



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

Par

**De LOPEZ Socheat-Bopha  
RAETH Eliane**

**ETUDE DU PROCESSUS DE FORMATION  
CONTINUE EN REEDUCATION VOCALE**

*Analyse des discours des orthophonistes ayant suivi une  
formation continue en rééducation vocale*

Maîtres de Mémoire  
**De CHASSEY Juliette  
LECLERC Caroline**

Membres du Jury

**GENTIL Claire  
PERDRIX Renaud  
ROSTAING Corinne**

Date de Soutenance  
**3 juillet 2008**

---

# ORGANIGRAMMES

---

## 1. Université Claude Bernard Lyon1

Président

**Pr. COLLET Lionel**

Vice-président CEVU

**Pr. SIMON Daniel**

Vice-président CA

**Pr. LIETO Joseph**

Vice-président CS

**Pr. MORNEX Jean-François**

Secrétaire Général

**M. GAY Gilles**

### 1.1. Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Grange  
Blanche  
Directeur  
**Pr. MARTIN Xavier**

U.F.R d'Odontologie  
Directeur  
**Pr. ROBIN Olivier**

U.F.R de Médecine Lyon R.T.H.  
Laennec  
Directeur  
**Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences Pharmaceutiques  
et Biologiques  
Directeur  
**Pr. LOCHER François**

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

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

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

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

### 1.2. Secteur Sciences :

Centre de Recherche Astronomique  
de Lyon - Observatoire de Lyon  
Directeur  
**M. GUIDERDONI Bruno**

I.S.F.A. (Institut de Science  
Financière et D'assurances)  
Directeur  
**Pr. AUGROS Jean-Claude**

U.F.R. Des Sciences et Techniques  
des Activités Physiques et Sportives  
Directeur  
**Pr. COLLIGNON Claude**

U.F.R. de Génie Electrique et des  
Procédés  
Directeur  
**Pr. CLERC Guy**

---

U.F.R. de Physique  
Directeur  
**Mme FLECK Sonia**

U.F.R. de Chimie et Biochimie  
Directeur  
**Pr. PARROT Hélène**

U.F.R. de Biologie  
Directeur  
**Pr. PINON Hubert**

U.F.R. des Sciences de la Terre  
Directeur  
**Pr. HANTZPERGUE Pierre**

I.U.T. A  
Directeur  
**Pr. COULET Christian**

I.U.F.M  
Directeur  
**M. BERNARD Régis**

I.U.T. B  
Directeur  
**Pr. LAMARTINE Roger**

Institut des Sciences et des  
Techniques de l'Ingénieur de Lyon  
Directeur  
**Pr. LIETO Joseph**

U.F.R. De Mécanique  
Directeur  
**Pr. BEN HADID Hamda**

U.F.R. De Mathématiques  
Directeur  
**M. GOLDMAN André**

U.F.R. D'informatique  
Directeur  
**Pr. AKKOUCHE Samir**

---

## 2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR  
**Pr. MATILLON Yves**

Directeur de la formation  
**Pr. TRUY Eric**

Directeur des études  
**BO Agnès**

Directeur de la recherche  
**Dr. WITKO Agnès**

Responsables de la formation clinique  
**PERDRIX Renaud**  
**MORIN Elodie**

Chargée du concours d'entrée  
**PEILLON Anne**

Secrétariat de direction et de scolarité  
**BADIOU Stéphanie**  
**CLERC Denise**

---

## REMERCIEMENTS

---

Nous remercions les docteurs Le Huche et Coulombeau pour leurs conseils avisés et soutien au lancement de notre projet.

Nous tenons à exprimer une reconnaissance particulière au docteur Letscher qui nous a consacré tant de temps et nous a permis de mieux comprendre le monde de la phoniatry.

Un grand merci aussi à tous les orthophonistes qui ont accepté de participer à cette étude, en nous faisant part de leur vécu en toute sincérité et parfois, de leur passion pour la rééducation vocale.

Nos maîtres de mémoire ne sauraient être oubliés : leurs relectures patientes, leurs commentaires exigeants et leurs regards complémentaires nous ont aidées à améliorer la qualité de ce mémoire.

Nous remercions aussi l'équipe du séminaire de « sciences sociales », Mmes Tain et Leclerc et M. Perdrix, pour leur encadrement régulier et motivant.

Merci à tous nos collègues de promotion qui ont fait preuve de solidarité durant ces quatre ans, et particulièrement en cette dernière année.

Pour finir, des remerciements pour nos familles et amis qui nous ont aidées et soutenues pendant cette période de travail sur le mémoire. Nous remercions nos lectrices attentives qui se reconnaîtront.

---

---

# SOMMAIRE

---

<b>ORGANIGRAMMES</b> .....	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>PARTIE THEORIQUE</b> .....	<b>11</b>
I.    LE MODELE BIOMEDICAL DOMINANT CONFRONTE A SES LIMITES .....	12
II.   L'INDIVIDU AU SECOND PLAN DANS LA TECHNIQUE BIO-MEDICALE.....	15
III.  LA LEGITIMITE, UN ENJEU DE LA FORMATION CONTINUE .....	21
<b>PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES</b> .....	<b>26</b>
I.    PROBLEMATIQUE.....	27
<b>PARTIE EXPERIMENTALE</b> .....	<b>29</b>
I.    INTRODUCTION .....	30
II.   LES PRINCIPES DE LA METHODE .....	30
III.  RECUEIL D'INFORMATIONS : L'APPROCHE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	33
<b>PRESENTATION DES RESULTATS</b> .....	<b>41</b>
I.    BESOIN DE FORMATION .....	42
II.   APPROPRIATION DES SAVOIRS ACQUIS EN FORMATION CONTINUE .....	49
III.  RECUK SUR LES FORMATIONS.....	54
IV.   LEGITIMITE ET FORMATION .....	57
<b>DISCUSSION DES RESULTATS</b> .....	<b>61</b>
I.    SYNTHESE DES RESULTATS .....	62
II.   ANALYSE DES RESULTATS.....	64
III.  LIMITES ET OUVERTURES .....	73
IV.   APPORTS DES SCIENCES SOCIALES.....	74
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>76</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>78</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>82</b>

---

ANNEXE I : GLOSSAIRE ..... 83

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE ET GRILLE D'ENTRETIEN ..... 85

ANNEXE III : INTRODUCTION A L'ENTRETIEN TELEPHONIQUE ..... 89

**TABLE DES ILLUSTRATIONS..... 90**

**TABLE DES MATIERES ..... 91**



---

## INTRODUCTION

---

L'objectif d'un travail qui s'inscrit dans le champ des sciences sociales se trouve, selon Saliba, dans la prise de recul sur une pratique et ses concepts, pour mettre en évidence des conduites sociales. L'intérêt de cette prise de recul est aussi identifié par des cliniciens expérimentés tels que Estienne : la pratique se nourrit de valeurs que le professionnel construit progressivement.

Ce sujet de la rééducation vocale nous tenait à cœur. Ou à chœur ? L'idée d'étudier les formations est partie d'une étude du Docteur Le Huche (1976) sur les pratiques en rééducation vocale. Nous avons pensé au début lister les méthodes existantes, nous avons finalement choisi d'élaborer ce mémoire dans le cadre des théories des sciences sociales sur le soin et la profession. En effet, le travail de Tain paru dans *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* nous a paru riche dans le regard qu'il apporte sur la profession d'orthophoniste. Cet ouvrage reprend le projet Kalliope dirigé par Tain, et mené par des étudiants en orthophonie de l'école de Lyon dans leurs mémoires. Les étudiants ont été encadrés par des chercheurs sociologues et les travaux ont été effectués auprès de plusieurs générations d'orthophonistes formés à l'école de Lyon depuis son ouverture. Cette étude a approfondi plusieurs thèmes autour de la question centrale « comment la profession d'orthophoniste s'est-elle construite ? ». L'approche sociologique paraît appropriée au domaine de la rééducation vocale en orthophonie. Plus précisément, nous avons poursuivi les recherches de Leclerc (2007), qui s'est penchée sur les « spécialistes » de la rééducation vocale. Bergeras et Tain (2007) se sont intéressées au monde de la voix, et Fortin, Guth et Tain (2007) ont développé la question des critères à prendre en compte en rééducation vocale. Cette étude nous a permis de mieux comprendre le fonctionnement des formations, et de comprendre les enjeux fondamentaux qui font émerger ces différentes approches.

Nous avons axé notre questionnement sur les processus de formation : pourquoi les orthophonistes se forment-elles autant en rééducation vocale, bien que ce ne soit pas une pratique professionnelle intensive pour la plupart des orthophonistes ? Comment se passe le transfert des acquis des formations à la pratique de l'orthophoniste ? Quelles sont les formations présentées par les syndicats et quelles sont les représentations des orthophonistes qui les ont effectuées ? Enfin quelles sont les étapes qui conduisent l'orthophoniste à devenir formateur ?

Ce questionnement nous a amenées aux écrits théoriques sur la pratique du soin dans la société. D'autre part, nous avons recherché les théories existantes sur la place de l'individu dans le soin. Enfin, nous avons étudié les enjeux de la formation continue. Nous préciserons le questionnement qui s'est affiné au contact des résultats. Nous exposerons ensuite la méthodologie sociologique et ses principes. Nous donnerons le cadre de notre population et de nos entretiens, et enfin la méthode d'analyse appliquée.

Nous exploiterons alors les résultats observés : tout d'abord les orthophonistes expriment des besoins de formation que nous tenterons d'analyser. Ensuite nous détaillerons le processus de formation. Par la suite nous verrons la nature des bénéfices que les formations apportent aux orthophonistes. Enfin nous aborderons les étapes qui amènent un orthophoniste à devenir formateur.

Le chapitre suivant sera consacré à l'analyse et à la discussion des résultats en fonction des concepts sociologiques : nous rappellerons d'abord la place des registres non-médicaux en rééducation vocale. Nous poursuivrons en expliquant les fonctions de la formation continue. Nous conclurons ce mémoire en traçant ses limites, et en annonçant les questionnements qui ont surgi dans ce travail, pour clore en annonçant les contributions des sciences sociales à notre future pratique d'orthophoniste.

Pour plus de facilité, les mots suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire. Nous espérons que vous aurez beaucoup d'intérêt à lire ce mémoire qui a représenté pour nous un travail passionnant.

---

# Chapitre I

## PARTIE THEORIQUE

« L'examen et la thérapie de la voix passent par un savoir-faire, traduit par un savoir-dire, impulsé par un savoir-être, lui-même déterminé par le système de valeurs ou les conceptions du thérapeute concernant la voix, sa pathologie, le sens qu'il donne à l'examen et à la thérapie, aux rôles qu'il s'attribue et qu'il attend du patient. » Estienne.

---

# I. LE MODELE BIOMEDICAL DOMINANT CONFRONTE A SES LIMITES

L'orthophonie et la phoniatrie ont émergé dans le contexte des modifications profondes du domaine de la médecine au XXème siècle. Le nombre des professionnels médicaux augmente et un certain nombre de connaissances médicales vulgarisées se diffusent dans la société dite « profane », entraînant la sensibilité accrue aux signaux corporels gênants, qui sont catalogués plus systématiquement comme faisant partie du registre du soin. Cette demande de soin s'inscrit dans l'amélioration du niveau de vie global, et l'éclosion du système de sécurité sociale. Durant le XXème siècle, la méthode expérimentale scientifique naissante va être appliquée à tous les maux relevant du soin. A partir de cette période, on va distinguer différentes manières d'envisager la maladie et la thérapeutique.

## 1. Modèles de l'étude des sciences et légitimité

### 1.1. Modèles de référence sur la représentation de la maladie

Les conceptions autour de la pathologie et du mode thérapeutique peuvent varier, selon les sociétés : Laplantine (1984) a décrit plusieurs modèles qui permettent d'analyser la maladie et le soin dans la société occidentale. Deux de ces modèles nous paraissent pertinents dans le cadre de la rééducation orthophonique en rééducation vocale.

Un premier point de vue part des modèles qui étudient les sciences et permettent de penser la maladie (étiologie) et le soin (thérapeutique):

- « Modèle biomédical, [...] fondé sur la positivité de la méthode expérimentale », c'est la médecine des spécificités (Herzlich p.303)
- Modèle psychologique, défini par le « *caractère intrapsychique du conflit responsable du symptôme* »
- Modèle relationnel dans lequel « *la maladie n'est plus pensée [...] en terme d'être (quelque chose quelque part) mais en terme d'harmonie et de dysharmonie, d'équilibre et de déséquilibre par rapport au milieu auquel appartient le malade* », « *la maladie est le signe d'un déséquilibre social* ». (Herzlich p.304)

Laplantine a également décrit différents degrés de légitimation des pratiques de soin dans la société. Il est à l'origine de l'idée que le seul type de soin vraiment totalement légitime est la bio-médecine ou médecine hospitalo-universitaire.

L'autre modèle décrit les croyances, les logiques des systèmes étiologico-thérapeutiques:

- soit on se positionne dans le champ de la médecine moderne et l'on considère la maladie comme l'« entité exogène » à éradiquer,
- soit, du point de vue fonctionnaliste\*, on adopte la croyance que la maladie est un dysfonctionnement, un mode d'adaptation à des événements vécus. Le rôle du soignant sera d'aider le patient à développer ses propres défenses.

## **1.2. En phoniatrie**

Leclerc (2007) a identifié le modèle de pratique dominant comme étant mixte. Les représentations de la pathologie sont biomédicales : la maladie est définie par des paramètres objectivables (vidéo-stroboscopie...) et non psychologiques par exemple. Cependant, la pratique de soin suivrait majoritairement des principes fonctionnalistes, comme définis plus haut : le trouble de la voix est considéré comme un déséquilibre inhérent au sujet, et le rôle du thérapeute est alors d'amener le patient à rétablir le dysfonctionnement, en valorisant l'expérience personnelle de l'individu. Nous pouvons penser que ce modèle de pratique mixte existe parce que le modèle bio-médical (bien que dominant) ne suffit pas à la rééducation vocale. Laplantine explique également que ce modèle n'est pas validé de façon unanime par tous les médecins.

## **2. Evolution de la médecine, en lien avec les limites du modèle bio-médical**

### **2.1. Critiques du modèle biomédical**

Parallèlement, Laplantine décrit trois types de médecins qui coexistent aujourd'hui:

Une minorité de médecins fait la distinction entre des troubles purement somatiques et des troubles qui prennent en compte d'autres facteurs comme l'affectif. Les troubles de cette seconde catégorie ne sont pas considérés comme de vraies maladies.

Une majorité de médecins prend en compte des demandes liées à l'affectif, au social, à l'existential. Pourtant la réponse apportée est uniquement médicamenteuse et elle accentue le phénomène de médicalisation croissante.

Une autre minorité de médecins s'avère consciente des failles du modèle biomédical de la médecine traditionnelle. Ces médecins tiennent compte des composantes psychologique et relationnelle dans le diagnostic et dans le soin : ce sont les médecins qui pratiquent des médecines dites parallèles.

Nettleton (1995) éclaire de manière critique le modèle biomédical qui aurait modelé la médecine occidentale. Ce modèle est construit sur cinq postulats :

- la dualité corps-esprit (*mind-body dualism*), chaque partie étant soignée séparément ;
- la métaphore mécanique (*mechanical metaphor*), où le corps est considéré comme pouvant être « réparé » à l'instar d'une machine ;
- la mise en valeur de la technologie (*technological imperative*), notamment à travers l'évaluation des résultats. La mécanisation du monde médical constitue un progrès et un avantage indéniable de la médecine traditionnelle occidentale. Les résultats obtenus à partir de techniques sont vus comme preuve indispensable dans les actes médicaux, tels que le diagnostic ;
- les étiologies jugées réductionnistes (*reductionist*), car elles sont focalisées sur les modifications biologiques sans prendre en compte des facteurs sociaux ;
- l'adoption de la pensée que la maladie est causée par un agent identifiable et spécifique (*doctrine of specific aetiology*).

Une telle définition met en évidence la séparation entre le corps et la personne, postulat qui est mis en avant pour justifier les interventions d'ordre biomédical.

## **2.2. Médicalisation de la société, essor des pratiques alternatives**

Les postulats critiques de Nettleton sont une des manifestations des failles structurelles du modèle bio-médical. L'essor des médecines alternatives en est une autre : comme le dit Foucault, tout pouvoir a des contre-pouvoirs. La médecine aurait envahi la société dans tous les terrains, si bien que plus rien n'est extérieur à la médecine. On peut illustrer ce point de vue par l'exemple de la voix, qui est passée en partie du registre sacré au registre

---

médical (voir plus loin, la partie sur « le territoire de la voix »). La science est alors confrontée à des problèmes pour lesquels elle n'a pas de réponse (l'éthique par exemple).

Selon Freidson, le triomphe de la médecine biomédicale peut également se concevoir comme le produit du combat des professionnels pour asseoir leur légitimité. Le système médical peut s'appréhender en termes de hiérarchie, au sommet de laquelle se trouvent les médecins. Ces derniers dominent les autres professions de santé, et c'est ce qui fait la spécificité de cette profession d'un point de vue sociologique. Aiach (1994) conclut que les professions paramédicales cherchent à se différencier en préférant des registres non-scientifiques, afin d'avoir un espace de légitimité et d'affirmation.

Tout ceci conduit en fait à la désillusion de médecins qui, comme le docteur Cornillot, dénoncent « *l'éviction de la dimension psychique* » (Cornillot, 1992) : pas de réelle écoute du patient, pas de place dans le diagnostic pour l'affectif et le psychologique. Il y aurait une négation du fait que le subjectif ou le psychologique puisse jouer un rôle dans la pathologie. En conséquence, la croyance que le médecin puisse jouer le rôle de "médecin-médicament" (Balint, Cornillot), que parler de son mal dans le cadre d'une relation médecin malade puisse suffire à faire disparaître le mal, paraît inappropriée dans le cadre de la médecine bio-médicale.

Actuellement la société se trouve face à des maladies longues à traiter qui nécessitent un fort investissement médical. Dans ce contexte, Cosnier (1993) insiste sur l'importance des relations interindividuelles. La relation thérapeutique devient un paramètre essentiel de la fonction de soin duquel va dépendre la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre.

## II. L'INDIVIDU AU SECOND PLAN DANS LA TECHNIQUE BIO-MEDICALE

Après avoir abordé les modèles expliquant les croyances médicales à l'échelle de la société, nous allons maintenant nous focaliser sur la relation thérapeutique qui se noue entre deux individus. En premier lieu nous ferons référence aux représentations sociales concernant la personne en tant que corps humain nécessitant des soins. Par la suite nous nous pencherons sur les théories qui développent la nature des relations entre malade et thérapeute.

# 1. Le corps et ses représentations dans le soin

## 1.1. Le corps, une construction sociale

Selon Lebreton (2005), les conceptions actuelles sur le corps doivent être aussi inscrites dans l'évolution de la société, notamment de la montée de l'individualisme. Les références sociales communes disparaissant, chacun « bricolerait » sa propre conception du corps, rassemblant divers points de vue de manière plus ou moins cohérente. « Au niveau du corps, un même éparpillement des références se produit (...). De nombreux acteurs se livrent à une recherche inlassable de modèles destinés à assigner à leur corps une sorte de supplément d'âme. Ainsi se justifie le recours à des conceptions du corps hétéroclites, souvent contradictoires, simplifiées, réduites parfois à des recettes. » (p.15).

En effet, ce qui est difficile à concevoir, c'est que « *Le corps réunit en lui une double appartenance à l'ordre de l'objet et à l'ordre du sujet* » d'après Merleau-Ponty, philosophe, cité par Duret & Roussel (2003, p.43). Le corps comme objet « en soi », déterminerait notre façon d'appréhender le monde, à travers les sens et les sensations. Notre corps serait « *le point de rencontre privilégié entre soi et le monde* » (Duret, p.43), un outil de perception et de connaissance du monde. En même temps, le corps peut aussi être envisagé en tant que sujet qui agit ou perçoit, « pour soi ». Notre corps construirait les bases de la socialisation en interaction avec autrui : « *les perceptions sensorielles, chacune avec ses spécificités, forment la trame de la socialité* » (Simmel dans son « essai sur la sociologie des sens » cité par Duret, p.40). On peut le voir à travers les différentes distances sociales, décrites par Hall (*Le langage silencieux*, 1984).

