatifs, c'est à eux que l'enfant les adresse. Ainsi, les parents ont aussi besoin d'aide pour arriver à communiquer avec leur enfant. L'orthophoniste est alors *médiatrice* de la communication entre l'enfant et les parents. Cette relation parentale est unique, l'orthophoniste essaye de la comprendre au cas par cas en prenant du recul pour y poser un regard bienveillant et empathique : si une mère parle mal à son enfant en consultation, plutôt que de le lui reprocher, essayer de comprendre pourquoi. L'orthophoniste peut demander aux parents de stimuler l'enfant au quotidien en réalisant des exercices, des jeux. Disons plutôt plus de stimulation qu'à l'accoutumée, essayer encore et encore de communiquer avec l'enfant. Instaurer la routine des exercices orthophoniques : une méthode pour faire communiquer les parents avec l'enfant.

L'*investissement* des parents dans la co-construction du soin de leur enfant avec l'orthophoniste est variable. De manière générale, les parents dont l'enfant a un gros handicap sont très investis dans les exercices orthophoniques : ils sont démunis et voir leur enfant progresser les encourage. D'autres sont désinvoltes, (ré)éduquer leur enfant est une charge. Ils viennent parce que la maîtresse a dit que, mais au fond, ils ne comprennent pas vraiment pourquoi. Ces parents demandent souvent « s'il y en a encore pour longtemps », font les exercices en catastrophe sur le chemin du cabinet, s'ils les font encore. Mais « on ne peut pas remplacer la famille ». Alors, l'orthophoniste essaye de trouver des moyens pour motiver les parents : « si vous ne participez pas, j'arrête au bout de cinq séances ». Certains enfants ne reviennent jamais, leurs parents ne les emmenant plus.

« Parfois c'est plus sur les parents qu'il faut travailler que sur l'enfant. Les parents qui n'ont pas le temps, parfois pas la capacité, ou pas l'envie. [...] Mon travail c'est aussi de bien guider les parents, de leur faire comprendre qu'ils doivent faire leur travail de parent sans compter sur les enseignants et l'orthophoniste. »

2.4.2 L'entourage du patient atteint de vieillissement cognitif

Au début de la prise en soin, l'orthophoniste accueille les aidants du patient qui souffre d'une maladie dégénérative. Au cours de l'anamnèse, les aidants transmettent à l'orthophoniste le contexte social, le mode de vie du patient et ses habitudes de communication antérieures à la maladie. L'orthophoniste relève des sujets de conversations à privilégier pour simuler le patient. Elle accompagne les aidants en les conseillant sur la façon d'agir au quotidien pour prévenir certains incidents ou accidents. « Faites attention, votre mère commence à être agressive avec votre père. »

La tentative de préserver des compétences de communication finissent par s'essouffler. L'orthophoniste le sait, elle retarde le plus possible la dégénérescence du système cognitif du patient. En parallèle, elle guide son entourage, les invite à mettre en place des mesures d'aide à la prise en charge : poser les jalons avec un hôpital de jour, des aides à la toilette, etc.. L'orthophoniste prévient les aidants que lorsque les dernières séances programmées seront passées, elle ne prolongera pas le suivi. Certains aidants écoutent les conseils de l'orthophoniste, mettent tous les dispositifs nécessaires en place. D'autre non, avant de commencer à mettre en place des dispositifs, il faut accepter la maladie. L'entourage des patients qui n'ont rien mis en place se retrouve démuné quand la prise en soin arrive à terme, reprochant parfois à l'orthophoniste de ne rien faire pour les aider, de les abandonner.

« Avec les adultes, c'est vraiment dur de dire stop, on arrête. Pour l'entourage c'est dur. [...] Il a 55ans, il est atteint d'Alzheimer. Sa femme se voile la face complètement, elle n'a rien mis en place. Et ce n'est pas faute d'avoir prévenu. »

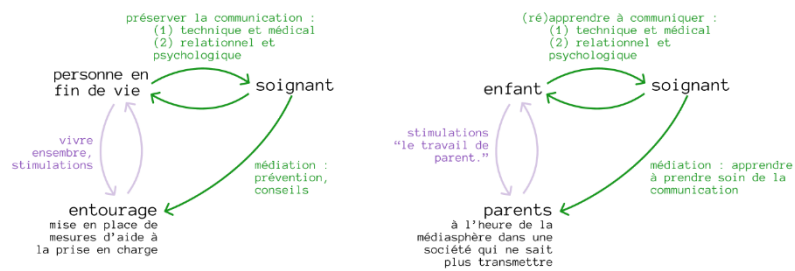


Figure 10 : la co-construction de la communication entre soigné, soignant et aidants.