Griffet (1994) éclaire la question du partage de l'expérience sensorielle, dite « sensible ». Partant de l'exemple des sportifs, il remarque la difficulté de transmission de cette expérience, car « *le sensible frôle l'indicible (...) : le vocabulaire de référence manque, les récits sont obligés de recourir à de nombreuses métaphores* ». Dans l'idée de transmettre le plus fidèlement possible ce savoir, les formateurs peuvent choisir de montrer des images, des enregistrements de l'expérience corporelle. Mais cela ne décrirait pas fidèlement la sensation ressentie par celui qui a réellement fait, qui a ressenti dans son corps. L'élève reste dans une position de spectateur. Quand il doit à son tour passer à l'action, il n'arriverait alors qu'à « *produire autre chose que ce qui a été [vraiment] senti sur le moment* ». L'auteur en déduit que la transmission d'expériences corporelles ne peut se réaliser que lorsqu'il y a un partage d'activité au préalable.

## 1.2. Le corps dans le soin

Pour la relation thérapeutique, cet éclairage nous permet de mieux comprendre la difficulté à laquelle est confronté le professionnel de soin amené à toucher le corps et donc transgresser les règles sociales. « *These processes which have resulted in the so-called 'civilized body' can present problems for those who actually have to work with bodies and violate those conventions normally adhered to in Western societies.* » (Nettleton, 2001, p.116-120)

D'après Nettleton, le corps et les relations sociales s'influencent mutuellement : le corps ne demeurerait pas seulement un objet de soin, il serait également un lieu de négociation sociale, où le sens du tactile serait loin d'être innocent. « *Bodies form key sites of political struggles, and this is perhaps nowhere more evident than in the area of health and medical care* » (Nettleton, 2001). Les exemples des infirmières et du gynécologue, sont très significatifs. Toucher nécessite la mise en place de systèmes de prises en charge spécifiques, tant au niveau du comportement professionnel, que des variables de contexte du soin. Ces systèmes sont cependant purement informels, plus liés à l'expérience personnelle. Lawler (1991) cité par Nettleton, au cours d'une étude sociologique sur les infirmières, affirme que « *significantly, these [new systems of rules and set of specific contexts] are learned through personal experience and are not formally taught* ».

Selon Lawler, ces compétences se traduisent par des règles de comportement entre patient et soignant (par exemple, du côté du patient, l'observance, l'obéissance et l'acceptation de l'autorité de l'infirmière ; du côté de l'infirmière, protection de la pudeur du patient lors des soins).

Lupton (2003, p.129) cite l'étude sociologique d'Emerson (1987), sur l'examen gynécologique. Toucher le corps sans ambiguïté nécessite alors de la part du soignant de voir le corps comme un objet technique plutôt que comme une personne, afin que cela devienne socialement acceptable. « *To save embarrassment on both sides, the medical staff's demeanour assumes that the encounter is matter-of-fact and totally acceptable. For this to be sustained, the patient must be viewed as technical object rather than an individual* ». Cette attitude se traduit par l'utilisation d'un vocabulaire médical qui permet à chaque partie de conserver son rôle dans la relation thérapeutique « *The patient needs the medical definition to minimize the threat to her dignity; the staff need it in order not to inveigle the patient into co-operating* ».

Conséquence ou fait indépendant, Pierron (2007) constate que la médecine, portée par le registre technique, s'éloigne de plus en plus du corps physique : « La médecine technicienne ne touche plus le malade – le diagnostic à mains nues - mais l'observe à distance par images interposées. (...) La médiation de l'instrumentation prend souvent la place de la relation par la palpation. » (Pierron, 2007, p.48).

### **1.3. Le corps dans la rééducation orthophonique**

La médiation orthophonique se fait souvent par la parole, mais des approches thérapeutiques présentées depuis quelques temps en formations font intervenir le corps et le toucher. Au niveau du thérapeute, le fonctionnalisme dominant en phoniatry (Leclerc, 2007) a souvent pour conséquence la valorisation de l'expérience personnelle du thérapeute pour mieux soigner : « *seul celui qui est passé par l'épreuve de la maladie peut vraiment soigner* » (Laplantine, p.302). Par ailleurs, les orthophonistes pratiquant des rééducations vocales ont souvent développé des pratiques, musicales par exemple. Cette forme de « bain culturel » dans la sphère privée, a probablement orienté leur pratique professionnelle. C'est ce que Bourdieu nomme l'hexis corporelle.

Par ailleurs, la rééducation vocale est une des rééducations orthophoniques qui fait beaucoup intervenir le corps. « *La voix vient du corps et cela explique que la rééducation vocale fasse appel à des pratiques corporelles* » (Le Huche & Allali, 2002). Cette « *incorporation* » se réalise chez le soignant, et retentit sur la relation thérapeutique qui peut passer par le toucher ou la mobilisation du corps. Or, cette relation est elle aussi négligée dans le modèle bio-médical.

## **2. La relation thérapeutique dans la guérison**

### **2.1. La relation de soin négociée**

Le lien entre processus de guérison et relation thérapeutique diffère selon le praticien, suivant l'approche pratiquée. On peut présenter trois visions de la relation : conflictuelle (Freidson), consensuelle (Parsons), ou une relation négociée (Strauss).

L'approche consensuelle (Parsons) est née dans le contexte de l'après guerre : la maladie est alors considérée comme une entité exogène à éradiquer (essor des antibiotiques) par le médecin savant. Ce médecin va limiter les déviances sociales, en vérifiant que le malade ne se réfugie pas derrière sa maladie pour échapper à ses obligations sociales. Mais le

---

devoir du malade est de chercher à guérir, sans quoi sa maladie n'est pas légitime. Malade et médecin doivent donc s'entendre sur l'objectif commun de la guérison. Puis le malade s'en remet passivement à l'autorité du médecin qui sait guérir et mettre en place les moyens nécessaires. Ils pensent ce modèle universel. Cette approche se prête mieux à l'étude des maladies aiguës que chroniques.

L'approche conflictuelle de Freidson met en évidence des intérêts divergents dans la relation de soin : au-delà de la rhétorique professionnelle médicale de l'altruisme, des enjeux de légitimité sont bien présents pour le médecin. Par son savoir spécialisé, il choisit et propose le contenu du soin qu'il pense le meilleur pour le malade. Mais les connaissances que le patient a de sa maladie (son vécu, son expérience de la maladie) sont dévalorisées ou non reconnues par le médecin. Plusieurs configurations sont possibles, selon le type de médecine pratiquée : par exemple en chirurgie, la configuration sera « activité-passivité », alors que dans le cadre de la psychothérapie, les deux acteurs s'expriment. Certains patients sont toutefois exigeants, et la guérison peut dépendre de la négociation, et de l'acceptation des rôles dans la relation.

L'approche négociée de Strauss place la relation thérapeutique dans le contexte du milieu médical, dans la diversité potentielle de situations : il évoque notamment l'aspect temporel qui prend un rôle important sur l'interaction lors de maladies longues ou chroniques. A la première rencontre, le médecin peut mener l'interaction car il maîtrise les informations. Mais au bout de quelques rencontres, le patient et son entourage peuvent eux aussi gérer ou orienter les interactions. La guérison est alors vue comme un parcours de soin « négocié » entre les différents acteurs de l'équipe soignante, et de l'entourage du patient. Strauss propose donc trois critères de « négociation » de la relation de soin :

- la relation entre le soignant et le patient, ou registre relationnel et affectif,
- la prise en compte des croyances et valeurs du patient dans son contexte social, on parlera de registre communautaire et traditionnel,
- l'exploitation par le professionnel de sa culture professionnelle dans le domaine du diagnostic et du soin, soit le registre cognitif et technique.

La négociation se retrouve aussi en rééducation orthophonique. Par exemple, Brignone & de Chassey (2003, p.28) l'évoquent dans le cas de la rééducation du bégaiement par la thérapie comportementale : « Elle [la rééducation] se concentre sur le comportement : la modification du comportement représente le but contractuel fixé préalablement à l'établissement du traitement ». En ce qui concerne la rééducation vocale, Fortin, Guth &

---

Tain (2007) ont montré que la place et le rôle du patient dans sa propre rééducation varient selon le modèle de pratique. Ces auteurs résument ainsi les trois logiques (2007, p.237-238) :

- dans la logique biologique, « *la dimension biologique est omniprésente* », et l'évaluation portera sur des critères techniques dans la logique biologique.
- dans la logique « *cohérence de l'être* », l'orthophoniste est « *plus soucieux du ressenti de la personne, de la cohérence de l'être* ».
- dans la logique d'adéquation aux normes sociales, le milieu social aura plus d'influence sur le soin : « *la prise en charge se réfère à des critères sociaux, de gêne de l'entourage, des patient.e.s ou de l'orthophoniste.* »

## **2.2. Vers l'égalité relationnelle entre patient et thérapeute**

L'article de Pierron (2007) nous éclaire sur l'émergence d' « *Une nouvelle figure du patient* » et ses implications dans la relation de soin. La loi du 4 mars 2002 (loi n° 2002-303) relative aux droits du malade, modifie la relation patient-médecin. L'objectif affiché de cette loi est de replacer le malade comme sujet et non plus objet de soin, puisqu'il devient « *usager du système de santé* ». À ce titre, la relation thérapeutique peut tendre à se rééquilibrer, « *le cadre juridique rééquilibrant l'asymétrie relationnelle et l'anonymat techniciste* ».

Cette loi entraîne évidemment une redéfinition des rôles. En effet, les patients aujourd'hui sont davantage documentés grâce à internet, mais les informations trouvées n'ont pas forcément de sens par rapport à leurs propres troubles. C'est par le partage d'informations que va se modifier la relation thérapeutique. Selon Pierron, tout l'enjeu de la relation soignant-patient est de « *repenser cette relation à l'information* », où le thérapeute « *est moins un savant qu'un interprète instaurant une médiation pour que les signaux deviennent signifiants* ». Les thérapeutes seraient alors confrontés à ces nouvelles exigences auxquelles ils seraient tenus de s'adapter.

## **2.3. Source de réenchantement professionnel**

Face au dilemme possible entre la volonté (ou la nécessité) de se sentir légitime, et la volonté d'être fidèle à leurs convictions en matière de pratique professionnelle, certains choisissent la voie « *du réenchantement* ». Bouchayer (1994) s'est intéressée à la démarche de généralistes qui s'orientent vers des pratiques dites « *parallèles* »

---

(homéopathie, acupuncture, etc...). A la suite de son analyse, elle a pu établir certains constats.

D'abord, le fait de choisir délibérément de s'orienter vers un champ de pratique peu conforme, assure une situation moins dévalorisée par rapport aux spécialistes. De plus, le champ de pratique choisi serait plus en accord avec la majorité de la demande de soin : face à la « *fréquence des troubles de type psycho-somatique [...], les médecines différentes sont perçues comme plus performantes et plus adaptées* » (Bouchayer). De surcroît, beaucoup d'usagers désirent être soignés autrement. Ce type de choix permet un certain tri des patients, et également la limitation des contraintes liées à la profession, comme les gardes, urgences... Par ailleurs, « les jeunes médecins procèdent par (...) essais et évaluation, appréciation du degré et des raisons de la convenance – pour eux, et dans la rencontre – confrontation permanente avec ceux qui viennent les consulter – des savoirs, des thérapeutiques, des modes de pratiques qu'ils vont progressivement « tester » » Bouchayer (1994, p.206).

Un regret récurrent est le « *découpage de la médecine classique* » (Bouchayer, p.207), alors que ces praticiens sont plus en recherche d'une médecine globale de l'individu. La médecine techniciste « *de plus en plus désincarnée, technique, prévisionnelle* » générerait une confusion, un abîme entre « *un nouveau rapport au corps fondé sur la voyance biologique et imagée, et la persistance d'un Moi souffrant, toujours irréductible.* » (Sicard, 2002, cité par Pierron). Le praticien chercherait alors un moyen de réenchantement et s'ouvrirait à d'autres conceptions sur le soin, qu'il trouverait dans les formations.

### III. LA LEGITIMITE, UN ENJEU DE LA FORMATION CONTINUE

Au regard des théories présentées ci-dessus, la relation thérapeutique et les convictions du soignant sur la maladie et le soin s'influencent mutuellement, entraînant parfois des désillusions. L'élaboration de ces conceptions peut s'envisager dans un processus de construction d'une identité professionnelle ; cette identité se structure dans un positionnement vis-à-vis des pairs, et par rapport à d'autres métiers. La formation apparaît comme un moyen de renforcer cette identité professionnelle, notamment dans le domaine de la rééducation vocale.

---

## **1. La profession d'orthophoniste**

### **1.1. Construire son identité professionnelle d'orthophoniste**

Au 1er janvier 2004, on recensait 80% des orthophonistes exerçant en libéral (l'Orthophoniste, juin 2005). D'autre part, Le Feuvre (2007) a explicité dans son article l'existence d'un socle de compétences : près de 90 % des orthophonistes déclarent en 2002 prendre en charge les pathologies « articulation, parole, langage » et « dyslexie, dysorthographe ». Ces deux pathologies semblent composer le quotidien des orthophonistes pratiquant principalement en libéral (cf glossaire, définition de l'orthophonie). En 2002 également, 46,6% des orthophonistes déclaraient pratiquer des rééducations de voix. En 1970, seulement 30,3 % des orthophonistes rééduquaient ce type de pathologie.

Perdrix (2007) éclaire la démarche de construction de l'identité professionnelle des orthophonistes en partant de la définition d'Abbott (1998) sur les « actes professionnels ». L'acte professionnel d'« *articuler savoir formel et pratique concrète* », est nommé par Abbott « *une inférence* ». La réalisation d'inférences appartient à un processus de définition de l'identité professionnelle, afin d'être considéré comme un professionnel légitime vis-à-vis des professions adjacentes jugées concurrentes. En orthophonie, Perdrix a donc envisagé deux modes de pratique possibles : le choix d'une pratique en accord avec les représentations personnelles du soin et de la maladie, et le choix stratégique, afin de renforcer son image de professionnel. Car dans la volonté de se démarquer des autres, l'orthophoniste peut être stratégiquement amené à soutenir une représentation du soin éloignée de la sienne, ce qu'a montré Perdrix dans son article.

Dans un contexte de compétition entre diverses professions, l'orthophonie cherche à se rendre légitime, particulièrement dans le domaine de la rééducation vocale qui se trouve à la croisée des mondes de la voix et de la médecine.

### **1.2. Recherche de légitimité face à d'autres groupes professionnels**

Pour étudier la notion de « profession », nous faisons référence au courant de l'interactionnisme. Cette approche, développée au départ à Chicago, a pour figures de proue, entre autres, Hughes et Strauss. L'interactionnisme a pour principe spécifique de

---

considérer la profession « *comme une forme d'accomplissement de soi. L'activité professionnelle (...) doit être étudiée comme un processus biographique et identitaire* » expliquent Dubar et Tripier (2005). La personne, étant au cœur de son métier, serait la plus apte à décrire et à analyser son travail, et à expliquer la trajectoire qui l'a amenée à cette pratique. Le professionnel perçoit également les enjeux comme l'autonomie de la profession. Le rôle du chercheur est d'analyser la dynamique des interactions entre le groupe professionnel étudié et les groupes proches.

Freidson, disciple de l'école de Chicago, définit dans « La Profession médicale » l'obtention du statut de profession comme étant le résultat d'une « *lutte entre des groupes concurrents* » (Adam & Herzlich, 1994). Strauss définit la profession médicale par sa diversité. Cette variété permet de délimiter des « *segments professionnels* ». Chaque segment développe sa propre vision de son métier et cherche à la faire admettre aux autres, bien que le but commun soit maintenu dans la rhétorique professionnelle (ex : soigner les malades). Ainsi, un segment va se construire à travers un ensemble de « *croyances partagées* » face à ce qu'il faut faire dans telle situation, plutôt que par des classifications établies. « *Chaque segment a [...] sa propre définition de ce qui fait « le centre de sa vie professionnelle » et ces définitions sont fortement structurantes des identités professionnelles.* » Les auteurs analysent ensuite la compétition entre les segments et au sein des segments, qui s'impliquent dans des jeux de lutte et de pouvoirs, et que les auteurs redéfinissent alors comme des « *mouvements sociaux* ». « Il est clair que les intérêts sont divergents à l'intérieur d'une profession pour tout observateur attentif. Non seulement ceux-ci peuvent se développer selon différentes lignes, mais ils sont susceptibles d'être, et sont fréquemment, antagonistes. » (p.78, Strauss, 1991).

### **1.3. Le territoire de la voix**

Bergeras et Tain exposent dans leur article le glissement de la voix, du domaine sacré (hommes d'Eglise, musiciens) au domaine de la médecine, chargée « de cette normalisation de la voix ». Cette médecine n'est pas exclusive : par exemple, les orthophonistes renvoient aussi certains patients vers des professionnels non médicaux. On remarque des « *enjeux de territoire* » : l'orthophoniste serait à la fois en « *rivalité potentielle avec les autres professionnels de la voix* », (p.173-180) et à la fois contrôlé par les médecins prescripteurs. Ainsi, l'orthophoniste accéderait à la légitimité scientifique dominante par le diplôme, les formations continues auprès de phoniatres, et la défiance envers les professionnels non médicaux. Cependant, les orthophonistes recherchent aussi les formations auprès de professionnels non médicaux, vecteurs de tradition et de

---

charisme. Se formant à la fois auprès de professionnels médicaux et non médicaux, les orthophonistes tentent d'articuler « *différents registres qui peuvent apparaître contradictoires* ». Le phoniatre apparaîtrait comme la figure cumulant ces différents registres.

## **2. Le processus de formation continue**

### **2.1. La formation, un lieu de régulation la profession**

La joute politique pour accéder au statut de profession fait intervenir l'Etat : les acteurs doivent persuader celui-ci du caractère irremplaçable de leurs compétences et de leurs services. Une fois le statut de profession concédé, « Responsabilité et autocontrôle sont la contrepartie de l'autonomie et de l'autorité concédées par la société aux professionnels et à leurs institutions. [...]La communauté est ainsi contrainte à une autorégulation interne, rigoureuse et permanente » précise Saliba (1994, p.62). Cette autorégulation passe par la socialisation de ses membres, qui s'accomplit pour les professions libérales essentiellement par la formation : « *l'autonomie, quand à elle, est toujours conditionnée par l'aptitude de la communauté à réussir la socialisation de ses membres. Le moindre laxisme entraîne une perte de crédibilité, de pouvoir et une augmentation des pouvoirs extérieurs.* » En effet, si le contrôle n'est pas interne à la profession, par des regroupements réguliers de ses membres, l'autonomie s'avère menacée, et les contrôles extérieurs pourraient être accentués.

### **2.2. Une démarche de réflexion à propos de la profession**

Franguiadakis (2007) analyse l'expérience vécue par les orthophonistes missionnés par Orthophonistes Du Monde. Il présente ce vécu comme fondateur pour l'identité professionnelle : l'expérience relationnelle transformée, les repères bouleversés... Epreuve qui amène l'orthophoniste à repenser sa place dans la société, et à se réajuster en conséquence dans les relations. « *Penser l'expatriation comme expérience humaine et professionnelle, c'est aussi ouvrir une réflexion et un regard sur soi* » (p.253). Cette démarche de réflexion sur l'identité orthophonique, de prise de recul sur les usages professionnels se construirait grâce à l'expatriation. Au retour du voyage, elle continuerait à nourrir la pratique de ces orthophonistes. Cette « *réflexivité* » fait émerger un « *effort constant d'ajustement et de négociation afin de (re)créer l'espace [...] porteur de la spécificité de cette profession.* »

### 2.3. Les types de savoirs transmis

Cannac (1985), place le processus de formation dans la vision de la compétence professionnelle : la formation dite continue\* a pour vocation le « *développement des compétences professionnelles. La notion de compétence apparaît comme concept central en la matière* ». (p.153). Selon l'auteur, on peut distinguer deux formes de savoir\* qui sont de nature différente. Un savoir professionnel est pertinent par rapport à l'objectif à atteindre, dont la valeur, toujours relative, tiendrait dans la pertinence d'une action définie (p.154). Par là, il s'oppose à ce que l'on pourrait appeler le savoir institué, académique : ce savoir tire sa valeur de lui-même – de sa conformité à un usage établi, ou à une méthode éprouvée de recherche de la vérité – indépendamment de toute utilisation, dont la seule détention est une richesse, et dont la valeur est absolue. Le savoir pertinent se rapporterait donc à l'utilisation, la finalité, et inclurait un savoir-faire autant qu'un savoir-être. Toute compétence professionnelle serait un savoir global. La compétence du professionnel étant évolutive, la formation serait une nécessité.

Mais parallèlement, on peut vouloir se former dans un domaine précis. Cette formation portera non seulement sur le savoir spécifique, mais aussi sur tous les « savoirs complémentaires sélectionnés et organisés en fonction de la logique de l'action. [...] La compétence ne se réduit pas à la spécialité mais l'implique. [...] C'est pourquoi le perfectionnement professionnel consistera selon les cas à acquérir une spécialité plus aiguë ou à élargir une palette de connaissance et d'aptitudes. ». C'est aussi ce dont parle Perdrix sur les inférences, propres à la profession ou extérieures à elle.

### 2.4. Le mode de transmission des savoirs

Bergeras et Tain ont étudié la fonction des registres de légitimité décrits par Weber (1971), dans le monde de la voix. Les auteurs (2007, p.173-180) décrivent en ces termes les trois modalités de transmission des savoirs, de Weber : « *l'apprentissage est associé à la rationalité, l'héritage à la tradition, et la révélation au charisme.* » (p.174). Bergeras et Tain présentent la figure du phoniatre comme regroupant ces trois caractéristiques, et comme étant la figure centrale dans ce monde de la voix. Néanmoins, l'orthophoniste dépend des « *médecins pourvoyeurs, notamment [...] des phoniatres* » (p.179).

---

**Chapitre II**  
**PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES**

---

## I. PROBLEMATIQUE

Nous nous interrogeons sur les représentations des orthophonistes, en jeu dans le parcours de formation continue en rééducation vocale.

### 1. **Hypothèse 1 : les orthophonistes éprouveraient le besoin de se former**

- Nous pensons que les raisons suivantes pousseraient les orthophonistes à effectuer des formations continues :
- la formation initiale serait insuffisante à la pratique de la rééducation vocale,
- la validation de la rééducation serait subjective et sociale, entraînant un manque d'assurance des orthophonistes dans ce type de prises en charge,
- l'orthophoniste aurait également tendance à se projeter, à s'identifier au public d'adultes lors de la rééducation vocale (d'un point de vue corporel et d'un point de vue professionnel) et ce serait une source de difficultés pour les praticiens,
- la formation continue serait vécue comme un moyen de renforcer l'identité professionnelle pour l'orthophoniste par rapport aux segments professionnels adjacents (Perdrix).

### 2. **Hypothèse 2 : la mise en pratique des acquis d'une formation serait le fruit d'un rapport personnel de l'orthophoniste à la formation**

- l'appropriation des savoirs et la mise en pratique de ces acquis nécessiteraient une temporalité longue, liée à la prise de recul, la « réflexivité » (Franguiadakis),
- l'adoption des savoirs se construirait à plusieurs niveaux dans la pratique de l'orthophoniste,
- l'adaptation des savoirs dépendrait de plusieurs facteurs et entraînerait parfois des modifications dans le mode thérapeutique. Les orthophonistes en tireraient un bénéfice au niveau du contenu, et dans la dynamique de la prise en charge (Bouchayer).

**3. Hypothèse 3 : à l'issue des formations, les orthophonistes adopteraient une représentation de la formation**

- on peut analyser la nature des bénéfices reçus en formation,
- l'analyse du discours des orthophonistes permet de définir des types de formation
- 

**4. Hypothèse 4 : devenir formateur serait l'aboutissement d'un cheminement au sein de la profession**

- l'orthophoniste expérimenté assumerait davantage les inférences développées dans sa pratique,
- l'orthophoniste qui se sent légitime en rééducation pourrait désirer intervenir sur le thème de la voix hors du cadre de rééducation,
- certains orthophonistes très expérimentés deviendraient formateurs au sein de la profession.

---

**Chapitre III**  
**PARTIE EXPERIMENTALE**

---

## I. INTRODUCTION

Notre mémoire se place dans le champ des sciences sociales, restant dans la continuité des recherches à l'origine de l'œuvre de Tain, *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Aussi ce positionnement influence-t-il notre méthodologie. Nous tenterons de décrire et de trouver les explications les plus plausibles aux faits et choix observés dans ce domaine de la rééducation vocale.

Pour expliquer notre démarche, nous présenterons d'abord les principes sous-tendant notre méthodologie. Dans un deuxième temps, nous expliquerons le mode de recueil d'informations qui nous a semblé le plus approprié à notre problématique. Ces étapes ont pour objectif d'aboutir à une représentation clarifiée et simplifiée des faits observés, en dégagant des thématiques récurrentes ou en utilisant la construction d'une typologie pour analyser les résultats obtenus.

## II. LES PRINCIPES DE LA METHODE

### 1. Les conditions de validité

« Faire appel à ces instruments d'investigation [...] de documents, c'est se ranger aux côtés de ceux qui, de Durkheim à Bourdieu en passant par Bachelard, veulent dire non à « l'illusion de la transparence » des faits sociaux, et refusent ou tentent d'écarter les dangers de la compréhension spontanée. » Bardin (p.31, 1977).

Les données que nous avons recueillies sont des témoignages d'orthophonistes, interrogés sur le thème de notre mémoire (voir plus loin, la partie 3 : le matériau recueilli). Ces témoignages sont riches en informations, mais très subjectifs et exprimés dans un contexte particulier. Il pourrait être tentant de les utiliser comme données brutes et les interpréter comme telles. C'est ce que dénonce Bardin par « *l'illusion de la transparence* » : elle décrit la croyance qu'une compréhension est possible sans analyse des entretiens dans leur contexte sociologique. Il est important de replacer les propos dans le contexte de l'histoire de la personne, et dans la société où la personne vit. Une analyse approfondie s'appuyant sur la théorie apportera la validité de notre méthodologie : « *C'est en confrontant les résultats des enquêtes et la réflexion plus large sur notre société, [...], que la compréhension sociologique tire son originalité.* » Schnapper (p.1-2, 1999).

## 1.1. Les points théoriques permettant d'éviter un contresens

Nous étudions nos observations en référence à la théorie sociologique (qui nous permet de théoriser les interactions), et plus précisément aux productions des recherches réalisées au préalable en orthophonie. Notre mémoire porte sur la rééducation vocale mais nous le replaçons dans le cadre de la profession d'orthophoniste.

Nous appliquons par ailleurs le principe de l'individualisme méthodologique, qui affirme que « *le phénomène à expliquer se déduit logiquement d'une loi générale (une loi de l'action), associée à des conditions initiales (les contextes de décision et les préférences des acteurs)* » (Bourdon et Fillieule p.52). Dans la pratique, le chercheur tente de percevoir les représentations qui ont amené la personne interrogée à réaliser l'objet de l'analyse.

Ensuite, dans la phase de compréhension, nous sommes parties d'un postulat d'universalité : « *Le sociologue peut, s'il possède suffisamment d'informations, se mettre à la place* » et *comprendre les actes de n'importe quel type d'individu, vivant à n'importe quelle époque et dans n'importe quelle société.* » (Bourdon et Fillieule, p.56).

## 1.2. Les principes de validation des méthodes qualitatives

En sciences sociales, « *le terrain est la contrainte initiale, [...] les hypothèses lancées sont issues de l'observation* » Kaufman (p.28). En effet, c'est l'observation de faits sociaux qui amène le chercheur à affiner ses hypothèses. Ce principe de base protège les modèles théoriques obtenus d'une distance importante à la réalité.

Au moment de l'entretien, il nous a fallu obtenir l'accord de l'interviewé, et générer ce climat de confiance nécessaire au recueil d'informations fiables (principe d'acceptation interne). Nous avons également recoupé les entretiens et la théorie pour que les données soient complètes et qu'elles soient cohérentes entre elles. L'intérêt est effectivement d'avoir une vision globale de la réalité (principe de complétude).

D'autre part, nous avons tendu vers la saturation : « *c'est le phénomène qui apparaît au bout d'un certain temps dans la recherche qualitative lorsque les données que l'on recueille ne sont plus nouvelles* » Mucchielli (p.113). Ce phénomène signifie que le chercheur a recensé tous les types de réponses possibles aux questions. Pourtant, il semble nécessaire de modérer la place du principe de saturation. « *La saturation ne peut*

*donc porter sur l'ensemble, et il est même assez fréquent qu'un modèle central ne parvienne pas à être saturé. Ceci ne constitue pas une contre-indication à la publication.* » Kaufman (p.31-32).

La confirmation externe est la validité assignée par les experts du sujet. « *L'évaluateur est censé connaître le domaine investigué [...] il peut donc se permettre de mettre en doute certaines propositions et demander des compléments d'information.* » Kaufman (p.29).

Enfin, « *l'évaluation d'une recherche s'inscrit dans une temporalité multiple : dans l'immédiateté de sa publication, dans le temps plus long de la critique théorique* » Kaufman (p.30-31).

## **2. La position de l'enquêteur**

Il s'agit d'analyser le discours d'une personne, et de comprendre le cheminement qui l'amène à ces idées, face à un enquêteur qui l'influence aussi par son questionnement. Pour ne pas trop induire les réponses et mettre la personne en confiance, nous avons appliqué des techniques de communication : poser des questions ouvertes, déduire, reformuler, être dans une écoute active.

Cette position est délicate, car nous sommes étudiantes en orthophonie, et nous interrogeons nos futurs pairs. Lors de nos entretiens, les personnes nous parlaient de connaissances censées être connues et partagées entre orthophonistes (connaissances théoriques, savoir être). Cela leur permettait d'en rester au niveau des faits et de ne pas expliquer des notions, pratiques ou représentations qu'ils pensaient évidentes pour nous. Cette connivence entre nous aurait pu gêner notre analyse. Pourtant, la connaissance de la profession d'orthophoniste nous permet de creuser l'analyse de ses représentations en profondeur.

## **3. Des données individuelles et liées au cadre professionnel**

### **3.1. Données qualitatives**

Les données recueillies sont donc des données hautement qualitatives, dans le sens où c'est la subjectivité, la singularité des témoignages que nous avons recherchés et sollicités. Nous avons demandé aux personnes interviewées de nous parler à la fois de

leurs pratiques professionnelles et de leur parcours, à partir d'exemples concrets, afin de pouvoir cerner leurs motivations et logiques de choix.

### **3.2. La rhétorique professionnelle**

Chercher à comprendre directement les entretiens comporte des écueils. Le premier est la « *rhétorique professionnelle* » (Paradeise), qu'il faut cerner : le professionnel a un discours qui le justifie professionnellement, mais qui peut être détaché de la réalité de sa pensée ou de ses actes. Cette dissimulation est inconsciente. Son discours est orienté du fait de sa position sociale, le rôle qu'il veut ou doit jouer face à son interlocuteur. La rhétorique professionnelle se traduit par un discours stéréotypé face à un autre professionnel. Nous devons être attentifs à ne pas « *être dupe des discours que ces professionnels portent sur eux-mêmes et qui est justement celui que les sociologues veulent entendre, en tant que professionnels eux-mêmes.* » (Dubar et Tripier, 2003, p.7).

Nous partons donc de la description de ces pratiques concrètes, afin d'observer comment les représentations s'y traduisent. Par exemple, les questions : « Comment se décide l'arrêt des soins ? » ou « Quels éléments de la formation avez-vous appliqués en premier ? », nous éclairent sur la relation patient – thérapeute et le rôle que veut y jouer l'orthophoniste, ou sur l'appropriation des enseignements.

### **3.3. Le sociocentrisme**

Un autre travers est possible au moment de l'analyse des résultats : quand l'interlocuteur a des idées trop éloignées de notre expérience, nous risquons de juger ces idées irrationnelles ou incompréhensibles. Bourdon et Fillieule parlent d'une sorte de sociocentrisme : « l'observateur projette sur les individus qu'il étudie, soit les caractéristiques de sa propre situation, soit ses propres préférences. Mais si la situation ou les préférences sont trop éloignées des siennes, leurs comportements lui sembleront alors incompréhensibles, inintelligibles. » (Bourdon et Fillieule p.63)

## **III. RECUEIL D'INFORMATIONS : L'APPROCHE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS**

Pour confronter nos hypothèses à la réalité, nous avons opté pour la méthode de l'entretien sociologique semi-directif, précédé d'un petit questionnaire passé par téléphone ou par mail. Cette méthode nous a semblé la plus pertinente, principalement du fait du type de sujet que nous avons choisi.

## 1. La population d'orthophonistes et le recensement des formations

### 1.1. Recensement des formations continues étudiées

Dans un premier temps, nous avons fait le recensement des formations traitant de la rééducation vocale. Ces formations sont proposées aux orthophonistes, et animées par des phoniatres, ORL ou orthophonistes. Pour trouver des formations diverses, nous avons contacté les syndicats, nous avons cherché sur internet, et nous sommes aussi restées ouvertes aux formations citées lors des entretiens. Nous avons étudié ainsi 16 formations, certaines actuellement ouvertes à l'inscription, d'autres s'étant déroulées il y a quelque temps.

Liste des formations	formateurs
Thérapie manuelle appliquée à l'orthophonie (ostéovox)	J.B. ROCH, phoniatre
Développer et fluidifier la respiration (Feldenkrais)	F. COMBEAU
La rééducation des pathologies vocales	Mme M. KERLAN, orthophoniste
Séminaire d'initiation à l'intonation vocale (I)	A. de la BRETEQUE, phoniatre
La voix dans tous ses états	Mme Y. BENZAQUEN, orthophoniste, professeur de chant
Pratique de la rééducation de la voix	Mme F. MORINIÈRE, orthophoniste
Voix Et Mouvement - psychophonie et somato-psycho-pédagogie	Mme M. DOUCHE-CABANIS, orthophoniste

(fasciathérapie méthode Danis Bois )	
Pratique vocale et rééducation	Mme C. FOURNIER, artiste lyrique, & Mme M. Dupessey, orthophoniste
Utilisation du chant et du piano dans les traitements logopédiques de bégaiements, dysphonies, TA, RP et RL	Mmes M. et S. Brignone, orthophonistes
Voix et rééducation	Mme A. VERON, orthophoniste
Formation du Dr LE HUCHE	F. LE HUCHE, phoniatre
Psychophonie	Plusieurs formateurs
« À la Découverte de la voix »	G. CORNUT, Phoniatre
« Pratique Vocale » 2008 « la voix de l'enfant » 2007	Mme C. GENTIL, orthophoniste, chargée de cours à l'école d'orthophonie de Lyon
Formation de Mme ESTIENNE	Mme F. ESTIENNE, logopède
Formation du Dr SARFATI	Mme J. SARFATI, phoniatre

**Tableau 1 : Liste des formations**

Nous avons aussi recensé trois autres formations se déroulant cette année, mais nous n'avons pas pu interroger des orthophonistes y ayant participé.

## 1.2. Définition de la population

*« Ce qui importe, c'est d'avoir couvert au mieux des possibilités du chercheur, la variété des témoignages possibles. »* (Bertaux, 1997, p.25)

Nous avons cherché une population constituée d'orthophonistes uniquement : comme notre recherche s'intéressait aux processus de formation continue en rééducation vocale, nous avons rassemblé des orthophonistes sur le critère des formations effectuées. Par ailleurs, nous voulions ouvrir notre découverte des pratiques et des formations à la France entière. Ce choix méthodologique a aussi pour avantage de ne pas rester au sein d'un même réseau de professionnels restreint. Nous avons donc interrogé des orthophonistes de plusieurs régions de France, deux orthophonistes formées en Belgique et une

logopède suisse. Tous ces orthophonistes ont effectué au minimum une formation continue en France parmi celles que nous citons ci-dessus. Un autre critère important était la mise en pratique de la ou des formation(s) auprès de patients, pour que chaque orthophoniste puisse nous parler de sa manière d'intégrer les nouvelles connaissances à sa pratique. Dans la visée de notre problématique, nous avons aussi interrogé des professionnels orthophonistes et formateurs / formatrices en rééducation vocale. Nous avons également interrogé une orthophoniste formatrice dans un autre domaine que la rééducation vocale. Par ailleurs, nous avons également interviewé les orthophonistes non-formateurs sur leur vision du formateur, et sur les raisons qui font qu'ils ne sont pas formateurs.

Certain(e)s orthophonistes ayant fait plusieurs formations, nous avons pu faire des recoupements, mais pour certaines formations, nous n'avons pu avoir qu'un « représentant ». L'étape suivante a été la rencontre avec des orthophonistes qui ont fait ces formations : les formateurs eux-mêmes, les syndicats, les sites des formations et nos relations personnelles nous ont permis de contacter des orthophonistes formés (par téléphone ou en face à face en fonction de la distance à la région lyonnaise). Nous obtenons une population de vingt orthophonistes, dont un homme, qui ont accepté de nous accorder un entretien. Vingt entretiens sont exploités pour notre analyse.

Ces orthophonistes sont âgés de 25 à 58 ans. Deux personnes ont un exercice mixte, les autres étant en libéral. Les lieux d'exercices sont les régions du grand ouest, de l'est, le nord, la région parisienne, la région Rhône-Alpes, et la Suisse, parfois dans des grandes villes, à proximité de celles-ci, ou parfois dans de petites villes.

Tous font des rééducations vocales, en cours ou déjà achevées. Le nombre des patients dans ce domaine varie entre l'orthophoniste qui reçoit 5 patients par an, et celle dont l'essentiel de sa patientèle vient pour des problèmes de voix.

## **2. Le contenu du questionnaire et les objectifs de son exploitation**

Le questionnaire a pour objectif de recueillir des données factuelles (durée de pratique, nombre de patients, âge... Voir annexe II) et de servir d'introduction à l'entretien. Nous l'avons soit proposé par téléphone, soit envoyé par email au préalable. Ces données quantitatives sont cependant limitées en nombre, car elles ne constituent pas le cœur de nos recherches. Elles servent plutôt à la fois de base, de complément et de confirmation

---

d'informations recueillies lors des entretiens. Ce questionnaire présente l'avantage de laisser à l'orthophoniste le temps de rechercher des informations plus précises à propos des formations qu'il / elle a effectuées, et de se replonger dans ce sujet avant l'entretien. De même, parfois, certaines informations ne sont pas citées dans l'entretien mais écrites dans le questionnaire.

### **3. Le déroulement de l'enquête : grille d'entretien et déroulement des entretiens**

#### **3.1. La grille d'entretien**

La grille d'entretien a été basée sur les thématiques développées dans les mémoires de Leclerc puis de Bergeras. Au fur et à mesure de l'élaboration de notre questionnement nous avons affiné le choix des questions et nous avons rajouté la thématique sur la posture de formateur. « *En outre, le guide d'entretien est un outil évolutif dont le détail est modifié, précisé, rectifié, au fil des entretiens conduits et de ce qu'ils apprennent.* » (Perdrix, 2007, p.285).

#### **3.2. Le déroulement**

L'entretien est au préalable présenté lors de la prise de contact avec le futur interviewé. Nous lui avons alors expliqué la forme de l'entretien (on reprecise ce « *pacte d'entretien* », Bertaux (1997, p.35), juste avant le début de l'entretien) : nous l'avons assuré de l'anonymat de l'entretien, puis nous lui avons expliqué le thème de notre recherche, la formation continue dans le domaine de la rééducation vocale. Nous lui avons ensuite explicité l'objectif de l'entretien : recueillir son point de vue et sa pratique, ses réflexions autour de la rééducation vocale en lien avec sa (ses) formation(s) dans ce domaine. D'autre part, nous nous présentons aussi comme étant sans expérience : cette posture d'interlocuteur naïf et curieux permet de limiter la position de juge en tant qu'auditeur de la pratique (cf. posture de l'enquêteur, p.32).

Dans le cas d'un entretien téléphonique, nous avons jugé bon de préciser comment cela allait se dérouler, du fait de la limitation de l'échange à sa partie verbale (voir annexe III), par rapport à un entretien en face à face, et aussi afin d'éviter les malentendus pragmatiques (silences, interruptions...).

L'entretien se déroule ensuite en une heure environ, pendant laquelle nous tentons d'explorer le parcours et les points de vue de la personne interviewée en posant des questions ouvertes. Ces questions sont organisées en thèmes dans la grille d'entretien. Par thème, quelques questions sont présélectionnées pour ébaucher les thèmes qui ne sont pas abordés spontanément au cours de l'échange.

L'objectif de l'entretien qualitatif en sciences sociales est de dépasser la réponse attendue. En effet, par l'entretien, nous tentons de dévoiler la manière dont l'orthophoniste se représente sa profession et ses logiques d'actions autour des thématiques abordées dans l'entretien. Pour atteindre ce but, il est indispensable de bien connaître la grille d'entretien au préalable. Cela nous permet de lancer les différentes thématiques tout en nous laissant plus ou moins porter par l'évolution de l'échange lui-même. En-dehors de l'introduction de nouveaux thèmes, notre rôle d'intervieweur se limite à redynamiser les réflexions de l'orthophoniste. (Voir la partie précédente sur la posture de l'enquêteur).

#### **4. L'analyse de données**

« Le sociologue cherche à comprendre, non pas des actions réelles et concrètes, mais des actions typiques. (...). Car dans la mesure où on cherche à expliquer des phénomènes agrégés, on peut se contenter d'une représentation très simplifiée, très stylisée, de l'action. » (Bourdon et Fillieule p.74).