3 Ergonomie et art du métier

Il y a plusieurs modes d'exercice de l'orthophonie : libéral, salarié (principalement à l'hôpital), mixte. L'orthophoniste choisit son mode d'exercice et peut le faire évoluer au cours de sa pratique, selon ses envies. Quelles sont les différences prescriptives, dans la relation au patient, dans la nature de la prise en soin ? Quels avantages ? Quels inconvénients ?

En exercice libéral, il n'y a pas de durée fixée pour la *journal type* de l'orthophoniste. Certaines commencent à 8h30 et terminent à 18h30 avec 45 minutes de pause. D'autres ne travaillent pas le vendredi. Les orthophonistes s'organisent à leur guise, elles sont les seules responsables et concernées par la fréquence de leurs activités. Les orthophonistes en 2002 travaillent en moyenne 34,6 heures par semaine avec un écart type de 9,6 heures environ¹⁸. Leur temps de travail n'est pas uniquement dédié à la prise en soin des patients : pendant près d'un quart de leur temps, elles rédigent les comptes rendus de bilan, planifient les rendez-vous avec les patients, préparent les séances, participent aux réunions professionnelles, font de la comptabilité. Une grande partie de ce temps est donc destiné à la gestion de leur propre *cabinet*, en particulier la gestion de questions administratives. Sur Facebook, les orthophonistes s'entraident ainsi pour ces questions administratives : « ortho et paperasse », « ortho et les logiciels de gestion », « ortho et assurance », etc. Les orthophonistes peuvent utiliser des outils informatiques pour les tâches annexes répétitives, comme des logiciels de prise de rendez-vous. Avoir son propre cabinet implique aussi des frais d'infrastructure et de matériel supplémentaires.

	Libéral		Salarié	Mixte
	Cabinet	A domicile		
Type de maladies	-Chronique -Selon l'orientation de leur pratique		-Aigüe : suivre les patients le temps de leur passage à l'hôpital. -Cas rares, urgences, rééducation du jeune enfant présentant un handicap.	
Relationnel	-Selon les patients, la reconnaissance joue beaucoup. Voit le patient une, deux, voire trois fois par semaine. -Solitaire	-Rentrer dans la vie intime des gens. « Les gens à domicile savent pourquoi je viens. » -Solitaire	-Avec le patient : « Je ne vais pas m'investir émotionnellement. » -Avec les équipes : « bonne ambiance dans le service », équipe pluridisciplinaire.	

¹⁸ TAIN, *op. cit.*, p. 50.

Salaire	-Prendre en charge le loyer du cabinet et de tout le matériel (TPE, matériel orthophonique, ameublement, etc.). -Revenus indexés sur le volume de clientèle et des horaires pratiqués ; en moyenne autour de 2 300 € une fois les charges réglées.		-Congés payés, congé maternité, journées enfant malade. -Rémunération augmente avec l'ancienneté : « Le salaire débute autour de 2 000 € bruts par mois et peut atteindre 3 700 € bruts mensuels en fin de carrière ¹⁹ . »	« la possibilité de combiner l'exercice libéral et salarié permet un certain jeu sur les rémunérations ²⁰ . »
Répartition du temps de travail	Prise en soin + prise de rendez-vous + administratif pour la gestion du cabinet		Prise en soin	
Reconnaissance des médecins	« Jamais aucun retour, ils ne savent pas lire les comptes rendus de bilans les médecins. », « Tes comptes rendus, c'est trop long, on ne les lit pas, seulement la conclusion. »		Leur avis a « vraiment un poids » pour les médecins. « Oh le docteur, il a bien lu votre lettre. »	
Cadre formel	C'est elles qui se prescrivent leur cadre : « on n'a pas de contrôle, pas de compte à rendre ».		« Simplement un entretien avec le cadre et faire des statistiques (cocher des cases). »	
Répartition 1970 ²¹	19%		54%	20%
Répartition 2002 ²²	54%		24%	10%
Répartition 2022 ²³	85% avec l'exercice mixte		7%	85% avec l'exercice libéral
Ergonomie	Maîtrise son espace, pas de prescription	Personnes qu'on ne peut pas déplacer	Grande adaptabilité, changer de service toute la journée. « Je fais au moins mes 10 000 pas par jour. », patients en réanimation intubés.	

Figure 11 : tableau synthèse des différences entre exercice salarié et libéral.

Penchons-nous plus en détail sur l'approche *ergonomique* de la condition de réalisation du travail. Quelle est la condition de réalisation du travail d'orthophoniste en libéral ? Et à l'hôpital ? Comment cette différence ergonomique des conditions de travail remodèle l'incarnation du geste clé, identitaire de leur métier ?