La méthode d'analyse va croiser deux étapes. Une première étape analyse la logique inhérente à chaque entretien : comment le parcours de chaque personne se construit-il ? Et comment les différentes thématiques interagissent dans ce parcours ? Une seconde étape est la logique transversale aux différents entretiens, où vont apparaître des thèmes récurrents. A partir des extraits de plusieurs entretiens sur un même thème, nous pourrions caractériser plusieurs démarches distinctes sur ce même thème. Par exemple, le chercheur pourra déterminer différentes positions possibles des orthophonistes sur le soin. La théorie sociologique nous aidera à deux niveaux : comprendre ces logiques personnelles, et les conceptualiser en les remettant dans le contexte de la profession orthophonique, qui appartient à la société médicale, incluse elle-même dans la société française actuelle.

L'objectif est donc d'arriver à construire une typologie sur la problématique étudiée. Cette typologie ne correspond pas à la pratique d'une personne, elle a pour fonction de conceptualiser les éléments dynamiques dans les trajectoires professionnelles observées.

#### **4.1. Analyse thématique verticale : recherche de la cohérence individuelle**

Cette étape présente un grand intérêt. Evidemment, il est important de ne pas déformer les idées de la personne. Cet effet peut être limité en prenant du recul pour pouvoir analyser les propos et le parcours de la personne dans leur globalité : « la compréhension sera d'autant plus fine que le chercheur sera familiarisé, [...] sinon déjà avec le corpus lui-même, du moins avec « l'univers mental » dont fait partie le corpus. Définir des catégories revient à expliciter la compréhension intérieure que l'on a du contenu sémantique global. » Robert et Bouillaguet, 1997. Allant dans la même direction, Demazière et Dubar encouragent l'analyste à « *dormir avec ses entretiens* » (p. 287) pour percevoir précisément la cohérence de l'entretien.

Les propos recueillis sur les différents thèmes nous permettront ensuite de mieux cerner les différentes réflexions qui animent la personne dans sa pratique professionnelle de rééducateur de la voix.

Pour cela, une analyse est effectuée à différents niveaux. Les thèmes abordés dans l'entretien sont relevés, afin d'observer la cohérence des logiques de parcours : « *il s'agira de rechercher la structuration spécifique, la dynamique personnelle, qui, en filigrane du flot de paroles, orchestre le processus de pensée de l'interviewé.* » (Bardin, 1977, p.97). L'enchaînement des idées et la récurrence de certains thèmes peuvent aussi nous éclairer sur le positionnement du professionnel : « L'analyse conversationnelle doit « *faire émerger* » le sens qu'élabore le locuteur au fil de sa pratique discursive : la manière de dire est aussi importante que ce qui est dit. » Paradeise (1999, p.462).

A la suite de cette analyse, le chercheur va se trouver obligé de faire des allers-retours entre ce qu'il observe sur le terrain après les premiers entretiens et la théorie. Ce va-et-vient permettra de produire de nouvelles hypothèses et donc de modifier sa grille d'observation, ainsi que le proposent Glaser et Strauss dans la méthode comparative continue (1967). Cette interaction offre un enrichissement mutuel entre les observations de terrain et la théorie.

## 4.2. Analyse horizontale inter-entretiens : recherche de typologie

Ce mode d'analyse nous a paru pertinent dans notre cadre de recherche, parce qu'il tend à « *substituer l'intelligibilité à l'incohérence et à la diversité du réel* » Schnapper (1999, p.2). Pour atteindre cet objectif, les auteurs Dubar et Demazière proposent un outil qui, dans un ensemble d'entretiens, permet selon eux de « *dégager inductivement, par agrégations successives, des classes de sens respectueuses des subjectivités et qui néanmoins les subliment dans des types.* » Paradeise (1999, p.462).

Afin d'arriver à la clarification de la réalité observée, nous devons passer par les trois étapes décrites par Schnapper :

- la compréhension de la logique interne à chaque entretien, et l'organisation des données selon les critères de la recherche en cours, réalisée à l'étape d'analyse verticale,
- la confrontation des parcours à une grille d'analyse, qui permettra de « *mettre de l'ordre dans les matériaux recueillis, les classer selon des critères pertinents, trouver les variables cachées qui expliquent les variations des différentes dimensions observables.* » Schnapper (1999, p.2),
- la construction de parcours-types simplifiés.

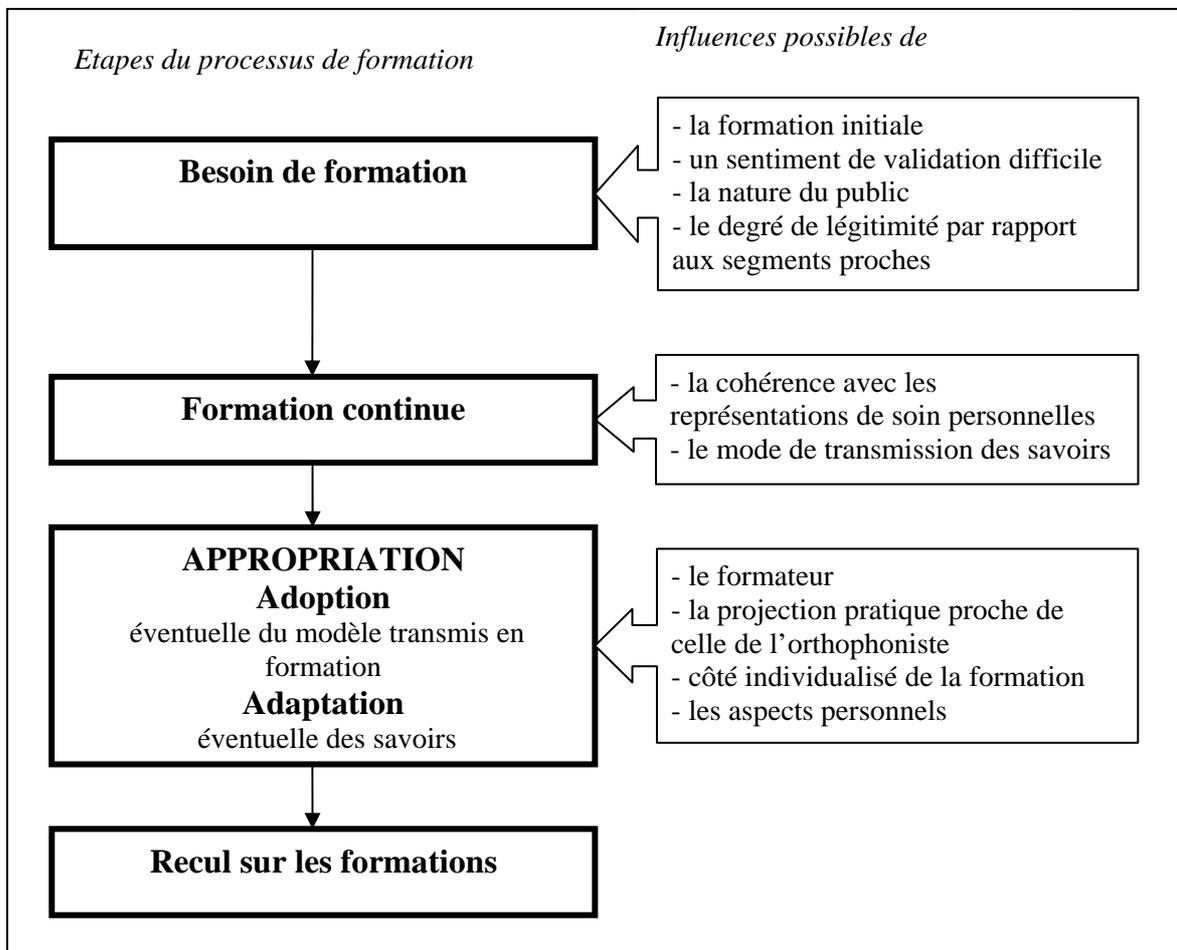
Selon Schnapper, la recherche d'une typologie n'est pas une fin en soi. Néanmoins, cela permettrait d'avoir une présentation plus conceptuelle et synthétique de la réalité : « *ce [le type idéal] n'est pas le but de la recherche, mais le moyen de rendre intelligible les relations sociales.* » Schnapper (1999, p.15). Cette typologie n'a aucunement pour but de condamner ou de valoriser un parcours au détriment d'un autre. L'objectif est vraiment de faire état des différentes trajectoires théoriques possibles, et de mettre en valeur les éléments pertinents pour notre objet de recherche.

---

**Chapitre IV**  
**PRESENTATION DES RESULTATS**

---

Le schéma ci-dessous synthétise le processus de formation en rééducation vocale qui ressort de nos entretiens. Dans ce chapitre « présentation des résultats », nous décrirons les étapes en jeu, que nous illustrerons de témoignages. Dans un second temps, nous observerons le fait de devenir orthophoniste formateur.



**Figure 1 : Processus de formation**

## I. BESOIN DE FORMATION

### 1. La formation initiale et la pratique de la rééducation vocale

#### 1.1. Passage de la théorie à la pratique

La formation initiale est considérée par tous comme étant, a minima, le lieu d'apprentissage des bases théoriques de la rééducation vocale. Cet enseignement semble s'être amélioré depuis 40 ans : les orthophonistes les plus expérimentées décrivent des manques bien réels (Madame Isabelle : « *ma formation initiale était ancienne, et*

*largement insuffisante* »), alors que les orthophonistes sorties plus récemment des instituts de formation paraissent plus satisfaites (Madame Françoise : « *Non, on avait bien les connaissances théoriques* »).

Par contre, les aspects pratiques transmis semblent insuffisants et inadaptés pour tous. Le témoignage sur sa formation initiale de Madame Hyppolite est représentatif : « *En voix, je me sentais toutefois un peu limitée. J'ai trouvé ma formation un peu théorique malgré tout, ayant peu de rapport avec la pratique. Et, par la suite, j'ai recherché dans mes formations continues, plus de formations pratiques.* ». Les orthophonistes ne citent que les lieux de stage comme réels lieux de pratique concrète : Madame Cybille dit de sa formation initiale « *J'ai fait un demi-stage en phoniatrie, et là j'ai effectivement acquis quelques outils. Le reste, on l'acquiert par des formations, par la pratique, par la supervision.* ».

L'inconvénient majeur des stages est toujours que les lieux de stage sont limités : Madame Violette « on a eu ces cours-là, mais je n'ai rien eu d'autre. Dans les TD, seuls ceux qui étaient en stage avaient un travail spécifique sur la voix. J'ai fait un travail vocal sur moi après, tout de suite après. En me disant que pour rééduquer la voix, il me paraissait nécessaire d'y passer soi-même. ».

L'opinion fréquente est que l'on ne peut tout apprendre durant le temps de la formation initiale, « *quels que soient les cours, ils ne suffisent pas à prendre en charge, même pour la voix* » (Madame Adèle). Il resterait toujours des choses à voir car la science évolue « *oui, il y a toujours des choses à revoir dans la théorie* » (Madame Natacha).

## **1.2. Une formation initiale technique ?**

Par ailleurs, les orthophonistes en général reprochent à la formation initiale une empreinte essentiellement techniciste : Madame Violette « *ma pratique professionnelle ? Depuis les études elle a bien changée... Pour une dysphonie ou pour un nodule, à la sortie de la faculté, j'étais peut-être très technique* ». Le jugement a posteriori sur la formation initiale semble varier selon la présence d'enseignements autres que techniques. Madame Rosemonde trouve que : « *sur le plan de la prise de conscience, [de la respiration] j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de disparités entre les écoles et dans certaines, il n'y a pas grand-chose au niveau individuel* ». Ainsi, Madame Rachel précise « *j'avais bien accroché avec la relaxation, la respiration, je pense qu'il [son professeur de phoniatrie] nous transmettait bien ça* ».

---

Certains dénoncent l'accent mis sur la technique au détriment de la personne du patient. C'est ce qu'affirme Madame Morgane quand elle évoque sa formation initiale: « au début, ma conception de la voix quand j'ai commencé à travailler, c'était la respiration, le débit, l'équilibre pneumo-phonique bien sûr. Et en essayant de faire des réglages sur la personne, on oubliait beaucoup de choses : on oubliait ce qu'était la personne, son travail, comment elle était dans sa famille, comment elle allait, parce qu'on essayait d'adapter une technique de rééducation à une pathologie. »

## **2. Une validation difficile**

### **2.1. Négociation avec le patient**

La reconnaissance des effets de la rééducation est jugée dépendante du patient et de sa pathologie par la majorité des orthophonistes interrogés. Trois types d'effets de la rééducation sont présents dans les témoignages : le ressenti du patient, le vécu du patient dans son activité sociale et enfin l'aspect physiologique qui, lui, est objectif (notion développée dans le paragraphe suivant).

De ce fait, il paraît nécessaire à beaucoup d'orthophonistes d'évoquer au départ des objectifs avec la personne. Ils sont souvent « *discutés* », voire négociés avec le patient : « *Je crois vraiment que les objectifs se fixent à deux. En fonction de la profession, des besoins, de beaucoup de choses. Et de la limite vocale aussi* » (Madame Isabelle).

Les variations entre individus sont importantes et les résultats sont évalués différemment : Madame Rebecca l'évoque ainsi : « *je me rends compte que c'est compliqué, et qu'il n'y a pas, bien sûr, « un » geste vocal qui est satisfaisant, chaque personne a son geste vocal qui va lui être... Approprié. Je trouve que c'est un travail d'exploration qui n'est pas simple pour le thérapeute.* » Le rapport à la norme sociale est mentionné par Madame Rosemonde « *On est là pour que la voix fonctionne, soit agréable et confortable. Mais pour la valeur esthétique, quel critère fixer ? Il suffit de changer de pays et de culture, pour que les critères ne soient plus les mêmes* ». Quand le patient découvre agréablement sa voix au cours de la rééducation, il arrive parfois qu'il choisisse d'investir le domaine de la voix de manière volontaire. Madame Françoise raconte que « *souvent, l'une des plus belles récompenses vient des patients qui, en début de rééducation disent, « non, je n'aime pas chanter* ». *Et parfois à la fin, ils annoncent « finalement, je me suis inscrit dans un chœur* ». *C'est une très belle récompense* ».

Certains orthophonistes citent des outils utilisés en orthophonie mis en oeuvre pour limiter cet aspect subjectif « La voix, c'est quelque chose de fugitif et de difficile. Tout d'abord, ce n'est pas facile à analyser. Même à notre niveau. Pour ma part, j'ai toujours des difficultés malgré tout : j'enregistre, je réécoute, je m'aide du piano, et de Vocalab [logiciel qui permet de voir les cordes vocales en fonctionnement] quand c'est possible, bien que je n'aime guère l'utiliser. Je le fais cependant pour me sécuriser, me dire « est-ce que l'appareil trouve comme moi ? Est-ce que je ne me suis pas trompée ? » (Madame Apoline). L'objectivation peut aussi porter sur une mise en commun et un accord sur le vocabulaire de référence : Madame Jessica décrit ainsi le déroulement d'une formation : « *On a redéfini les termes « résonance », « timbre », « nasalité » et donc, grâce à un tableau récapitulatif très précis, on savait que quand tel paramètre posait problème, on pouvait...* ». Les résultats peuvent être considérés comme subjectifs malgré tout : « *j'essaie d'objectiver les différents paramètres. Intensité, hauteurs, souplesse, ou ressenti vocal, la manière dont la personne en parle. Généralement, ça conduit à l'arrêt ou à la prolongation. Mais, cela est assez subjectif.* » (M. Jacques).

## **2.2. Validation par le monde médical et orthophonique**

La validation de la pratique de rééducation semble double : le patient apprécie l'amélioration de sa voix et la reconnaissance des résultats vient également du réseau médical ou orthophonique, via entre autres, ces outils 'objectifs'. « C'est décidé d'une part, par rapport au vécu des gens lors de la rééducation, à la façon dont ils l'ont intégrée, et d'autre part, par rapport aux phoniâtres et aux ORL qui donnent leur avis. » (Madame Violette).

Cependant, on perçoit également des réseaux de formation et de socialisation existants, au sein des orthophonistes. Madame Amalia évoque le peu de confiance qu'elle a pour la formation récente de sa collaboratrice, « *Je ne sais même pas si j'enverrais des patients à ma collaboratrice. Madame Morgane ne travaillant pas loin d'ici et ayant toujours fait de bonnes rééducations vocales, c'est à elle que je m'adresserais en premier.* »

Enfin, on remarque aussi une valorisation de certaines pratiques par d'autres professionnels : Madame Adèle explique « *Le phoniâtre 3 a fait la formation [...] donc je le connais bien, je lui envoie beaucoup de patients et il m'en envoie aussi beaucoup.* » Madame Isabelle est dans la position inverse : « à l'heure actuelle, j'ai peu de demandes, et j'ai une collègue qui s'est installée sur [ma ville], qui fait beaucoup de voix, qui fait une vacation à l'hôpital en ORL. Donc, c'est dommage, j'ai commencé ma formation de

voix à un moment où elle est arrivée. Mais, j'ai beaucoup moins de demandes maintenant, parce que je pense que les ORL envoient évidemment chez elle. »

### **3. Patients et relation de soin en rééducation vocale**

Beaucoup d'orthophonistes interviewés (12 sur 20) affirment que le public et la relation de soin en rééducation vocale sont particuliers par rapport aux autres rééducations.

La moitié de ces orthophonistes trouve que la rééducation vocale est spécifique de manière positive. L'opinion fréquemment avancée alors, est que cela permet de faire « *de belles rencontres à chaque fois* » comme le dit Madame Cybille.

Cependant, d'autres orthophonistes sont plus mitigés tout en reconnaissant la particularité de cette rééducation. Ils déclarent avoir des attentes vis-à-vis du comportement des patients. « Le principal, c'est que le patient s'investisse et qu'il travaille. Car j'essaie toujours d'expliquer que l'on peut toujours consulter la meilleure logopédiste au monde, si la personne, le patient ne fait pas quelques pas, il ne va rien se passer... Donc, le contrat tacite est de se dire « on fait du chemin ensemble » dit Madame Cybille. La relation avec le patient est parfois aménagée en conséquence : Madame Amalia rapporte que « ça oblige à être plus persuasif, car le patient qui vient en rééducation vocale vient essentiellement pour travailler sa voix. Quand vous lui expliquez que vous allez travailler sur la façon dont il se tient, même si vous lui expliquez pourquoi, je crois qu'il faut vraiment maîtriser ce qu'on lui explique, pour qu'il ait envie de le faire. » Pour elle, cela a clairement impliqué un savoir approfondi. Parallèlement, la majorité des orthophonistes de l'étude développe un discours valorisant l'expérience personnelle du soin pour pouvoir mieux aborder cette relation avec le patient. Madame Isabelle dit en effet : « *Je pense que si on fait de la rééducation vocale, c'est quand même bien de pratiquer soi-même la voix à côté, pour ressentir les choses* ».

Plusieurs paramètres sont évoqués pour expliquer la spécificité supposée de la rééducation vocale et le besoin de formation qui en découlerait. Tout d'abord, le public serait constitué plus souvent d'adultes que dans les autres rééducations, et ceux-ci se placeraient face au soignant dans une position de dialogue entre adultes professionnels. C'est ce qu'explique Madame Rebecca : « Ce sont des patients adultes, qui sont un peu différents des autres patients. Les patients avec des pathologies neurologiques sont vraiment dans ce rôle de patient. Par contre, le dysphonique peut être un adulte, en pleine habileté professionnelle. Mais il n'a pas toujours intégré l'importance de la rééducation.

---

Donc dans ce cas, on doit prouver, oui, parfois, prouver le rôle de la rééducation et son importance. »

D'autre part, la relation de soin impliquerait le corps et le toucher. Cela peut entraîner chez des orthophonistes un malaise face à certaines catégories de patients, et les obliger à développer des stratégies de soin différentes. Madame Apoline raconte ainsi qu'« avec les gens avec qui on travaille la voix, à un moment donné, il y a une certaine intimité. Sans que cela dépasse les limites. D'ailleurs c'est pour cela que je prends souvent les parents des enfants en rééducation vocale quand c'est possible, pour éviter tout problème. Car je trouve que c'est très intime comme rééducation ». Certains évoquent aussi une différence selon le genre. Madame Rachel exprime nettement son malaise face au toucher « [la formatrice] insiste vraiment beaucoup sur les massages, et moi, avec un homme, je suis vraiment particulièrement mal à l'aise. Moi, j'allais dire tripoter, non, mais toucher quelqu'un pour moi c'est ... Avec une femme, je peux faire des massages plus facilement, travailler la respiration, j'ai moins de distance, je suis beaucoup plus à l'aise. Et avec un enfant je suis plus à l'aise aussi ». Le soin avec les enfants serait aussi particulier au sens où ils auraient du mal à se représenter le corps, selon Madame Jessica. « *Parfois, c'est difficile pour des enfants de se représenter la sangle abdominale qui bouge. On peut vite tomber dans le théorique, dans l'ennui pour l'enfant puis dans la non-compréhension. Alors que par le jeu, ça passe tout seul* ».

Un troisième paramètre serait un aspect psychologique qui serait plus marqué et parfois difficile à gérer selon certains. Madame Natacha trouve ainsi que « *c'est une rééducation un peu à part, car on entre plus dans la vie des gens que dans les autres rééducations* ». L'exemple donné par Madame Ambre est plus accentué : « J'avais une patiente qui présentait plutôt un cas psychiatrique, elle m'a fait peur, on a arrêté. Elle avait fait peur à toutes les collègues de [ma ville] d'ailleurs. On avait arrêté avant la fin de la rééducation. Toutefois nous étions au bout du soin car elle n'était pas prête et le travail orthophonique ne pouvait aller plus loin. » Cet aspect serait renforcé par des méthodes de soin telles que la relaxation, comme le rajoute Madame Natacha en parlant d'une patiente : « *Cette patiente n'était pas toujours à l'aise, elle n'était pas très bien, donc je pense que c'était dur pour elle de faire un travail où il faut se laisser aller et lâcher prise.* »

#### **4. Quatre degrés de légitimité**

Nous avons relevé quatre positions professionnelles assumant des degrés de légitimité variés, en fonction du développement ou non d'inférences externes au modèle biomédical.

La première position serait un questionnement persistant sur le mode de pratique, qui représenterait une légitimité faible : « *à votre avis, cet attrait pour le chant, est-ce que ça vous apporte quelque chose professionnellement ? Je ne sais pas, je suis pas sûre que la relaxation aide beaucoup, finalement. Quand on est bien dans sa peau, on est à l'aise, on chante, on parle...* » explique Madame Hyppolite.

Une deuxième posture consisterait à rester dans le modèle technique enseigné en formation initiale, sans investir de pratique personnelle. « Car de mon côté, je ne touche pas le patient. Je préfère faire de la gymnastique vocale, c'est mon travail. Et donc, peut-être qu'il faudrait en effet manipuler pour détendre certaines zones, mais je ne le fais pas ». Madame Efflamme dit aussi « *Cette patiente, je l'ai adressée à une psychologue qui s'est occupée d'elle* ». Cette posture contraindra le professionnel à renvoyer rapidement les patients ou à travailler avec d'autres professionnels régulièrement.

Une troisième position serait celle d'orthophonistes qui s'opposent à l'aspect technique, et privilégient un soin basé sur l'observation globale et l'écoute du patient : « Mon regard a très vite été celui d'une personne qui voit quelqu'un en souffrance entrer, et qui se dit : « pourquoi sa voix ne va-t-elle pas bien ? » Enfin avant, c'est vrai que j'avais tendance à dire « Faites attention à votre respiration sur le son ». Mais ce n'est pas bon. [En formation] justement, j'ai appris qu'il ne fallait pas faire attention à ça. Le son sort. On travaille là où l'on a trouvé que c'est verrouillé, où ça coince. » Madame Amalia.

Une quatrième position serait l'intégration à son système de soin de bribes d'inférences adjacentes : éléments techniques, musicaux, corporels, relationnels... Par exemple, madame Rosemonde « *pense qu'on atteint vite des limites si on n'a pas des repères au niveau de la musique* ». Madame Ambre explique également : « Il ne s'agit pas de devenir [une autre profession], s'il y a trop de choses, il faut bien sûr passer la main. Mais avec les [savoirs acquis en formation] qu'on a abordés et dont je me sers énormément, je trouve quand même que j'arrive à aller un peu plus loin ». Madame Eudeline parle du tableau psychologique opposé au tableau technique, quand elle dit : « ce n'est pas seulement un petit problème technique, derrière il y a souvent beaucoup de choses. Donc, j'essaie de jouer sur les deux tableaux, car par la technique, on peut très bien soigner la voix et faire

disparaître les nodules. Mais un an après, le patient revient car le nodule est revenu et qu'on n'a pas soigné ce qui provoquait le nodule. »

## II. APPROPRIATION DES SAVOIRS ACQUIS EN FORMATION CONTINUE

### 1. Temporalité dans le processus d'appropriation

La temporalité est citée à plusieurs niveaux. D'une part, l'assimilation des savoirs est expliquée comme dépendante de la durée des formations et donc, de la quantité de savoirs à intégrer : « *Il faut du temps pour s'approprier la formation car c'est dense* » explique Madame Mathurine, en parlant d'une formation sur plusieurs années.

La répétition ou la succession des formations semble jouer également. Comme l'illustre Madame Rebecca : « Dans l'idéal, il faudrait retourner aux notes prises à ce moment-là. Mais on ne le fait pas toujours. Donc on oublie beaucoup. Il est évident qu'on n'en utilise qu'une partie. Lors d'une formation suivante, on se dit : « tiens, elle nous l'avait déjà dit ». C'est une sorte de rappel, on s'en souvient plus quand on revient en séance ! ». Par ailleurs, les orthophonistes mentionnent l'étalement dans le temps comme un facteur favorisant l'appropriation : « c'était juste une journée à chaque fois. Et on avait environ trois mois entre chaque session. Donc, si on avait une demande de bilan de voix, ça permettait de pouvoir se lancer, pratiquer, se heurter à des choses, et reposer les questions à la session suivante. » Madame Isabelle.

Ainsi, d'après certaines orthophonistes, l'expérience et la pratique sur le terrain permettent d'aborder autrement les formations : « *Ce n'est quand même pas une formation simple, elle nécessite réellement du temps, beaucoup de pratique, et d'intégrer beaucoup de choses.* » Madame Violette.

### 2. L'adoption du modèle transmis en formation

Une fois la formation choisie, plusieurs facteurs sont cités comme éléments de la réussite d'une formation, notamment le charisme du formateur, le temps de pratique personnelle, la cohérence avec la pratique préalable, et enfin l'apport pour la voix de l'orthophoniste.

## 2.1. La personnalité du formateur

Le formateur et sa personnalité semblent être incontournables. M. Jacques, par exemple, dont les propos illustrent la position majoritaire, y attache une forte importance: « *La rééducation de la voix est quand même très particulière. Car c'est aussi l'univers du sensible et du caché. Ce n'est pas toujours très facile de se dévoiler, dans des groupes. Je pense que l'animateur ou l'intervenant a beaucoup d'importance* ». Pour lui, cela se traduit par la prise en compte du partage de valeurs avec le formateur : « *ça peut être intéressant, effectivement, de savoir à qui l'on a affaire. De voir quelle est l'orientation du stage ou des formations proposées* ».

Après la formation, certains orthophonistes interviewés parlent même de l'admiration que les formateurs ont suscitée : « *c'était vraiment une femme incroyable, et d'une gaîté ! J'ai fait des formations avec de nombreux formateurs, et certains vraiment vous donnent beaucoup, ça vous fait du bien ! Le personnage est important, dans les formateurs.* » évoque Madame Morgane. La notoriété du formateur est aussi souvent évoquée : « *Elle sait passionner son auditoire. Et en même temps être pratique. Elle a beaucoup écrit, beaucoup de livres, beaucoup de choses. Et même temps, elle pratique. Donc elle a les deux aspects.* » explique Madame Hyppolite.

## 2.2. Une formation individualisée

Parmi les orthophonistes interrogées, certaines disent préférer une organisation individualisée ou en petit groupe. Le nombre de participants joue aussi sur le contenu d'après Madame Jessica : « *On a vraiment pu échanger. Et si on avait été plus nombreuses, le stage aurait été davantage théorique.* » (Voir portrait de Madame Natacha ci-après). Pouvoir « faire sur soi » en formation est un leitmotiv qui serait lié à la rééducation vocale. Cette individualisation est considérée comme un facteur de succès, voire un facteur de choix. A la lecture d'un programme de formation, Madame Jessica relève en effet : « *Ce qui m'intéresse surtout, c'est la tessiture de la voix de chaque stagiaire. A chaque fois qu'on verra une partie théorique, il y aura une application sur le stagiaire.*»

## 2.3. Projection dans la pratique

Ce contenu doit faire écho à la pratique de l'orthophoniste : « *Je n'arrivais pas à transposer concrètement cette formation dans le cadre de mes séances.* » dit Madame

---

Natacha. Madame Rebecca raconte, à propos d'une formation pour laquelle elle a eu des réticences en sortant : « *j'ai réfléchi, au bout d'un moment, c'est notre réalité d'orthophoniste [qui prime]. Avancer dans nos connaissances, pour qu'on puisse les utiliser en rééducation vocale, dans nos séances.* »

## **2.4. Aspect personnel**

L'appréciation est bien évidemment individuelle et fonction de l'histoire personnelle et du caractère de chacun. « C'était bien précisé « sans connaissance particulière en chant, musique ». Pourtant, on s'est trouvé dans une formation avec [la formatrice] qui avait malgré tout des exigences que j'ai personnellement trouvées assez élevées. Et je ne me suis pas sentie à ma place, dans le sens où je suis ni musicienne, ni chanteuse. » Madame Isabelle.

Plusieurs orthophonistes parlent d'un avantage personnel qu'elles trouvent à la formation, en dehors de toute application orthophonique. Madame Jessica raconte « *[la formation], était très large, et même si je n'avais pas eu de patients en voix, elle m'aurait permis de prendre conscience de beaucoup de choses sur ma propre voix.* »

## **3. Adaptation des savoirs**

Les orthophonistes sont pratiquement unanimes sur le fait qu'il faut adapter la rééducation au patient et « *non, ne pas faire faire des choses plaquées, apprises d'une technique, et qu'on essaye de plaquer sur quelqu'un* » comme le dit Madame Hyppolite.

Des nuances sont apportées selon les savoirs en question. Madame Mathurine précise que « *Il faut utiliser les techniques [...] telles qu'on nous les apprend. Car l'anatomie ne s'invente pas* » alors que par ailleurs, « *les patients font un son, et vous avez votre oreille ! Vous avez tout le subjectif qui entre en compte. Vous avez une marge de manœuvre qui est beaucoup plus libre.* »

L'adaptation au patient se pratique apparemment à divers degrés. Madame Ambre garde la même trame et les mêmes principes pour tous « *Je prends en rééducation toutes les personnes avec des pathologies vocales, et j'essaie avec tout le monde. Même avec un patient en fauteuil que je ne peux pas allonger, j'essaierai quand même de garder des principes.* »

L'adaptation du contenu de la formation peut donc porter sur le choix des exercices, Madame Rebecca dit qu'« *en général, l'exercice vous a été proposé avec un objectif, un but, donc si on le modifie trop, on perd certainement son intérêt. Tout au plus vous adaptez-vous au patient en choisissant le type d'exercice* » ; sur le rythme de la prise en charge ; ou sur des mots employés dans la relation « Je pèse mes mots car il y en a qui sont tout de suite dans l'idée de « je viens pour apprendre à me corriger » J'essaie, dans la démarche [de la formation], que les gens sentent ce qu'ils font et testent, si je puis dire, expérimentent différentes manières de s'y prendre » formule Madame Rosemonde.

### 3.1. Illustration de l'adoption, portrait de madame Natacha

Madame Natacha a effectué deux formations : une qu'elle n'a pas adoptée, et la seconde qu'elle a adoptée et appliquée. Il nous semble intéressant d'illustrer les processus en jeu dans l'adoption par un exemple concret et détaillé.

Madame Natacha a un petit bagage musical au départ. Elle travaille depuis une dizaine d'années environ. Elle dit de ses rééducations vocales peu nombreuses, qu'elles étaient fluctuantes. Elle préférait parfois renvoyer à d'autres orthophonistes, avant d'avoir entrepris les formations exposées. Sa demande était une formation concrète, essentiellement basée sur la pratique. D'autre part, elle souhaitait être à l'aise avec les formateurs pour « poser toutes ces questions que je voulais poser, et que ça m'éclaircisse sur la voix, la rééducation vocale. » Ces éléments constituaient la seule demande pour la première formation. Pour la seconde formation, elle a privilégié le critère de petit nombre de participants, « on allait pouvoir bien approfondir les choses et que ça allait répondre à ce que je voulais, oui. ». Cette seconde formation était également recommandée par une collègue orthophoniste.

	Formation 1	Formation 2
Adoption	<p>- en dehors du fait que j'avais du mal à comprendre la pédagogie, je n'imaginai pas l'appliquer en séance. Je n'arrivais pas à transposer concrètement cette formation dans le cadre de mes séances.</p> <p>ça ne correspondait pas à mes attentes, à ce que je demandais à savoir sur cette rééducation.</p> <p>- <i>La première formation ne</i></p>	<p>- L'autre formation a vraiment correspondu à ce que je cherchais, c'était quelque chose de simple, où l'on était en petit groupe, donc on a mis en pratique les exercices. C'était un véritable échange entre [la formatrice] et les stagiaires. Donc elle a vraiment correspondu à ce que j'attendais, ce qui m'a permis de mieux l'utiliser.</p> <p>- [...] Alors que cette formation m'a</p>

	<p><i>proposait-elle pas de mise en pratique ? Si pourtant. Mais, cette mise en pratique ne me parlait pas, je n'arrivais pas à saisir ce qu'elle voulait nous transmettre. Donc, j'aurais pu reprendre les exercices qu'elle nous donnait, mais je les aurais plaqués, je les aurais vraiment plaqués en séance.</i></p> <p>- Je ne me suis pas appropriée la première formation, elle ne m'a pas fait écho, elle ne m'a pas parlé.</p>	<p>correspondu, je n'avais pas l'impression de plaquer les exercices, mais que ça avait du sens, donc je pouvais les refaire en séance, avec du sens.</p> <p>- C'est que la première formation ne m'a pas fait d'écho, elle ne m'a pas parlé. Alors que la seconde, oui. Et c'est de là que découle ma pratique.</p> <p>- [...] Je trouve que cette deuxième formation a apporté le fait qu'on prenait le patient dans toute sa dimension avec son problème de voix. Le patient comme il est réellement, avec son contexte de vie, tout ce qu'il a autour de lui.</p>
<p>Application</p>	<p>Et une formation interrompue dont je ne me sers quasiment pas.</p>	<p>- <i>Et c'est cet aspect qui correspond à votre pratique quotidienne ? le fait de prendre le patient dans sa globalité ? Oui. Ça correspond à ce que je fais aussi dans les autres pathologies et dans la rééducation vocale.</i></p> <p>[...] j'ai réutilisé de manière assez concrète les exercices qu'on nous avait donnés, de même que la réflexion qu'on peut avoir sur la voix, les échanges avec le patient au sujet de sa voix. Ça m'a aussi apporté à ce niveau-là dans le contenu des séances où il y a aussi beaucoup de discussion avec le patient, d'analyse sur ce qui se passe, ce qu'il ressent de ce qu'il entend. Et cet aspect a été un écho avec cette formation.</p> <p>- Je m'appuie beaucoup sur cette formation récente.</p>
<p>Sentiment de légitimité augmenté</p>		<p>[...] En rééducation vocale, avec cette dernière formation, je me sens beaucoup plus solide, beaucoup plus armée pour prendre des patients en voix. Donc dans l'immédiat, je ne pense devoir en refaire une.</p>
<p>Modèles de soin transmis</p>	<p>Non cohérence avec le modèle de soin de l'orthophoniste</p>	<p>Cohérence avec le modèle de soin de l'orthophoniste</p>

Résultat	Rejet	Adoption
----------	-------	----------

**Tableau 2 : Illustration de l'adoption**

### III. REcul SUR LES FORMATIONS

#### 1. Formations et pratique

Nombreux sont ceux qui disent que leur pratique ne vient pas d'une méthode en particulier. Madame Rachel le formule de manière significative : « *ma pratique est issue de toutes ces formations. Nous essayons de faire un peu par essais-erreurs, par tâtonnements, car ce n'est pas une science exacte, la même chose ne va pas marcher avec tout le monde* ». Néanmoins, la position inverse est aussi présente : tout en adaptant au patient, Madame Efflame dit trouver ce qu'il lui faut dans une seule méthode « *Je n'ai pas été satisfaite des formations que j'ai vue, outre celle [pratiquée]. Je ne pratique vraiment que celle-là!* »

Les orthophonistes décrivent les gains des formations, sur le plan de la pratique : « *ça m'a apporté beaucoup d'éléments, notamment pour la détente et l'intégration de la détente dans des domaines où je butais encore* », avoue madame Ambre. Madame Amalia trouve des bénéfices dans la relation au patient, de manière globale : « *Ma formation récente m'a permis de poser dans la rééducation, des perceptions relevant du ressenti général, de l'envie de pouvoir transmettre les émotions dans la voix, de façon plus pragmatique.* »

Tout ce processus a pour objectif, au-delà de la transmission des savoirs, de redynamiser la pratique libérale : « *Quand je vais en formation, ça me redonne beaucoup d'énergie, de créativité. Si je refaisais une formation, c'est peut-être qu'à ce moment-là, je ressentirais une lassitude. Ou que j'aurais envie de changement, de nouveauté.* » reconnaît madame Natacha. Une formatrice interrogée explique aussi : « *J'ai beaucoup plus aimé la post-formation [que l'enseignement aux étudiants], je suis en contact avec des professionnels qui m'apportent aussi énormément, autant que je leur apporte, peut-être plus même, car j'ai face à moi de nombreuses personnes qui ont beaucoup d'expérience alors que moi, je ne transmets qu'une expérience. Et j'aime ça, car ça m'enrichit beaucoup.* »

A la suite des formations, des orthophonistes ont aussi évoqué des changements parfois importants dans leur regard sur la rééducation : « *A chaque fois que je fais une formation, un regard nouveau sur la voix va nourrir ma façon de voir les choses, et m'ouvrir un peu*

l'esprit. Pas seulement avoir en tête les différents cartilages, qui composent le larynx, et l'action des cordes vocales. C'est beaucoup plus large. » Madame Jessica

## 2. Types de formations

Nous proposons une lecture transversale de ces différents regards sur les formations. En partant des citations des entretiens, nous avons pu relever deux critères départageant les perceptions des orthophonistes sur une formation.

### 2.1. La perception du modèle de relation de soin transmis

D'une part, nous nous sommes intéressées au modèle de relation de soin transmis par les formations. Pour une formation, quel style a été majoritairement perçu par les orthophonistes ? Deux modalités principales ont été relevées : biologique ou autre.

Le modèle de soin transmis était-il plutôt biologique ? Madame Mathurine explique qu'« *il faut utiliser les techniques [...] telles qu'on nous les apprend. Car l'anatomie ne s'invente pas* » La relation thérapeutique envisagée lors de ce type de formation semble en effet plus centrée sur l'aspect biologique ou social de la pathologie « *On a redéfini les termes « résonance », « timbre », « nasalité » et donc, grâce à un tableau récapitulatif très précis, on savait que quand tel paramètre posait problème, on pouvait...* » explique Mme Jessica.

Autre position possible, l'investissement d'un savoir, d'inférence extérieure au « cœur de métier » de l'orthophonie (cf partie théorique p.22). Nous avons relevé trois types d'inférences proposées en formation : l'inférence corporelle, l'inférence musicale et une inférence plus psychologique, s'attachant à la prise en compte du ressenti émotionnel du patient. Madame Violette illustre sa perception du rôle central laissé au patient au cours de la formation investissant l'aspect corporel : « *[cette formation] a une autre dimension, correspondant à la prise en charge de la personne en entier, pas seulement un problème au niveau du larynx* ». Cela peut aussi se traduire par la remise en cause du modèle biomédical de référence, comme le dénonce Madame Rebecca : « *[ce formateur, via] les écrits qu'il peut faire [m'a amenée à] remettre en cause le fait que chacun, par moment veuille imposer 'UN' mode vocal.* » L'orthophoniste recherche alors une relation de soin ayant un objectif de cohérence avec la personne.

### 2.2. La perception de la relation de formation

---

D'autre part, nous avons regardé la manière dont les orthophonistes formés ont trouvé la relation humaine avec le formateur. Était-ce une relation verticale, où le formateur propose son savoir de manière plutôt magistrale ? Ce mode vertical de transmission des savoirs peut se décliner de manière plutôt directive, comme Madame Mathurine le décrit pour une autre formation : « [la formatrice] vous fait un compte-rendu avec une marche à suivre qui est très claire. » Le formateur ou la formatrice peut aussi avoir un charisme tel qu'il/elle est perçu/e comme supérieur/e. Selon les mots de Madame Hyppolite, cela peut être « quelqu'un qui sait aussi passionner son auditoire, et possède aussi la casquette d'orthophoniste ». Ce formateur peut devenir un sujet d'admiration.