En libéral, l'orthophoniste travaille dans son cabinet. Elle organise son emploi du temps à sa guise, prend ses vacances quand elle le souhaite. « On n'a pas de contrôle, pas de compte à rendre ». Dans son cabinet, l'orthophoniste maîtrise l'espace : elle adapte selon sa pratique la condition de réalisation de son travail. Elle investit dans son matériel orthophonique pour pratiquer les méthodes de rééducation qu'elle a choisies selon l'orientation de sa pratique. L'orthophoniste peut ainsi s'équiper d'une table de massage pour

¹⁹ L'Etudiant, « Fiche métier : Orthophoniste ».

²⁰ TAIN, *op. cit.*, p. 135.

²¹ Enquête Kalliopé, 1970, 90 interrogées.

²² Enquête Kalliopé, 2002, 345 interrogées.

²³ Chiffres de l'INSEE au 01/01/2022.

les rééducations de paralysies faciales. Cette même table de massage peut être utilisée pour mettre en œuvre d'autres méthodes. Ainsi, l'orthophoniste peut pratiquer la réflexologie crânienne pour détendre le patient avant le début de la séance, un « massage introductif ». Cette méthode s'appuie sur des fondements théoriques : les cellules émettent des champs vibratoires, projection de nos émotions. « Je ne le dis pas vraiment, certains médecins sont obtus, on passerait pour des charlatans. » D'autres médecins considèrent que « c'est top, ça fait un plus ».



Figure 12 : le bureau d'une orthophoniste en libéral.



Figure 13 : rééducation sur une table de massage.

A l'hôpital, l'orthophoniste est souvent rattachée au service de rééducation ; l'équipe est pluridisciplinaire : un allergologue, un thérapeute, deux orthophonistes, une psychomotricienne, un diététicien, un APA, un psychologue, un médecin NRP, etc. Il peut y avoir plusieurs orthophonistes dans le service, certaines en exercice mixte. L'orthophoniste peut être également appelée dans les autres services de l'hôpital, tous les médecins pouvant faire une prescription. Les patients du service sont prioritaires. Ainsi une orthophoniste à l'hôpital alterne entre consultation dans leur bureau et se rendre dans les autres services. Elle s'adapte. L'orthophoniste doit parfois rééduquer des patients en réanimation, notamment avec des techniques de massage et de stimulation faciale. « Je soigne une dame en réanimation, elle est intubée de partout : alors je dois passer sous les tubes, je m'adapte comme je peux. Je sais que mon dos et mes lombaires vont trinquer. » A l'hôpital, l'orthophoniste n'a pas forcément de table de massage dans son bureau, pour pratiquer la réflexologie crânienne, elle doit se rendre dans le bureau du kiné par exemple.

Conclusion

Au fil de cette enquête, nous avons pu poser un nouveau regard sur le terme *orthophonie* qui ne représente plus la réalité de ce métier. Si le terme *orthophonie*, composé du grec *orthos*, droit/rendre droit, et *phoné*, la voix, renvoie, à l'origine, à la rééducation de la voix (bégaiement et mutisme) il a, aujourd'hui, dépassé son étymologie. En effet, l'orthophonie actuelle s'est déployée à la rééducation de tous les troubles qui ont trait au langage et à la communication. S'il est possible de critiquer *phoné*, il en est de même pour *orthos*. En orthophonie, il ne s'agit, en effet, pas tant de rendre *droit* que de sonner *juste*. De fait, l'objectif d'une rééducation orthophonique est d'abord de rendre (ou de donner) une autonomie suffisante aux patients, afin qu'ils puissent vivre sans souffrir du poids de leur trouble. Le terme orthophonie ne permet plus de rendre compte de l'immense étendue du champ de compétences de l'orthophoniste, ni de l'objectif réel de la rééducation.

Le soin orthophonique est une *co-construction* entre le soigné et le soignant : c'est ensemble qu'ils prennent soin d'une des premières techniques de l'humain, le langage. L'orthophoniste guide le patient jusqu'à l'axe thérapeutique souhaité, la finalité n'est pas toujours la guérison. L'orthophoniste articule deux savoir-faire qui *co-évoluent* pour faire advenir cette co-construction du soin du langage par le langage. « C'est une particularité de l'orthophonie de traiter du langage par le langage principalement (mais pas exclusivement). »

D'une part, l'orthophoniste soigne le patient avec des gestes techniques et médicaux. Ces gestes cliniques, ce sont ses méthodes de rééducation qu'elle a apprises et remanie pour chaque patient et sa pathologie : « on a chacune nos méthodes, elles marchent avec certains patients et pas avec d'autres ». Plutôt que d'attendre passivement que les gestes opérationnels et techniques de l'orthophoniste guérissent, le patient apprend, s'entraîne, se soigne activement : l'orthophonie est une « pratique rééducative fonctionnelle, qui requiert la *participation active* du patient²⁴ ». Les aidants assistent le soigné dans cette rééducation active.