Est-ce une communication où participants et formateurs échangent sur un même niveau, dans un mode de transmission des savoirs plus horizontal ? Ce type de formation peut impliquer une participation des formés comme l'explique Monsieur Jacques : « ce sont des formations où vous êtes obligé d'intervenir, on vous fait participer physiquement. » Formateurs et formés se retrouvent ici au même niveau dans la communication. « C'était vraiment une discussion à chaque intervention. Et il me semble que chaque fois, [la formatrice] nous disait ce qu'elle faisait. » explique Madame Jessica.

### 2.3. Vers une typologie des formations

En combinant ces deux critères, la perception du modèle de relation de soin transmis et la relation humaine lors de la formation, on obtient 4 styles de formations, présentés dans le tableau ci-dessous.

		Perception du modèle de relation de soin transmis en formation	
		Centré sur l'aspect biologique, biomédical	Centré sur le patient, via les inférences corporelle, musicale, ou psychologique
Perception du mode de transmission des savoirs	Vertical	Cours magistral sur des savoirs académiques	Transmission d'un savoir détenu par un formateur charismatique
	Horizontal	Partage de connaissances académiques	Echanges de pratiques

**Tableau 3 : Typologie des formations**

Ces 4 groupes se détachent toutefois des citations que nous avons pu relever sur ce sujet mais une seule et même formation peut être perçue différemment selon les personnes. Ces groupes sont des idéaux-types qui ne doivent pas être lus comme illustrant une seule formation réellement existante, mais plutôt comme un agglomérat de plusieurs aspects de différentes formations analysées.

Le groupe des formations de type « cours magistral de savoirs académiques » est typiquement, selon nos entretiens, une formation dispensée par un phoniatre sur des connaissances médicales (anatomie, physiopathologie). La relation de formation perçue par les orthophonistes est verticale, parfois illustrée par des références au charisme du formateur.

Ces connaissances médicales peuvent être aussi dispensées dans un contexte de relation plus horizontale, dans le cas des formations de type « partage de connaissances académiques », pour mettre à jour des connaissances par rapport à l'évolution de la science par exemple. La transmission d'un savoir détenu par un formateur charismatique n'est pas propre à la fonction du formateur, qui peut être phoniatre ou orthophoniste. Ces personnes ont développé un savoir extérieur à l'orthophonie même, via leur hexis familiale (la musique ou le chant par exemple) ou l'apprentissage d'un savoir spécifique (thérapies manuelles, pratique de relaxation, travail psychologique...). C'est ce savoir, entre autres, et la vision sur le soin qui en découle, qu'ils vont faire découvrir lors de leur formation.

Enfin, le type de formation « échange de pratique et d'expérience » est représenté par une formation animée par un orthophoniste qui veut faire partager son expérience et sa pratique. De nombreux orthophonistes témoignent de cette envie d'échanges avec leurs pairs, et nous ont signalé aussi leur intérêt à savoir « comment les autres orthophonistes travaillaient » quand nous les avons interrogés.

## IV. LEGITIMITE ET FORMATION

Nous avons interrogé les orthophonistes, formateurs ou non, sur la posture d'orthophoniste formateur. Trois positions parfois successives se dégagent.

## 1. Une compétence professionnelle assumée

Au bout de plusieurs années de pratique en rééducation vocale, le professionnel se sait compétent, à différents niveaux. Sur le plan de la relation au patient, le professionnel affirme n'avoir plus besoin d'anticiper, de planifier autant qu'un jeune professionnel qui maîtrise peu ses outils. Madame Ambre se fait le porte-parole de plusieurs orthophonistes quand elle dit : « c'est vrai qu'avec le temps, il n'y a plus vraiment besoin de préparer, j'ai les plans de traitement à peu près en tête. En fonction de ce que j'observe, dans la réalisation d'un exercice, je vais proposer plutôt tel exercice ou plutôt tel autre. » Les orthophonistes interrogés gardent tous la trame théorique en arrière-plan, mais sont plus disposés à adapter la prise en charge en fonction de ce que le patient amène comme difficultés. La rééducation se déroule plus dans l'interaction entre le patient et l'orthophoniste.

Les choix du professionnel expérimenté en matière de formations, et de lectures, sont alors plus assumés. Ils correspondent mieux aux situations cliniques rencontrées et au mode de pratique de l'orthophoniste. Madame Efflamme dit également : « *je dirais que je me sens suffisamment formée.* »

## 2. Des responsabilités de formation discrètes

Une fois que les orthophonistes se sentent relativement compétents dans ce domaine de la rééducation vocale, ils désirent souvent devenir acteur, dans ce domaine de la voix. Cette action peut se réaliser hors de l'orthophonie. Par exemple, Madame Eudeline fait « *des interventions à l'IUFM sur la voix.* » Madame Ambre dit aussi : « *on m'a demandé de proposer une formation sur la voix, pour les professionnels de la petite enfance, qui trouvaient qu'elles fatiguaient leur voix* ». Madame Rachel l'exprime elle aussi clairement « *quand je fais des formations, c'est avec des gens qui ont d'autres champs de compétences, c'est-à-dire que je peux aller parler de la dyslexie à des professeurs* ».

Au sein de la profession, les orthophonistes trouvent diverses manières d'intervenir discrètement. Beaucoup accueillent des stagiaires, certains organisent des formations : « *J'ai une autre casquette au syndicat régional, où je m'occupe de la formation continue* » dit Madame Annick. D'autres souhaitent animer « *des groupes de cas. Je pense qu'il y a un besoin pour les orthophonistes qui sont souvent seuls* » (madame Efflamme).

Plusieurs des orthophonistes interviewés se sentent à l’aise avec l’objet voix, et avec la relation au patient. Beaucoup ne se sentent pour autant pas ‘modèle’ en matière de prise en charge, pour des raisons diverses : « *Non, je ne me sentirais pas. Et puis je crois que ma façon de rééduquer est très personnelle. Je n’ai pas forcément envie de me battre pour devenir crédible.* » (Madame Eudeline). Madame Rachel dit également « *mais je suis pas meilleure que mes collègues pour quoi que ce soit* », et Madame Efflamme argumente « *Je ne suis pas chanteuse, je ne suis pas musicienne [...] en voix, je suis trop [méthode unique]* ». Pour d’autres orthophonistes plus assurés dans leur pratique, ce type de formations ‘discrètes’ n’est qu’un tremplin avant de devenir formateur au sein de la profession.

### **3. Formateur au sein du segment professionnel**

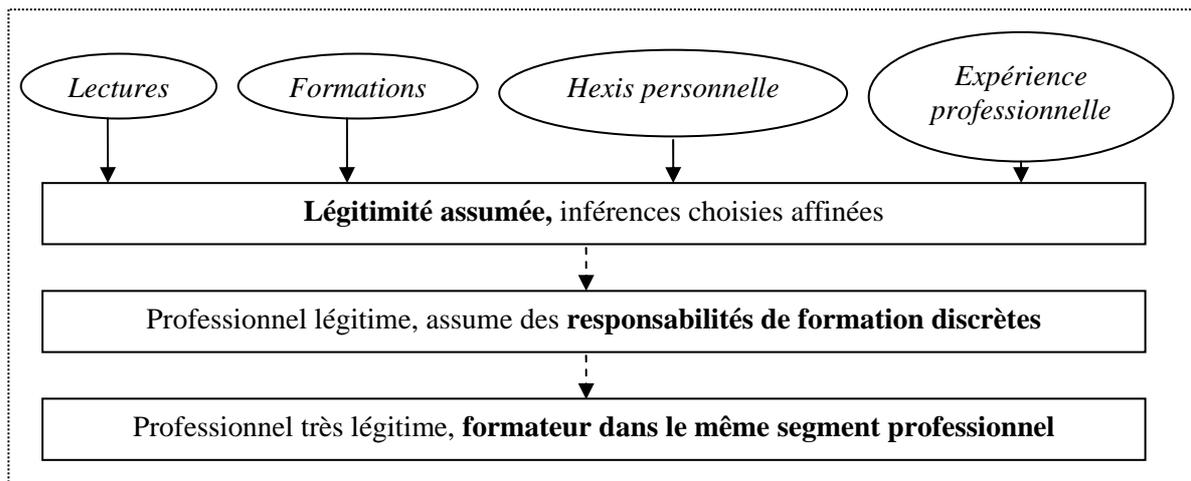
Les formateurs évoquent tous l’importance de leurs collègues dans la décision de devenir formateur : « *Je pense que tout le monde est capable de faire des rééducation vocales, avec un minimum d’outillage au début, parce que dans la région, tout le monde envoie les patients chez moi* ». Dans cette citation, Madame Rosemonde décrit bien qu’elle est connue parmi les orthophonistes pour rééduquer la voix de manière efficace.

Souvent les orthophonistes passent par l’étape d’enseignement auprès des étudiants en orthophonie avant de se sentir suffisamment légitimes pour former des jeunes professionnels. Madame Annick formule nettement « *Quant à faire de la formation continue pour les orthophonistes, c’est plus difficile, on est devant des pairs, il a fallu que je passe par l’enseignement d’abord.* ».

Cette étape de passage à la formation nécessite un certain recul sur sa pratique de la rééducation vocale. Madame Ambre se sent poussée dans le cadre de la formation « *à théoriser beaucoup. On a senti des choses cliniquement et après, on peut les étayer par la théorie. Car j’aime aussi beaucoup lire ce qui est publié* ». Madame Rosemonde, dans son regard sur son travail, exprime aussi un intérêt pour le travail d’autres orthophonistes : « *Je serais très curieuse d’aller en stage chez des orthophonistes comme moi, c’est à dire qui ont une grande ancienneté dans la rééducation de la voix, pour voir comment ils font. Car je sais très bien qu’ils ne font pas comme moi, et que ça marche quand même, donc je suis très curieuse de ça.* » Madame Violette, formatrice dans un autre domaine que la rééducation vocale évoque aussi la pédagogie de transmission des savoirs : « *Non seulement il faut être extrêmement pointu sur sa rééducation, sur les techniques, mais aussi, il y a la manière de faire passer l’enseignement.* »

---

Ensuite, les orthophonistes transmettent effectivement des éléments qui leur paraissent pertinents dans leur pratique, et qui semblent manquer dans les pratiques de leurs collègues. Certains formateurs transmettent un outil spécifique qu'ils développent, utilisé de manière non exclusive avec d'autres outils dans la pratique. D'autres reprennent les grandes étapes de la rééducation pour les étayer avec leur pratique, et avec les moyens qu'ils connaissent ou qu'ils ont développés.



**Figure 2: Devenir FORMATEUR**

---

**Chapitre V**  
**DISCUSSION DES RESULTATS**

---

La théorie va nous permettre de synthétiser les résultats. Puis, nous verrons la résonance que les théories sociologiques donnent aux résultats exposés auparavant. Une dernière partie tentera de définir les limites et les ouvertures de notre étude.

## I. SYNTHÈSE DES RESULTATS

### 1. D'où vient le besoin de formation de l'orthophoniste en rééducation vocale ?

Le besoin de formation en rééducation vocale semble émaner des limites du modèle biomédical et du besoin de réenchantement. Les orthophonistes expriment des manques sur l'inférence corporelle, uniquement abordée dans la dichotomie corps / esprit, et mise à distance dans le modèle biomédical, ainsi qu'au niveau des représentations de la maladie et du soin : éviction des dimensions psychologique et sociale dans le modèle biomédical. Par ailleurs, le besoin de formation peut provenir d'un besoin de réenchantement lié à l'aspect libéral de la profession et de la nécessité de l'intégration dans un réseau de pratique pour voir sa pratique validée socialement.

Ce besoin de formation varie pour chaque orthophoniste en fonction de trois critères : la formation initiale, les représentations personnelles de l'orthophoniste et les pratiques personnelles.

Lors de la formation initiale les aspects corporels, ou relationnels ont-ils été traités en cours, en stage, via une pratique personnelle à cette période ? L'orthophoniste possède-t-il une hexis familiale développant l'une de ces inférences ? Quelle la place l'orthophoniste attribue-t-il au corps et des registres relationnels et sociaux (notamment la place du patient et le résultat attendu de la rééducation vocale) dans le soin et la relation thérapeutique ? Ces registres relationnels, sociaux et corporels sont-ils investis via des pratiques personnelles ou des formations continues moins « orthodoxes », pour construire son identité professionnelle vis-à-vis d'autres professions ?

### 2. Comment se passe l'appropriation des acquis de formation ?

On peut remarquer trois dimensions qui ressortent des témoignages.

Tout d'abord, l'appropriation des savoirs transmis en formation se réalise en fonction d'une temporalité en deux temps : le temps d'apprentissage (la durée varie en fonction des formations), et le temps de la prise de recul, qui se fait par comparaison entre les savoirs acquis en formation et la pratique réelle de l'orthophoniste.

Un deuxième point concerne l'adoption de la formation par la personne formée. Celle-ci dépend en premier lieu des représentations de l'orthophoniste et du formateur. Ces représentations peuvent être ou non en cohérence. Un autre facteur d'adoption est que la formation doit faire écho avec la pratique : l'orthophoniste souhaite pouvoir projeter mentalement les connaissances sur sa pratique avec les patients.

Le troisième point traite des trajectoires personnelles, et du poids accordé aux inférences extérieures à titre personnel. Ces éléments influent sur l'adoption du modèle transmis lors de la formation.

L'adaptation des savoirs acquis est influencée par le modèle de représentation de la relation thérapeutique. Une formation peut aussi faire évoluer cette représentation et modifier le regard et les croyances.

### **3. Les regards sur des orthophonistes sur les formations continues**

Au retour des formations, on remarque des apports dans la pratique, et une dynamique renouvelée. Deux axes se dégagent des différentes citations sur les formations. Selon le type de relation thérapeutique transmis, et le mode de transmission des savoirs, les orthophonistes décrivent quatre types de formations possibles : le cours magistral sur des savoirs académiques, la transmission d'un savoir détenu par un formateur charismatique, le partage de connaissances académiques ou enfin, l'échanges sur les pratiques.

### **4. Quelles sont les étapes qui amènent un orthophoniste à devenir formateur ?**

Les formations continues développent des compétences professionnelles plus ou moins affirmées. Trois degrés de légitimité ont été mis en lumière à travers les expériences des orthophonistes formateurs. Lors de la première étape, l'orthophoniste se sent fort d'une pratique rééducative riche : en effet, au bout de plusieurs années de pratique, la légitimité est plus solide, tous disent avoir un certain nombre de moyens rééducatifs en main, même

s'ils restent ouverts aux nouvelles formations. Dans un second temps, il mène des actions discrètes de formations auprès de segments professionnels adjacents à l'orthophonie, ou des échanges informels de pratiques avec des pairs. Certains deviennent finalement enseignants auprès des étudiants avant d'assumer la posture de formateur au sein du segment professionnel.

## II. ANALYSE DES RESULTATS

### 1. **Quelle place pour les registres non-techniques dans la rééducation vocale ?**

#### 1.1. **La relation de soin fonctionnaliste accorderait plus de poids à l'aspect corporel**

Comme l'a expliqué Leclerc (2007) dans son article, la relation de soin la plus fréquemment présente en rééducation vocale est d'ordre fonctionnaliste\*. Nous retrouvons ce résultat dans nos entretiens. Les orthophonistes expriment l'existence d'une spécificité de la rééducation vocale. On peut analyser cette opinion à travers la vision fonctionnaliste, qui s'observe à plusieurs niveaux dans le processus de formation : prendre en compte le ressenti du patient pour évaluer les résultats ou mettre en place un type de soin, amener le patient à prendre conscience, à s'impliquer pour développer ses propres ressources face à la maladie.

Selon les représentations\* personnelles de l'orthophoniste à propos du soin, les objectifs relationnels seront différents (Strauss; Fortin, Guth et Tain, 2007). Deux premières logiques\* vont amener l'orthophoniste à une focalisation sur les différences inter-individuelles des patients. La logique « cohérence de l'être » dans un registre\* relationnel et affectif cherche à appréhender l'individu dans sa globalité, et pas seulement au niveau biologique. La logique d'adéquation aux normes sociales va plutôt prendre en compte des croyances et valeurs du patient dans son contexte social, et va souligner les différences de genre, ou de milieu social. Une troisième logique est biomédicale (registre cognitif et technique). Elle va s'attacher à mesurer objectivement les résultats sur des critères techniques. La logique biomédicale étant porteuse d'une légitimité plus forte dans notre société (Laplantine), le thérapeute se sentirait plus légitime face au patient. Le registre cognitif et technique peut cependant être confronté aux limites du modèle biomédical et à la nouvelle figure du patient. De nombreuses orthophonistes expriment l'obligation de

prendre en compte la dimension psychologique dans la rééducation vocale. Toutefois, « l'éviction du psychologique » (Cornillot, 1992) propre au modèle biomédical, reste présente, car cadrer cette composante psychologique paraît difficile et rapidement hors des compétences de l'orthophoniste.

Ces multiples différences interindividuelles, constamment présentes dans la relation de soin, généreraient une sensation d'instabilité chez le thérapeute. Son sentiment de légitimité, vis-à-vis du patient mais aussi de son réseau professionnel, en serait affecté. Le besoin de formation relevé dans les entretiens, semble constituer une réponse préférentielle pour combler ce manque de légitimité ressenti.

Par ailleurs, l'orthophoniste ne peut se rassurer par la validation des effets d'une rééducation. Cette validation est illustrée par des avis partagés, selon les croyances sur le soin. Les orthophonistes plutôt adeptes des logiques de cohérences de l'être et d'adéquation sociale seraient très dépendantes du patient pour valider le résultat de leur travail. Les défenseurs d'une logique plus biomédicale seraient soumis à un dilemme. D'une part, la rééducation vocale peut amener à des résultats physiquement et incontestablement observables, tels que la diminution ou la disparition des nodules. Des orthophonistes citent aussi des formations où des outils techniques sont présentés (échelles d'évaluation, logiciel de mesure). D'autre part, ces thérapeutes peuvent se heurter à la difficulté d'aborder le corps dans toute sa complexité, ainsi que l'a décrit Griffet (1994) : le vocabulaire corporel de référence serait imprécis ou non partagé par l'ensemble de la communauté des soignants (par exemple, les différents timbres ou accidents vocaux observables), et une difficulté résiderait dans le partage d'expériences corporelles pour amener à un geste soignant (utilisation de métaphores par exemple). Ces aspects corporels peuvent faire l'objet de formations continues.

Pourtant, on peut s'interroger sur le poids accordé à ce fonctionnalisme dans la rééducation vocale. Le fonctionnalisme semble présent dans d'autres rééducations orthophoniques. On parle également d'empathie nécessaire avec le patient, de négociation d'objectifs, de patients adultes ou de parents auxquels le professionnel devrait rendre des comptes... Quelle est la place accordée à l'expérience de la maladie ou du soin en rééducation vocale par rapport aux autres rééducations ?

Peut-être est-ce la partie corporelle de ce soin qui exacerbe le fonctionnalisme de la relation de soin : les attentes de résultats corporels peuvent être très élevées (disparition du trouble, et non pas uniquement compensation ou réorganisation). Le thérapeute

s'identifierait plus facilement à ce patient qui lui ressemble : les troubles corporels peuvent être peu visibles, peu handicapants et le patient n'a pas de problème d'ordre cognitif. De plus, ces troubles peuvent être vécus sans traumatisme sévère et permanent par le patient (ce n'est pas une aphasie par exemple). Enfin, l'expérience corporelle jugée nécessaire à faire passer au patient pour bien soigner (respiration, posture...) est difficile à transmettre, les témoignages des personnes interrogées confirmant la thèse de Griffet, 1994 (cf. partie théorique p.16).

## **1.2. La formation initiale et la société minoreraient ces registres non techniques**

La formation initiale est jugée insuffisante par les orthophonistes. La transmission des savoirs\* institués (Cannac, 1985) semble satisfaisante, surtout auprès des jeunes générations. La pratique des rééducations vocales a connu un essor auprès des orthophonistes (Le Feuvre, 2007), ce qui aurait entraîné une adaptation des enseignements. C'est la partie pratique, les savoirs pertinents pour l'action, qui est plus critiquée dans les entretiens : soit la formation initiale ne permettrait pas cette expérimentation, soit l'expérimentation vécue ne répondrait pas à la réalité de la relation de soin. Or ce savoir pertinent se décline à la fois par un savoir-faire (expérimenter) et un savoir-être, qui se construit en fonction des valeurs et des représentations du thérapeute. C'est ce qu'illustre justement madame Estienne dans la citation d'introduction de la théorie.

Ce jugement de la formation initiale peut alors être replacé dans une perspective fonctionnaliste, et dans le contexte actuel de la médecine et de la société.