« Dans cette relation, le patient s'adresse à un professionnel avec des compétences, mais cela ne suffit pas pour le soigner. Il a besoin d'avoir confiance et d'être accompagné humainement²⁵. »

D'autre part, l'orthophoniste prodigue un soin relationnel et psychologique : « L'orthophoniste est dans l'écoute, la communication, le partage. On a à cœur d'accompagner le patient. ». Soigner c'est découvrir l'histoire du patient, les entraves de la maladie, parler avec le patient, des discussions pour l'amener à accepter sa différence dans la communication, à grandir et se construire avec. Soigner les parents et les aidants aussi.

« Soigner le langage ou la communication, c'est considérer le patient dans toute son humanité, lui permettre d'être l'acteur de sa vie et d'affirmer son identité. [...] Nous pouvons comprendre que toute maladie (ou pathologie) intervienne inévitablement dans l'histoire du patient. C'est précisément pourquoi il est indispensable de prendre en compte cette expérience, et de l'intégrer dans le soin, afin que la personne retrouve une continuité dans son histoire de vie, même si le traitement orthophonique ne permet pas toujours de guérir²⁶. »

Le champ de compétence de l'orthophoniste est vaste, elle sait prendre en soin tous les troubles qui relèvent de la communication et du langage, et ce à tous les âges de la vie. La formation continue tout au long de son exercice permet à l'orthophoniste de mettre à jour ses compétences tout en orientant sa pratique. Elle doit savoir passer d'un enfant dysphasique à une personne atteinte d'Alzheimer, en passant par un adulte laryngectomisé : « il faut avoir l'esprit vif ». La coévolution de ces deux grands gestes croisée

²⁴ FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes), « Rééducation tubaire ou rééducation vélo-tubo-tympanique », 2002.

²⁵ KERLAN, Mireille. *Ethique en orthophonie: Le sens de la clinique*. De Boeck Supérieur, 2016, p.18-19.

²⁶ *Ibid*, p.18-28.

à la pathologie particulière prise en soin fait de l'orthophoniste à la fois une assistante sociale, diététicienne, neurologue, ORL, psychologue, linguiste, enseignante, gériatre, etc. L'orthophoniste excelle ainsi dans l'art de l'*adaptation*.

L'espace et son ergonomie remodelent aussi la réalisation de la technique de l'orthophoniste. Le libéral garantit une ergonomie personnalisée pour la prise en soin du patient et la réalisation du travail de l'orthophoniste. L'espace de la réalisation du geste est stable, l'orthophoniste le *maîtrise*. En exercice salarial, l'orthophoniste doit sans cesse *adapter* sa pratique, ses gestes. Le geste clé identitaire transmue : c'est dans des conditions imprévisibles et toujours renouvelées que l'orthophoniste se réalise. Son geste clé, identitaire, s'incarne *avec* ces conditions. En changeant l'espace dans lequel s'incarne le geste clé de l'orthophoniste – prendre soin de la communication avec ses méthodes remaniées–, on change l'art de son travail.

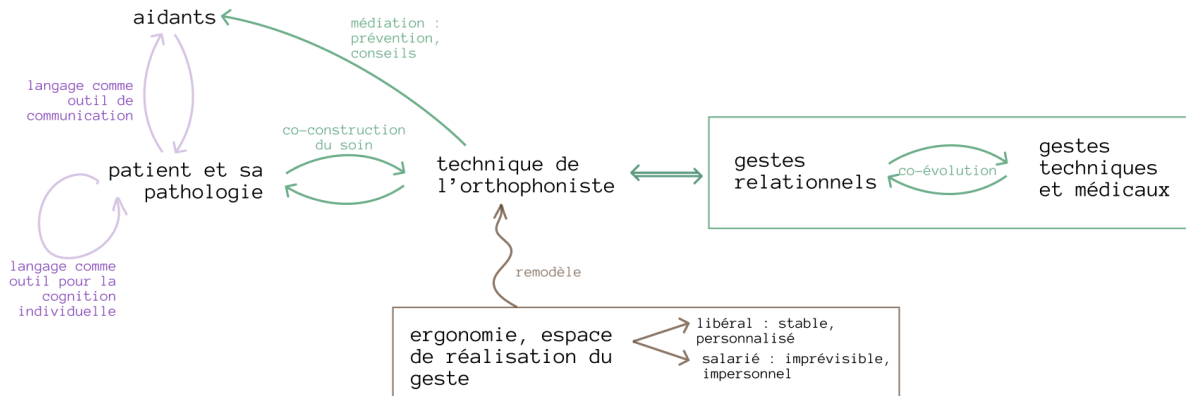


Figure 9 : la technique de l'orthophoniste.

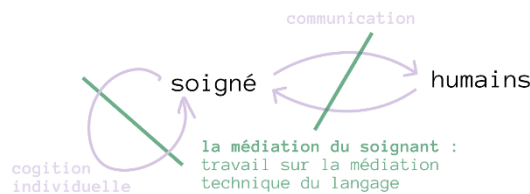


Figure 14 : la médiation de l'orthophoniste dans la cognition individuelle et la communication.

« L'orthophonie... Tout le monde connaît ! Et pourtant notre formation et profession souffrent d'un manque cruel de reconnaissance²⁷. » Les clichés sont tenaces : non l'orthophoniste ne rééduque pas seulement des enfants, non l'orthophoniste ne prend pas en charge les enfants seulement à partir de 3ans, quand ils parlent, non l'orthophoniste ne fait pas du soutien scolaire. Le syndicat national a réussi à obtenir une augmentation du salaire des orthophonistes en libéral de dix centimes ; treize ans qu'elles n'avaient pas été augmentées. Comment expliquer ce paradoxe : une profession connue et incomprise de tous ? Comment expliquer cette absence de reconnaissance ? Les orthophonistes représentent 4% de l'ensemble des professionnels de santé, elles sont peu nombreuses. Elles exercent pour la plupart en cabinet, seule. Elles sont principalement des femmes aussi. Des femmes humanistes, à l'écoute, discrètes. Et si cette discrétion leur permettait de modeler à leur guise leur travail, d'orienter leur pratique ? Et si ce paradoxe dont elles souffrent leur permettait d'échapper à la prescription des normes qui dépossèdent ? Et si le tragique de cette profession rendait possible sa beauté ?

²⁷ THIBAUT C. et PITROU M., *Troubles du langage et de la communication*. 2018.

Glossaire des pathologies prises en soin

« Soigner une maladie est une expression peu utilisée en orthophonie, où il s'agit plutôt de traiter des dysfonctionnements ou des troubles. Ces troubles peuvent être des manifestations de maladies²⁸. »

Champ de compétences en 1983, les troubles liés au vieillissement entrent dans leur champ de compétence en 2002 et viennent compléter les troubles pris en soin dans ces domaines.

Aphasie (du grec *a-phasía*, sans parole) : trouble neurologique provoquée par des lésions localisées du cerveau suite à un AVC ou à un traumatisme crânien, à cause d'une tumeur ou d'une maladie neurodégénérative (ex : Alzheimer). L'aphasie se caractérise par un trouble de la communication verbale acquise : perte des capacités de parler, comprendre, lire ou écrire. Il existe différents types d'aphasie selon l'origine des lésions (Aphasie de Broca, motrice transcorticale, globale, fluente de Wernicke, sensorielle transcorticale, de conduction, anomique). « L'aphasie trouble un langage complètement organisé, un langage mature, à la différence de ce qui se passe chez le jeune enfant dont le langage est en voie d'acquisition et de développement²⁹. »

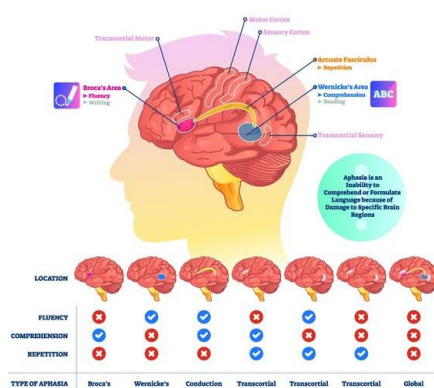


Figure 15 : typologie des aphasie selon l'origine de la lésion.

Trouble de la déglutition/dysphagies (du grec *dys-phagein*, difficulté à manger) : La déglutition est l'action d'avaler ; « La déglutition est un phénomène complexe qui permet l'alimentation per os tout en protégeant les voies respiratoires. Les troubles de la déglutition sont fréquents, portent sur l'alimentation solide et/ou liquide, et sont principalement dus à des affections neurologiques ou ORL³⁰ [ou aux tumeurs de l'axe pharyngo-œsophagien. » Les troubles de la déglutition peuvent entraîner des troubles nutritionnels – dénutrition, déshydratation – et respiratoires importants ; ils mettent en danger la vie du patient. La prise en soin est multidisciplinaire : le médecin, l'orthophoniste, le diététicien, le dentiste, dans certains cas le chirurgien ; les aidants sont cruciaux. « Certaines situations ou pathologies peuvent favoriser l'apparition de troubles de la déglutition : pathologies *neurologiques* – AVC, Sclérose en plaque (SEP), SLA, maladies neuromusculaires, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson, Traumatisme Crânio-Cérébral (TCC), etc. –, pathologies *structurelles* – tumeur des voies aérodigestives, sténose, chirurgie ORL, etc. –, pathologies *infectieuses* – angine, maladie de Lyme, etc. –, pathologies *musculaires* (myopathies), *autres* – Reflux Gastro-Oesophagien (RGO), intubation et/ou trachéotomie, traitement de type radio ou chimiothérapie, neuroleptiques, etc.³¹. »

²⁸ KERLAN, *op cit.*, p.18-19.