Le savoir-être est plus de l'ordre des registres\* relationnel ou communautaire, qui ont moins de valeur que le registre cognitif et technique dans la société actuelle, et surtout dans le monde médical (Laplantine). La majorité des formateurs accorderait donc plus de poids aux aspects techniques de la rééducation. Certains formateurs transmettent tout de même une inférence\* plus corporelle, musicale ou relationnelle.

Par ailleurs, l'orthophoniste construisant ses propres représentations de la maladie et du soin est soumis à l'influence du modèle dominant de la médecine biomédicale actuelle (Laplantine). Ce constat serait symbolisé par le rattachement des écoles d'orthophonie aux facultés de médecine en France. Certains orthophonistes vont ainsi s'attacher au registre cognitif et technique. Une orthophoniste parle de rééducations très « techniques »

au début de sa pratique. Ces représentations étiologico-thérapeutiques peuvent évoluer, notamment sous l'influence de l'expérience de la relation, et des formations (les orthophonistes parlent d'un changement de regard). L'orthophoniste va se confronter à d'autres points de vue en formation : l'adoption d'un regard réflexif (Frangidakis) permettra l'ajustement entre la pratique réelle et la posture réfléchie.

La formation initiale inclut aussi des savoirs-faire dans ces savoirs pertinents. Ces savoirs pertinents, par définition, ne sont jugés valides que par rapport à l'action. Ils doivent alors être mis en application sous peine de perdre leur valeur. Cette idée constitue l'essence des jugements négatifs sur la formation initiale.

Laplantine présente le glissement fonctionnaliste qui amène le thérapeute à juger important d'expérimenter la thérapeutique pour pouvoir mieux soigner. Cette pensée se retrouve dans de nombreux témoignages non cités dans nos résultats, car déjà présentés dans l'étude de Leclerc (2007) sur ce thème. La recherche de pratiques vocales personnelles, jugées utiles aussi pour la pratique professionnelle, relève également de cette démarche, en plus de toute autre motivation. Cette expérimentation personnelle apporterait une légitimité vis-à-vis des pairs qui partagent cette vision fonctionnaliste. Elle amplifie la valeur accordée à l'application concrète jugée nécessaire en formation initiale.

D'autre part, le savoir être de l'orthophoniste serait fortement influencé par ce fonctionnalisme : dans un contexte de rééducation au long cours, le thérapeute devrait prendre en compte la demande du patient, car il ne peut l'obliger à venir se soigner. Cosnier (1993) affirme que la relation thérapeutique devient un paramètre essentiel de la fonction de soin. De la relation de soin dépendrait la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre. Apprendre à être dans la relation paraît être un savoir lié à l'action, même si les formalisations théoriques existent (par exemple, la pragmatique peut éclairer la compréhension des distances sociales). L'expérimentation apparaît incontournable pour le futur praticien. Ce vécu d'ajustement à la relation l'amènerait donc à accentuer l'expérimentation dans le regard sur la formation initiale. Sans cette expérience universitaire, il devra s'appuyer sur son expérience personnelle ou son hexis familiale (famille musicienne, trajectoire lui ayant permis de développer l'aspect corporel...), ou chercher à développer d'autres inférences par les formations continues par exemple.

### **1.3. L'investissement de ces registres par réenchantement ?**

Aiach décrit les professions paramédicales comme s'engouffrant dans la brèche du modèle biomédical, pour investir les registres non-scientifiques.

Dans le processus de construction de l'identité professionnelle, les orthophonistes sont amenés à développer des inférences qui semblent utiles à leur pratique (Perdrix). Les entretiens montrent que les investissements se font à plusieurs degrés. En ce qui concerne la rééducation vocale, nous avons relevé les inférences du corps, des arts (musique, théâtre) et du relationnel comme étant proposées en formation. Certaines inférences peuvent parfois être élaborées au sein de l'hexis familiale (musique, etc.). Du fait du positionnement de la rééducation vocale à la croisée de la médecine et de la voix (Bergeras et Tain, Leclerc), l'inférence de la musique est souvent citée et recherchée par les orthophonistes.

D'autres professions ont une expérience plus importante de l'une de ces inférences, et ont développé des modes d'utilisation plus adaptés aux usagers. Ainsi, l'abord du toucher pose problème à certains orthophonistes interrogés. Cela les amènerait à chercher auprès de ces autres professionnels, des réponses qu'ils ne trouveraient pas dans leur formation initiale plutôt biomédicale. Certains ont déjà mis en place des stratégies dans la relation de soin, comme la présence des parents lors des rééducations vocales, à l'instar des stratégies développées par les infirmières ou les gynécologues (cf partie théorique p.17, Lawler, cité par Nettleton).

Cependant, la médecine actuelle serait de plus en plus « désincarnée » (Sicard, 2002, cité par Pierron) et confrontée aux limites du modèle biomédical (Nettleton) : le corps serait considéré comme une machine, qu'on traite séparément de l'esprit. Cet éclatement du concept du corps, et la démotivation liée, peuvent se lire à un niveau plus global de la société (Lebreton, 2005).

#### **1.4. Le réenchantement est-il nécessaire?**

Nous pouvons observer le besoin de réenchantement, principalement dans le besoin de formation. Tout d'abord, il se fait remarquer dans la déception concernant la formation initiale : elle paraît presque à l'unanimité chez les orthophonistes, insuffisante pour la prise en charge, comme Bouchayer (1994) le décrivait chez les médecins. En effet, la plupart de nos interlocuteurs trouvent les savoirs bio-médicaux enseignés peu pratiques, d'où le besoin de l'orthophoniste d'acquérir par ailleurs l'expérience nécessaire à la rééducation fonctionnaliste\* (p.13, système fonctionnaliste). Nous avons pu remarquer

que le rapport au corps dans sa globalité serait accru dans cette rééducation par rapport au socle de la pratique orthophonique (Le Feuvre, 2007), constitué de « articulation, parole, langage » et « dyslexie dysorthographe ». Aussi, les enseignements initiaux en orthophonie effleurent le domaine corporel, par l'anatomie et la physiologie de la sphère ORL. Il n'y aurait pas de vision globale du corps, comme le reprochent les médecins tournés vers les médecines parallèles. Cet abord techniciste paraît important en formation initiale, mais insuffisant à la rééducation des pathologies vocales, selon les dires de beaucoup d'orthophonistes. Cette critique était également formulée par les généralistes interrogés dans l'article de Bouchayer, à l'encontre de l'enseignement classique en médecine.

D'autre part, on sait que 80% des orthophonistes ont une pratique libérale. Cela signifie que ce sont des professionnels qui travaillent souvent seuls, même si les cabinets de groupe sont de plus en plus présents. Aussi, d'un point de vue relationnel, les orthophonistes interrogés évoquent régulièrement des difficultés face aux patients. Et les formations sont aussi attendues dans l'espoir d'amener des solutions, pratiques ou intellectuelles à ces difficultés. Plusieurs orthophonistes manifestent le besoin régulier d'aller se ressourcer, découvrir de nouveaux outils pour dynamiser leur pratique d'orthophoniste libérale. D'autres l'expriment par la rhétorique professionnelle (cf. glossaire) sous la forme de désir de se tenir au courant des nouveautés en matière de rééducation vocale

Enfin, on observe la réalisation du réenchancement au retour des formations : quand les orthophonistes sont en adhésion avec le modèle transmis, ils ne tarissent pas d'éloges sur les formateurs, et tous tirent des bénéfices de la formation. Cela va ensuite fortifier leur pratique et réactiver leur créativité.

## **2. Les formations continues, entre désir et obligation**

### **2.1. Lieu de démonstration de pouvoirs entre formateurs et formés**

Les orthophonistes en formation sont porteurs de représentations du soin et de la relation au patient, et des inférences développées au préalable. Ils arrivent soit avec une attente axée uniquement sur des savoirs nouveaux, soit avec une attente de connaissances et de discussions sur les pratiques, des réponses aux questions sur leur pratique (réassurance personnelle sur les « bonnes » pratiques). Les orthophonistes décrivent différents modes

---

de transmission, selon les formations. Les entretiens nous ont permis de construire une ébauche de typologie de leurs perceptions des formations (cf partie résultats p.56). Elle se base sur 2 axes. Le premier axe décrit les modalités de transmission des savoirs. Le deuxième axe permet de mettre en lumière le modèle transmis par le formateur. Cette typologie illustre les négociations possibles entre formateurs et formés, et pour un même orthophoniste, l'adoption ou non des valeurs du formateur.

Ce modèle s'inspire d'abord de la typologie décrite par Fortin, Guth et Tain (2007) sur les trois façons de pratiquer le soin en rééducation vocale : biologique, ressenti et spirituel. D'après Perdrix (2007), ce savoir biomédical est prédominant dans l'orthophonie. Nous nous sommes basées sur les résultats de cet auteur pour faire une distinction entre ce qui est inférence typiquement orthophonique, et inférence extérieure. Ce deuxième axe permet de mettre en lumière le modèle transmis par le formateur. Ce modèle entrera dans le processus décisionnel d'adoption de l'orthophoniste, qui accordera plus ou moins d'importance à plusieurs facteurs : l'accord avec son modèle de représentation du soin (« choix de cœur » selon Perdrix), la volonté ou non d'investir une inférence extérieure pour construire son identité professionnelle (« choix de raison »).

Selon la position des formateurs face à la demande des formés, la transmission peut être de deux types :

La relation peut être verticale : les savoirs académiques ou pertinents seraient transmis de manière technique, le professionnel formé adopterait la position de profane dans le domaine enseigné, reconnaissant une valeur supérieure au formateur. On peut faire un parallèle avec la vision consensuelle du soin de Parsons, car, après s'être mis d'accord sur l'objectif, le formé devrait se soumettre à l'autorité du formateur.

Cette relation en formation pourrait également être horizontale : négociation sur la pratique transmise, intégration dans le modèle de soin des personnes formées, discussion sur d'autres pratiques.

On peut imaginer que les paramètres décrits par Strauss, pour la négociation de la relation au patient sont transposables à la relation en formation. Les variables exposées permettraient de gérer une transmission des savoirs horizontale.

- La relation entre le.s formateur.s et les formés : registre relationnel et affectif
- Prise en compte des croyances et valeurs du formé dans son contexte de soin : registre communautaire et traditionnel

- Exploitation par le formateur de sa culture professionnelle : registre cognitif et technique

Ce mode de transmission dépendra aussi du type de savoirs (bio-médical ou fonctionnaliste) et du type d'inférence développée en formation.

Cette relation de formation est négociée car c'est un enjeu de légitimité. Selon Bergeras et Tain (2007), les phoniâtres fondent leur légitimité sur les registres de charisme, rationalité et tradition de façon nuancée. Nous avons observé que les orthophonistes formateurs sont eux aussi porteurs de charisme. Les orthophonistes formés évoquent avec éloquence la personnalité de tel ou tel formateur, orthophoniste. Cependant, une fonction n'entraîne pas un type de relation de formation particulier : phoniâtre comme orthophoniste peuvent développer une relation de formation horizontale ou verticale. Être formateur dépend essentiellement de la construction du sentiment de légitimité.

## **2.2. La socialisation incontournable : le réseau et le sentiment de légitimité**

L'orthophoniste est en majorité un professionnel libéral, et cela entraîne des processus de socialisation : à un premier niveau, la formation est l'un de ces processus qui permet d'intégrer un réseau de formation « d'experts formés », et d'être connu des professionnels profanes en rééducation vocale comme étant expert. Ainsi, plusieurs orthophonistes ont évoqué les réseaux de formation comme des lieux de définition et de reconnaissance de l'expertise des personnes formées. Ce même mouvement exclut aussi les profanes à cette formation, qu'ils soient aguerris en rééducation vocale ou non. Ce mouvement est lié à l'autorégulation de la profession (Saliba, 1994): les professionnels libéraux, sensibles à la reconnaissance de la profession, effectueraient de nombreuses formations pour obtenir la validation de leur pratique, légitimée grâce à la formation. Plusieurs orthophonistes nous disent effectivement ne pas comprendre les professionnels qui ne se forment pas. D'autres nous disent que le peu de formations qu'ils ont effectuées suffit à leur pratique dans la relation au patient. Mais ceux-là sont en général moins « socialisés » au sein de la profession. Les formations sont alors également un moyen de contrôle et de régulation de la profession.

La formation apparaît indispensable à un second niveau, car elle permet l'entrée dans le réseau des phoniâtres prescripteurs (qui sont parfois également formateurs), et dans le réseau des « experts » dans le domaine de la voix. Or, Bergeras et Tain (2007),

explicitaient le rôle prépondérant du phoniatre dans le réseau de soin de la voix. Effectivement, celui qui a plus d'expérience professionnelle ou de formations à son actif paraîtra plus légitime aux yeux du prescripteur et du réseau, puisque la formation initiale semble insuffisante à la prise en charge, même au regard des orthophonistes (ou peut-être surtout au regard des orthophonistes ?).

### **2.3. Prise de recul sur une pratique**

Tout le processus d'appropriation de la formation illustre bien l'idée de « regard réflexif » (Franguiadakis 2007). En effet, l'orthophoniste doit adapter sa pratique à la négociation dans la relation de soin. Mais le jeune praticien sent également qu'il lui manque des éléments (techniques mais aussi relationnels et globaux), qu'il va chercher entre autres en formation. La formation peut parfois bouleverser, déranger l'orthophoniste dans ses croyances. C'est dans le questionnement sur la pratique qui suit la formation qu'on peut faire le parallèle avec l'expérience d'expatriation : est-ce que je fais bien ? Est-ce que ce que je fais actuellement est adapté à ce patient ? Cette nouvelle formation, riche en découvertes intellectuelles, mais également communautaires (les formés découvrent ensemble la formation), vient interroger la pratique antérieure. En observant l'intégration des savoirs de la formation dans le temps, les orthophonistes disent bien requérir des allers-retours entre leurs réflexions issues de la formation et leur pratique. En expérimentant ces nouveaux savoirs, ils ajustent au fur et à mesure des éléments acquis en formation à leur pratique préalable. Et inversement, ils adaptent également leur mode de pratique et la relation au patient en fonction des savoirs acquis. Le fait d'avoir appliqué ces savoirs, et d'avoir mûri sa pratique au contact de la formation entraîne parfois la révision des représentations du soin.

La description de la pratique de formateur nous renvoie encore à ce regard réflexif : tous les orthophonistes formateurs nous évoquent le temps de théorisation préalable nécessaire à un type de formation. Théorisation et questionnement, sur leur pratique, sur leurs lectures, sur la relation au patient, sur leurs outils... Parfois, on leur demande aussi des formations atypiques, qui leur demandent de chercher de nouveaux outils... Le recul sur leur pratique semble indispensable à la posture de formateur. Dans la préparation comme dans la réalisation de la formation, au contact des formés, dans les questions que peuvent poser les orthophonistes, dans leurs expériences, le formateur va être confronté à une certaine introspection professionnelle. Et tous ces éléments discutés, raisonnés, pourront agrémenter ensuite leur propre pratique.

### III. LIMITES ET OUVERTURES

Nous avons adopté une méthodologie du domaine des sciences sociales qui nous paraissait la plus adéquate par rapport à notre sujet. Cette méthodologie a été productive pour notre mémoire. Un nombre important d'orthophonistes a été choisi comme population d'étude. Nous avons aussi fait le choix d'interroger des orthophonistes qui ont pratiqué un maximum de formations, pour pouvoir justement comparer les divers modes de formations. Vingt orthophonistes ont ainsi été interviewés et nous avons recueilli leurs représentations sur les différentes formations qu'ils avaient effectuées. Le fait de choisir de nombreuses formations nous a permis de déceler les éléments porteurs de sens pour les orthophonistes, entre les formations. Aussi, nous avons souvent pu croiser les regards sur une même formation, et cerner la subjectivité, et la sensibilité de chacun par rapport à ces formations.

Un questionnement resté latent a été la spécificité de la rééducation vocale, qui est revenue souvent dans les entretiens. Cette question posée par nous a peut-être induit une rhétorique\* de la part des personnes interrogées dans le contexte d'un entretien sur la rééducation vocale. Tous les orthophonistes interrogés pratiquent la rééducation vocale, et en interrogeant spécifiquement sur la rééducation vocale, nous avons certainement creusé ce questionnement. Il est donc possible que les spécificités de la rééducation vocale soient non pas une réalité clinique, mais plus un produit de l'interaction portée sur ce sujet. Nous n'avons pas assez creusé le questionnement en interrogeant sur les modes de pratiques dans d'autres domaines pour trancher sur la spécificité en rééducation vocale. Adopter une méthodologie sociologique, c'est accepter de lire le réel en fonction d'une théorie particulière. Nous avons choisi de traiter du sujet des formations en fonction de la pratique de soin en rééducation vocale. Nous avons fait le choix de ne pas développer la sociologie des formations, en lien avec les contraintes méthodologiques de la théorie, et également pour pouvoir nous inscrire dans la tradition des mémoires de Kalliope.

D'autre part, nous avons adopté un plan de résultats basé sur le vécu de la formation. D'autres mémoires pourraient étudier ces processus de formation (du besoin à l'enrichissement de la compétence professionnelle) en comparaison avec les autres domaines de rééducations orthophoniques. Tout d'abord, cela permettrait de vérifier si de telles étapes se retrouvent dans d'autres domaines. De plus, cela pourrait infirmer ou confirmer les éventuelles spécificités des formations en rééducation vocale. Une alternative aurait été de traiter le plan des résultats par entrées théoriques (réenchantement, réseau...). Nous avons préféré rester sur ce plan qui nous semblait plus

---

en lien avec l'expérience des orthophonistes, et qui a permis l'émergence de types de formations. Une autre piste possible qui nous a paru transcendante à ce sujet mais peu explicitée dans ce mémoire était le regard des orthophonistes sur le corps en rééducation vocale par rapport aux autres rééducations orthophoniques (cf. Nicki Le Feuvre). En effet, la composante corporelle nous a semblé importante en rééducation vocale, et ce constat nous a amené à nous interroger sur les représentations sur le corps véhiculées en formation initiale.

## **IV. APPORTS DES SCIENCES SOCIALES**

### **1. Méthodologie des entretiens**

La méthodologie des entretiens semi-directifs nous paraît très féconde pour notre fonction future : guider discrètement une discussion, en discriminant également ce qui paraît pertinent pour notre questionnement. Cette disposition à construire subtilement l'entretien, en posant des questions ouvertes sur les domaines que nous désirons aborder, nous est maintenant plus familière. Le principe de laisser à la personne le temps d'élaborer sa réponse nous semble, avec le recul, fondamental. D'autre part, nous avons pris conscience de notre impact dans l'interaction. En effet, par notre rôle d'orthophoniste, nous sommes susceptibles d'induire des propos rhétoriques : c'est là la réflexion sur notre position d'interrogateur qui peut être perçue par le patient comme un regard qui juge. Cette pensée peut entraîner la personne à formuler des réponses socialement légitimes mais non valides, pour ne pas se dévaloriser socialement. A nous de diriger l'interaction de manière discrète, pour limiter le déséquilibre des postures.

### **2. Réflexion et recul sur notre pratique future**

S'interroger sur nos pratiques d'orthophonistes dans la société actuelle était tout à fait intéressant : tout d'abord, le regard critique de la sociologie sur l'évolution de la société vers le champ bio-médical nous a paru très pertinent dans ses questionnements, vis-à-vis desquels nous allons devenir actrices en tant que professionnelles de soin. Cela nous a apporté une grille de lecture de notre pratique, qui n'est pas sans rappeler les discussions lors de groupes d'élaboration de la pratique. Ce mémoire nous a permis de commencer à nous interroger sur la logique d'utilisation de certaines pratiques, les implications éventuelles tant au point de vue professionnel que des valeurs que nous voulons construire et défendre personnellement : les relations avec les patients, le soin, pour qui et

comment évaluer notre action, la question de l'arrêt des soins, la place accordée au réseau. Nous sommes bien conscientes qu'il ne s'agit que d'une grille et qu'il en existe d'autres, mais cela constitue une base intéressante pour notre pratique future.

### **3. Enrichissement sur la rééducation vocale**

Par nos lectures de mémoire et l'expérience de vingt orthophonistes dans le domaine de la rééducation vocale, nous avons collecté un matériau que nous espérons fertile : ce mémoire nous a permis de connaître vingt vécus différents de la rééducation vocale, et d'observer les sensibilités différentes coexistantes. Aussi, sommes-nous plus conscientes de la place du corps dans la rééducation, et de son mode de prise en charge fonctionnaliste après ce mémoire. Nous sommes davantage au courant des inférences transmises dans les différentes formations, des modes de formations existants, et de l'importance des réseaux.