²⁹ ALAJOUANINE Th., *L'aphasie et le langage pathologique*. 1968.

³⁰ DESPORT Jean-Claude, JESUS Pierre, FAYEMENDY Philippe, DE ROUVRAY Cécile, SALLE Jean-Yves, « Évaluation et prise en charge des troubles de la déglutition », *Nutrition Clinique et Métabolisme*. Volume 25, Issue 4,2011, pp. 247-254.

³¹ CHU Montpellier, « Conseils pratiques en cas de dysphagies », livret de prévention.

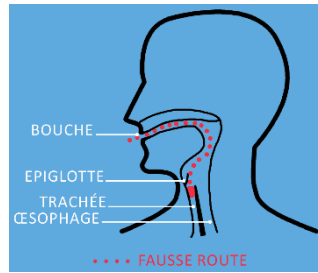


Figure 16 : schéma d'un trouble de la déglutition, la fausse route.

Divisions palatines et incompetence vélopharyngée : Les divisions labio-palatines sont des malformations congénitales touchant le crâne et le visage, ce sont les plus fréquentes à la naissance. « Le bec de lièvre est une fissure de la lèvre supérieure, située sous le nez. [...] La fente palatine touche la voûte du palais et provoque une communication entre la bouche et le nez³². » « La prise en soin *pluridisciplinaire* d'un patient porteur de fente labio-palatine nécessite que tous les professionnels du service hospitalier consacré aux fentes unissent leurs compétences. Chirurgien, ORL, psychologue, orthophoniste, orthodontiste et généticien forment une équipe unie qui œuvre au bon déroulement du suivi de leurs patients. La globalité du suivi s'effectue à l'hôpital, sur le long terme. Les atteintes étant multiples et concernant divers domaines anatomiques, morphologiques et fonctionnels, le patient est reçu en consultation dès sa naissance et jusqu'à sa majorité, en vue des diverses opérations prévues. Les fentes labio-palatines entraînent un ensemble de *troubles de la nasalité et de l'oralité*. Et bien souvent, lors d'une atteinte palatine, il existe une insuffisance vélo pharyngée entraînant un *trouble de la phonation*, s'ajoutant au tableau général pouvant comprendre une interruption de la fonction musculaire labiale et un problème de positionnement lingual. Le patient devra alors trouver un orthophoniste exerçant près de son domicile pour effectuer la *rééducation*³³. »

Dyscalculie/dyslexie/dysorthographe/dysgraphie (préfixe grec *dys-* qui exprime « la difficulté, le mal, le manque³⁴ ») : la dyscalculie est un trouble des activités numériques – notamment mises en œuvre dans les mathématiques –, la dyslexie est un trouble d'apprentissage du langage écrit, la dysgraphie est un trouble de l'écriture, . « Troubles spécifiques des apprentissages scolaires dont l'origine est reconnue comme neuro-développementale. Cependant, ils ne proviennent pas d'une déficience avérée qu'elle soit sensorielle, motrice ou mentale, d'un traumatisme ou d'un trouble envahissant du développement. Même si la définition de ces troubles dans les classifications exclut une origine culturelle, sociale, économique, pédagogique ou psychologique, cela ne signifie pas pour autant que ces facteurs ne jouent pas un rôle³⁵. »

Dysarthries (du grec *dys-arthron*, difficulté de l'articulation de la voix |“*Motor Speech Disorders*”): trouble moteur de la parole dû à une altération des muscles (système moteur) sollicités pour produire la parole. Le patient ne réussit plus à contrôler sa langue ou ses cordes vocales, la parole devient inintelligible. Des maladies en sont la cause : SLA (maladie de Charcot), sclérose en plaques, maladie de Parkinson, syndrome de Guillain-Barré, maladie de Huntington, maladie de Lyme, etc. La dysarthrie peut suivre une lésion cérébrale due à un AVC, à un traumatisme crânien, à une tumeur au cerveau, à une paralysie cérébrale. “Dysarthria is a collective name for a group of neurologic speech disorders resulting from abnormalities in the strength, speed, range, steadiness, tone, or accuracy of movements required for control of the respiratory, phonatory, resonatory, articulatory, and prosodic aspects of speech production. The responsible pathophysiologic disturbances are due to central or peripheral nervous system abnormalities and most often

³² ESLAN, « Bec de lièvre ou fente labio-palatine ».

³³ CHOLET Camille, LE NOC Lison, *Les fentes labio-palatines, connaissances et pratiques des orthophonistes de Picardie et départements limitrophes*. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste à l'UFR de Médecine – Département d'orthophonie, Amiens : 2019.

³⁴ BAILLY Anatole, *Abrégé du dictionnaire grec-français*, Paris, Librairie Hachette, c. 1925, 12e éd. (1re éd. 1901)

³⁵ BARROUILLET Pierre, BILLARD Catherine, DE AGOSTINI Maria, DEMONET Jean-François, FAYOL Michel, et al.. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : bilan des données scientifiques*. [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). 2007.

reflect weakness; spasticity; incoordination; involuntary movements; or excessive, reduced, or variable muscle tone.” (Duffy, 2005, 5)³⁶.

Laryngectomies : « interventions chirurgicales qui permettent l'exérèse en partie ou en totalité du larynx, organe unique indispensable à la respiration, la phonation, et la déglutition³⁷. » « L'ouverture permanente d'un orifice de trachéotomie change le trajet respiratoire tout en provoquant des carences olfactives importantes. [...] un laryngectomisé est donc un mutilé de la voix³⁸. »

+Champ de compétences en 1992 :

Bégaiement : trouble moteur de la parole. « Le bégaiement est un trouble de la fluence de la parole qui se caractérise, entre autres, par une présence accrue d'accidents de parole venant entraver l'intelligibilité de l'énoncé³⁹. »

Troubles vélo/tubo/tympaniques : Les otites séro-muqueuses (OSM), maladies de l'oreille moyenne, peuvent engendrer – chez le jeune enfant principalement mais aussi l'adulte –, des troubles vélo/tubo/tympaniques. « Lorsque la trompe d'Eustache n'assure [plus] ses fonctions physiologiques, le fonctionnement même de l'oreille moyenne est perturbé engendrant par là une accumulation de mucus « amortissant » la souplesse et la réactivité de la chaîne ossiculaire dans la transmission mécanique de l'onde acoustique vers le nerf auditif ; l'audition est donc en déficit, ce qui peut entraîner, à l'âge de l'acquisition du langage oral, des troubles d'articulation et de la parole, et plus tard, un déficit patent de type perceptif (qualité de discrimination auditive) perturbant l'acquisition du langage écrit⁴⁰. » Les traitements médicamenteux de OSM ne sont pas toujours efficaces. L'orthophoniste pratique une méthode de rééducation fonctionnelle co-construite avec le patient : la *rééducation tubaire*. « Les médecins ORL la préconisent de plus en plus souvent afin de l'intégrer dans une stratégie thérapeutique globale où sa place est repensée. »

+Champ de compétences en 2002 :

Dysphasie (du grec *dys-phémi*, difficulté du dire) : « L'étude des handicaps de communication de l'enfant s'est longtemps focalisée sur la surdité et les séquelles des lésions cérébrales. Il n'est pas facile de faire accepter l'idée qu'un enfant n'ayant pas de déficit organique évident, ni de trouble majeur dans sa volonté d'interagir puisse être durablement empêché de communiquer oralement. Ce sont deux raisons qui font que le concept de dysphasie est si mal connu. L'enfant dysphasique n'est bien souvent pas identifié comme tel ; il fait l'objet de décisions et de traitements sans liens logiques qui se limitent à gérer une situation d'échec social, scolaire et relationnel. [...] La dysphasie, plus qu'une maladie, est *l'histoire malheureuse des rapports d'un enfant avec son langage*. [...] La particularité de la dysphasie tient au fait que les obstacles majeurs qui s'opposent à cette construction résident dans la qualité de l'équipement linguistique, qui empêche le langage de jouer ses rôles de médiateur privilégié de la relation et de support de la pensée⁴¹. »

³⁶ PINTO Serge et GHIO Alain. « Troubles du contrôle moteur de la parole: contribution de l'étude des dysarthries et dysphonies à la compréhension de la parole normale. » *Revue française de linguistique appliquée*, 2008, vol. 13, no 2, p. 45-57.

³⁷ LACCOURREYE, O., WERNER, A., et MALDENT, J.-B. Une histoire de la laryngectomie à travers les siècles. *Journal de Chirurgie Viscérale*, 2010, vol. 147, no 6, p. 497-503.

³⁸ HARRUS-REVIDI Gisèle, « La laryngectomie, un cataclysme de l'oralité », *Champ psychosomatique*, 2007/4 (n° 48), p. 145-152.

³⁹ DIDIRKOVA Ivana. *Parole, langues et disfluences: une étude linguistique et phonétique du bégaiement*. 2016. Thèse de doctorat. Université Paul Valéry-Montpellier III.

⁴⁰ FNO, « Rééducation tubaire ou rééducation vélo-tubo-tympanique ».

⁴¹ GÉRARD, Christophe-Loïc. *L'enfant dysphasique*. De Boeck Supérieur, 1993.

Bibliographie

Références bibliographiques :

ALAJOUANINE Th., *L'aphasie et le langage pathologique*. 1968.

BAILLY Anatole, *Abrégé du dictionnaire grec-français*, Paris, Librairie Hachette, c.1925, 12e éd (1er éd. 1901)

BARROUILLET Pierre, BILLARD Catherine, DE AGOSTINI Maria, DEMONET Jean-François, FAYOL Michel, et al.. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : bilan des données scientifiques*. [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). 2007.

BOTTINEAU Didier, "Language and Enaction", in *Enaction. Towards a New Paradigm for Cognitive Science*, MIT Press, 2010.

CHOLET Camille, LE NOC Lison, *Les fentes labio-palatines, connaissances et pratiques des orthophonistes de Picardie et départements limitrophes*. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste à l'UFR de Médecine – Département d'orthophonie, Amiens : 2019.

DESPOIT Jean-Claude, JESUS Pierre, FAYEMENDY Philippe, DE ROUVRAY Cécile, SALLE Jean-Yves, « Évaluation et prise en charge des troubles de la déglutition », *Nutrition Clinique et Métabolisme*. Volume 25, Issue 4, 2011, pp. 247-254.

DIDIRKOVA Ivana, *Parole, langues et disfluences: une étude linguistique et phonétique du bégaiement*. 2016. Thèse de doctorat. Université Paul Valéry-Montpellier III.

FLEURY Bérénice, *Orthophonistes utilisant l'Evidence-Based Practice: profils de cliniciennes et appropriation d'une pratique émergente*. Médecine humaine et pathologie. 2022. Url : [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04002338v1/document#:~:text=L'Evidence%2DBased%20Practice%20\(comp%C3%A9tences%20cliniques%20de%20l'orthophoniste](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04002338v1/document#:~:text=L'Evidence%2DBased%20Practice%20(comp%C3%A9tences%20cliniques%20de%20l'orthophoniste)

HARRUS-REVIDI Gisèle, « La laryngectomie, un cataclysme de l'oralité », *Champ psychosomatique*, 2007/4 (n° 48), p. 145-152. DOI : 10.3917/cpsy.048.0145.

KERLAN Mireille. *Ethique en orthophonie : Le sens de la clinique*. De Boeck Supérieur, 2016.

LACCOURREYE O., WERNER A., et MALDENT J.-B. Une histoire de la laryngectomie à travers les siècles. *Journal de Chirurgie Viscérale*, 2010, vol. 147, no 6, p. 497-503.

LAMAU Marie-Louise, « Origine et inspiration. Cicely Saunders à la naissance des soins palliatifs », *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2014/5 (n° 282), p. 55-81. DOI : 10.3917/retm.282.0055.

PINTO Serge et GHIO Alain. « Troubles du contrôle moteur de la parole: contribution de l'étude des dysarthries et dysphonies à la compréhension de la parole normale. » *Revue française de linguistique appliquée*, 2008, vol. 13, no 2, p. 45-57.

TAIN Laurence, *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession*. Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2007.

THIBAUT C. et PITROU M., *Troubles du langage et de la communication*. 2018.

WOOLLVEN Marianne, « L'orthophonie et les troubles du langage écrit : une profession de santé face à l'école », *Revue française de pédagogie*, 190 | 2015, 103-114.

Url : <https://journals.openedition.org/rfp/4709#quotation>

Webographie et autres :

CHU Montpellier, « Conseils pratiques en cas de dysphagies », livret de prévention. URL : <https://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/medias/Publications/livret-dysphagie.pdf>

DEBRAY Régis, « Communiquer moins, transmettre plus ». *Bibliothèque Nationale de France*, 04/12/2000, partie 1, URL : <https://www.youtube.com/watch?v=CmAAaQuUSVk>.

–, partie 2, URL : https://www.youtube.com/watch?v=SteP_7oKKoY.

–, partie 3, URL : <https://www.youtube.com/watch?v=2aakCnt5xZQ>.

L'Etudiant, « Fiche métier : Orthophoniste ». URL : <https://www.letudiant.fr/metiers/secteur/paramedical/orthophoniste.html>

ESLAN, « Bec de lièvre ou fente labio-palatine ». URL du site web : <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/chirurgie-esthetique/bec-lievre-definition-indications-suites>.

EVALEO (Evaluation du langage écrit et du langage oral 6-15ans), site internet. URL : <https://www.evaleo6-15.fr/>.

FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes), « Liste des formations ». URL : <https://fno.fr/liste-des-formations/>, consulté en mai 2024.

FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes), « Rééducation tubaire ou rééducation vélo-tubo-tympanique », 2002. URL : <https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2018/09/FS-Tubaire.pdf>

GnosiaFormations, « Formation pour les Orthophonistes (2024, 22 mars) ». URL : <https://www.gnosiaformations.fr/>.

INSERM, « Sclérose latérale amyotrophique (SLA) / maladie de Charcot. Une dégénérescence des motoneurons encore incurable », 2017. URL : <https://www.inserm.fr/dossier/sclerose-laterale-amyotrophique-sla-maladie-charcot/>.