---

## CONCLUSION

---

Nous avons vu à travers les différents entretiens, que le choix d'une formation en rééducation vocale s'inscrit dans un processus de plusieurs étapes. Le besoin de formation naît sur le terrain, au contact du patient. La formation initiale étant souvent jugée insuffisante pour répondre à toutes les situations cliniques parfois difficiles, l'orthophoniste peut se sentir moins légitime dans sa pratique. Il a le sentiment que cette rééducation est spécifique dans sa validation et sa relation thérapeutique, ce qui renforce son manque de légitimité. Les formations continues seraient un moyen de combler ce manque. Pourtant, nous avons interprété ce sentiment comme issu d'une vision du soin spécifique, la vision fonctionnaliste, qui attribue au patient la capacité de se soigner par lui-même face à une maladie qui est envisagée comme un dysfonctionnement. Ce serait cette vision qui amènerait l'orthophoniste à chercher à développer son expérimentation personnelle (du chant, de pratiques corporelles ou de psychologie) à travers les formations continues. Car ces savoirs sont minorés à la fois dans la formation initiale, le monde médical, et même, pour l'aspect corporel, au niveau de la société actuelle. Or ces inférences (savoirs) extérieures au cœur de métier de l'orthophonie serviraient à l'orthophoniste pour construire son identité professionnelle, et à retrouver une satisfaction professionnelle parfois émoussée. Certaines formations étudiées enseignent ces inférences extérieures.

Une fois le besoin de formation identifié, la réponse choisie peut être de suivre une formation continue. Cette formation sera utilisée par l'orthophoniste uniquement s'il consent à adopter le modèle de représentations de la maladie et du soin du formateur. Dans un deuxième temps, nous avons vu qu'il adaptera éventuellement les savoirs acquis par rapport à sa pratique quotidienne. L'adoption obéirait à plusieurs facteurs : la personnalité du formateur, le fait de pouvoir projeter les savoirs nouvellement acquis dans la pratique, l'aspect individualisé de la formation. Ce dernier point va dans le sens des valeurs fonctionnalistes, dominantes dans la profession. Selon notre analyse, l'adoption est représentative des enjeux de légitimité qui se jouent au cours des formations. L'orthophoniste se trouverait dans un « réseau de la voix » qui l'engage à suivre les formations.

Nos entretiens font aussi ressortir une réflexivité entre la formation, la pratique et les croyances personnelles de l'orthophoniste, ce qui se traduit par une temporalité au niveau de l'appropriation des savoirs et aussi au niveau du recul pris après la formation. Avec le recul, les orthophonistes expriment des avis sur les formations. Ces avis peuvent être lus

selon les critères du mode de transmission de savoirs, mis en parallèle avec les modèles de représentations du soin du formé et du formateur. Quatre styles de formations ont été dégagés, que nous avons nommés « cours magistral sur des savoirs académiques », « partage de connaissances académiques », « transmission d'un savoir détenu par un formateur charismatique » et enfin, « l'échange de pratiques ».

Devenir orthophoniste formateur en rééducation vocale est aussi un processus qui passe par trois étapes identifiées dans nos entretiens. Tout d'abord, le professionnel développe des compétences professionnelles accrues, qu'il a choisies en fonction de l'identité professionnelle qu'il souhaite, et qu'il assume pleinement. Autre étape, qui peut suivre ou non la précédente, le professionnel assume des responsabilités de formation discrètes, informelles, ou auprès de segments professionnels adjacents à l'orthophonie. Enfin, car c'est souvent une étape consécutive à l'une des précédentes, l'orthophoniste devient formateur auprès de ses pairs. Cette démarche lui assurerait une assise dans le « réseau de la voix ».

Nous refermons ces pages en gardant à l'esprit l'ouverture apportée par l'anecdote de Lebreton sur le médecin et son malade africain. Elle nous ouvre la porte des possibles, reliant corps et symboles, réconciliant patient et thérapeute. « Ainsi, ce praticien plein de patience et de tact devant un malade africain qui refuse de prendre simultanément plusieurs remèdes. Il demande à l'homme si son père, lorsqu'il partait dans la brousse à la chasse au grand fauve, emmenait une seule flèche. Sur la réponse négative du malade, le médecin ajoute que lui-même ne pouvait « tuer » la maladie sans recourir à plusieurs remèdes à la fois, comme son père ne pouvait venir à bout du fauve sans plusieurs flèches. C'est en retrouvant le « contact » et le symbole, l'un n'allant pas sans l'autre, que le médecin suscite l'adhésion du malade à la démarche thérapeutique. Ce dernier peut alors attribuer un sens plein à la médication. Le jeu de l'estime et de la confiance peut s'instaurer et nourrir la relation thérapeutique. »

Notre démarche d'étudier différents points de vue et formations aura contribué à nous apporter ces « plusieurs flèches » parfois nécessaires pour aider au mieux nos futurs patients.

---

**BIBLIOGRAPHIE**

---

ADAM P. & HERZLICH C. (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Nathan

AIACH P., FASSIN D. & SALIBA J.(1994), Crise, pouvoir et légitimité, In Aiach P. et Fassin D (Eds), *Les métiers de la santé*, (p.9-42) ouvrage collectif. Paris, éd Anthropos

AMY DE LA BRETEQUE B. (1997), *L'équilibre et le rayonnement de la voix*, Paris : Solal

BARDIN L. (1997), *L'analyse de contenu*. Paris : PUF

BERGERAS M. & TAIN L. (2007), Des orthophonistes dans le monde de la voix : savoirs, savoir-faire et légitimité. In Tain L. (Ed.) *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, (pp173-180) éd ENSP

BERTAUX D., (1999), *Les récits de vie*, Paris, Nathan, 2e éd 2001.

BOUCHAYER F. (1994), « Les voies du réenchantement professionnel », In Aiach P. et Fassin D (Eds), *Les métiers de la santé*, (p.9-42). Paris : éd Anthropos

BOUDON R. & FILLIEULE R. (2004), *Les méthodes en sociologie*, Paris : éditions Que sais-je, PUF

BRIGNONE S. & DE CHASSEY J. (2003), *Thérapie comportementale et cognitive*, Isbergues, Orthoédition

BRUN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V. (2004), *Dictionnaire d'orthophonie*, 2de éd. Isbergues, Orthoédition

CANNAC Y. (1985)," La bataille de la compétence." Ed. Hommes et techniques, CEGOS, in Palazzeschi Y. (1988), *Introduction à une sociologie de la formation*, vol.1, édition l'Harmattan.

CORNILLOT P. (1992), « La relation thérapeutique et les médecines parallèles » in *L'homme et la santé*, ouvrage collectif, (pp.213-221). Paris, édition Le Seuil-La Villette

CORNUT, G. (1998). *La voix*, Paris : PUF

- 
- COSNIER J. (1993), Les interactions en milieu soignant. In Cosnier J., Grosjean M. & Lacoste M. (Eds), *Soins et communications*, (p.17-32). Lyon édition PUL,
- DEJONG-ESTIENNE, F. (1998), *Voix parlée, voix chantée*, Paris : Masson
- DEJONG-ESTIENNE, F. (1992), *Ma voix entre mes mains*, Paris : Editions du Seuil
- DINVILLE, C. (1978), *Les troubles de la voix et leur rééducation*, Paris : Masson
- DUBAR, C. & TRIPIER, P. (2003), *Sociologie des professions*, Paris : Armand Colin
- DURET P. et ROUSSEL P. (2003), *Le corps et ses sociologies*, Paris, Nathan
- ESTIENNE F. (2001), In C. Klein-Dallant (Ed.) *Dysphonies et rééducations vocales de l'adulte*, (pp51-65). Marseille : Solal
- GRIFFET (1994). Le partage de l'expérience. *Sociétés*, 45: 311-324
- FORTIN E. GUTH P. & TAIN L. (2007), Entre « parler droit » et « sonner juste » : les arrangements entre orthophonistes et patientèle. In Tain L. (Ed.) *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, (p.105-116), éd ENSP
- FRANGUIADAKIS S. (2007), « L'orthophonie aux mains nues » : la pratique professionnelle à l'épreuve de l'expérience humanitaire, In Tain L. (Ed.) *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, (p.245-255), éd ENSP
- FREIDSON, (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot
- KAUFMAN, (1996), *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan
- LAPLANTINE F. (1984), « Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie », In Jodelet D. *Les représentations sociales* (p.297-318) Paris : édition PUF
- LE FEUVRE N. (2007), L'évolution des domaines d'intervention des orthophonistes In Tain L. (Ed.) *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, (p.41-51), éd ENSP
- LE HUCHE, F. & ALLALI, A. (2002), Thérapeutique des troubles vocaux. In *La voix*, tome 4 (p.182-184). Paris : Masson
-

- 
- LEBRETON D. (1992), *Anthropologie du corps et modernité*. IIème éd. Ière éd 1990. Paris : PUF
- LECLERC C. (2007), « Spécialistes » de la rééducation vocale : des parcours entre deux mondes. In Tain L. (Ed.) *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (p.105-116), éd. ENSP
- LUPTON D. (2003), *Medecine as Culture*, SAGE publications, London
- MORMICHE P. (1998), La médicalisation des comportements vue selon les résultats des enquêtes "santé-soins médicaux" in Aïach P. & Delanoé D (Eds). *L'ère de la médicalisation*, (p.99-133.). édition Anthropos
- MUCCHIELI A. (1991), *Les méthodes qualitatives*. Collection Que sais je? Paris PUF
- NETTLETON S. (1995). *The sociology of health and illness*, Polity Press editions
- PARADEISE C. (1999), Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion. in *Sociologie du Travail*, vol. 41, n°4, p.461-469
- PERDRIX R. (2007), Elaborer des frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité. In Tain L. (Ed.) *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, (p.149-160), éd. ENSP
- PIERRON J.P. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. In *Sciences sociales et santé*, vol.25, n°2.
- REVIS J. & CAYREYRE F. (2004), Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle. In T. Rousseau (Ed), *Les approches thérapeutiques en orthophonie*, (2004), tome III (p.94-97), Orthoédition
- ROBERT A.D. & BOUILLAGUET A. (1997) *L'analyse de contenu* 2<sup>nd</sup>e éd 2007, éd. Que sais-je ? PUF
- ROCH, J.-B. (2001). Douze clés pour la rééducation de la voix. In C. Klein-Dallant (Ed.) *Dysphonies et rééducations vocales de l'adulte*, (p.51-65). Marseille : Solal
- SALIBA J. (1994). Les paradigmes des professions de santé. In Aïach P. et Fassin D (Eds), *Les métiers de la santé*, (p.9-42) ouvrage collectif. Paris, éd Anthropos
-

SCHNAPPER D. (1999), *La compréhension sociologique, démarche de l'analyse typologique*. Paris : PUF

STRAUSS A. (1992), *La trame de la négociation*, (p.191-204), Paris, édition l'Harmattan

TURNER B.S. (1992), *Regulating Bodies Essays in Medical Sociology*. London & New-York : Routledge

---

# **ANNEXES**

---

---

## ANNEXE I : GLOSSAIRE

**FONCTIONNALISME** : Laplantine a défini un modèle représentant deux types de croyances concernant les causes des maladies et le soin à apporter. Le point de vue fonctionnaliste envisage la maladie comme un dysfonctionnement, un mode d'adaptation à des événements vécus par le patient, qui seul, possède les moyens de se soigner. Le rôle du soignant est d'aider le patient à développer ses propres défenses.

**FORMATION CONTINUE** : Nous appelons formation continue toute formation non intégrée au cursus de la formation initiale et proposée par un syndicat de la profession. La formation dite continue a bien pour vocation le « développement des compétences professionnelles, la notion de compétence apparaît comme concept central en la matière » Palazzeschi (1998, p.153).

**HEXIS CORPORELLE** : Leclerc l'évoque de cette manière : « On parlera d'hexis corporelle à propos de ces pratiques et représentations (Bourdieu, 1982, p.82-95), véritable marquage corporel par incorporation des usages de l'environnement social. » Duret et Roussel explicitent en disant ce qui suit : « l'hexis corporelle est constituée d'un ensemble de conduites fortement intériorisées au point de devenir des dispositions permanentes » (2003).

**INFERENCE** : concept développé par Abbott (1988), expliqué par Perdrix (2007) en ces termes : « la capacité de mobiliser une « inférence », c'est-à-dire à articuler savoir formel et pratique concrète. » p.152

**LOGIQUES DE RELATION THERAPEUTIQUE** : la place accordée au patient en rééducation vocale dépendrait du mode de pratique de l'orthophoniste. Trois logiques sont présentées par Fortin, Guth et Tain (2007) : dans la logique biologique, la dimension biologique des troubles, évalués techniquement, est centrale. Dans la logique « cohérence de l'être », c'est le ressenti du patient qui est mis en avant. La logique d'adéquation aux normes sociales se référera aux critères de gêne sociale du patient (ou de son entourage).

**ORTHOPHONIE** : "discipline paramédicale dont les professionnels dépistent, évaluent (bilan et diagnostic), et traitent les troubles de la voix, de la parole, du langage, et de la communication orale et écrite. [...] C'est Suzanne Borel-Maisonny qui a, en France, fondé l'orthophonie moderne. Basée des compétences pluridisciplinaires (linguistique, psychologie, neurologie, oto-rhino-laryngologie, sociologie, sciences de

l'éducation, neurosciences, chirurgie, etc.), mais restant une discipline à part entière, l'orthophonie évolue régulièrement en fonction des avancées théoriques, des nouvelles connaissances [...]", Brun, Courrier, Lederle, Masy (2004, p.180).

**PROFESSION** : Bucher et Strauss (1961) définissent une profession comme « un conglomérat de segments en compétition et en restructuration permanente. ».

**REGISTRES** : Strauss propose trois critères de « négociation » de la relation de soin entre patient et thérapeute. Le registre relationnel et affectif s'attache à la qualité de la relation entre le soignant et le patient. Le registre communautaire et traditionnel prend en compte les valeurs du patient dans son contexte social. Le registre cognitif et technique met en avant les connaissances et la culture du professionnel de soin.

**REPRESENTATIONS** : Laplantine (1989) définit les représentations comme « la rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un mode d'appréhension particulier du réel : celui de l'image-croyance qui [...] a toujours une tonalité affective et une charge irrationnelle » p.298.

**RHETORIQUE PROFESSIONNELLE** : concept défini par Paradeise, la rhétorique se perçoit dans un discours qui justifie socialement le professionnel, mais est détaché de la réalité de sa pensée ou de ses actes. Cette dissimulation inconsciente est le résultat de l'interaction avec l'interlocuteur.

**SAVOIRS** : Selon Cannac, deux types de savoirs peuvent être distingués : le savoir académique, institué, tire sa valeur de lui-même, de sa conformité à un usage établi, indépendamment de toute utilisation. Le savoir pertinent, professionnel, se rapporte au contraire à l'utilisation, la finalité, et a donc une valeur plus relative. Il serait constitué d'un savoir-faire et d'un savoir-être. Savoir institué et savoir pertinent formeraient tous deux la compétence professionnelle.

---

## ANNEXE II : QUESTIONNAIRE ET GRILLE D'ENTRETIEN

### 1. Questionnaire préalable

Questionnaire de (nom) + (date) + (tél)

Merci de supprimer la/les mentions inutiles et de compléter si les propositions ne suffisent pas.

Pratiquez vous des rééducations vocales ?      oui    non

Combien de patients voyez-vous pour des rééducations vocales chaque année (en moyenne) ?

Et actuellement ?

Vous suivez ces patients pour quelle pathologie ?

Depuis combien de temps pratiquez-vous des rééducations vocales ?

Avez-vous effectué des formations « continues » applicables dans la rééducation de dysphonie fonctionnelle?    Non

- Oui, avez-vous fait le cycle complet de formation ?
- quel(s) étai(en)t le/les formateurs ? L'intitulé de la formation ? En quelle année ?
- Avez-vous pu appliquer cette formation auprès de patients ?

Renseignements généraux :

Age :                    pratique depuis :    ans

Exercice :

Types de rééducations :

### 2. Grille d'entretien

---

Si je vous dis « voix », à quoi cela vous fait-il penser ?

<p><u>La formation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel a été votre parcours scolaire avant les études d'orthophonie ?</li> <li>- <b>Dans quel institut avez-vous effectué votre formation ?</b></li> <li>- <b>Comment avez-vous trouvé la formation ?</b></li> <li>- <b>Quelles approches, quels courants vous ont marqué(e) ?</b></li> </ul>	<p>Intérêt/positionnement par rap à la formation initiale, adhésion au modèle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o La date du diplôme</li> <li>L'institut de formation</li> </ul>
<p><u>Insertion professionnelle et spécialisation dans le domaine de la voix</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est-ce que vous avez envisagé après ce diplôme ?</li> <li>- Quelles possibilités s'offraient à vous ?</li> <li>- <b>Avez-vous suivi des formations ? avec qui ? quel était leur contenu ?</b></li> <li>- <b>Pourquoi la rééducation/intervention] de la voix ? qu'est-ce que vous y avez recherché ? quand avez-vous commencé ?</b></li> <li>- <b>Quels sont ses points communs et ses différences avec les autres types de rééducations ?</b></li> <li>- Que pensez-vous de la nouvelle nomenclature des orthophonistes ? que pensez-vous de la rémunération de la rééducation vocale (AMO 10) par rapport aux autres rééducations ?</li> <li>- Quelles facultés particulières pensez vous devoir utiliser ?</li> </ul>	<p>Pourquoi la RV ?</p> <p>avantages par rap à la formation initiale ?</p> <p>inférences perçues par rapport aux autres types de rééducations ?</p>
<p><u>Pratique professionnelle et publics</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pourriez-vous décrire votre pratique professionnelle ?</b> comment vous y prenez-vous sur un exemple de dysphonie fonctionnelle ? (Qui : une personne / groupe / combien ; Durée ; Lieu ; Comment) Multiplier les questions précises sur la pratique pour que la personne réponde finement sur sa pratique : comment ça se passe précisément dans tel ou tel cas ?</li> <li>- <b>Qu'attendez-vous d'une rééducation vocale ? du patient ?</b></li> <li>- <b>C'est quoi pour vous un travail efficace ?</b></li> <li>- <b>Avez-vous des domaines de prédilection ? vous sentez vous spécialisé ?</b></li> <li>- Avez-vous des auteurs de référence, importants pour vous, dont vous vous inspirez dans votre pratique ? qui vous a transmis leurs références ?</li> <li>- Lesquelles ont été les vôtres et lesquelles sont les vôtres actuellement ? pourquoi et comment les avez-vous choisies ?</li> <li>- Qu'est-ce que c'est pour vous la voix, pourriez-vous m'en donner une définition ?</li> <li>- Quelle est la part de rééducation vocale parmi toutes vos rééducations et quelles</li> </ul>	<p>Evolution de la pratique en RV</p> <p>représentations sous-jacentes</p> <p>Description de l'intervention sur la voix</p> <p>Représentation de la « guérison »/ norme de la voix</p> <p>Légitimité (matériel investi)</p>

<p>pathologies de la voix traitez-vous ? quelles évolutions au cours de votre carrière ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pensez-vous transmettre à vos patients ?</li> <li>- <b>A quel moment une rééducation commence-t-elle et cesse-t-elle ?</b></li> <li>- Avez-vous investi dans du matériel spécifique ?</li> </ul>	
<p><u>Formation continue en RV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les différentes approches de la rééducation vocale que vous connaissez, utilisées par les orthophonistes ? Par les autres professionnels ?</li> <li>- Comment avez-vous connu ces méthodes ?</li> <li>- Quelle est votre opinion sur chaque méthode ?</li> <li>- Connaissez-vous <b>telle ou telle méthode (énumération) ?</b></li> <li>- Quelles sont les techniques les plus utilisées d'après vous ?</li> <li>- <b>Quelles formations avez-vous suivies et lesquelles voulez-vous suivre ? Pourquoi et comment les avez-vous choisies ?</b></li> <li>- <b>Par qui vous ont-elles été transmises ?</b></li> <li>- Comment avez-vous appliqué cette méthode auprès des patients ? Comment choisissez-vous les patients ou les situations dans lesquelles vous utilisez cette méthode ?</li> <li>- <b>Y-a-t- des choses que vous avez pu appliquer tout de suite ? plus tard ? quoi ? dans quelq contexte ? (demander des exemples)</b></li> </ul>	<p>Justification du choix des formations continues :</p> <p><i>raisons objectives</i> <i>raisons subjectives</i></p> <p>Mise en pratique (<i>éléments non appliqués ?</i>)</p>
<p><u>Les relations et les réseaux professionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon vous, qui allez voir en premier pour quelqu'un qui veut s'occuper de sa voix ?</li> <li>- Quelles rencontres ont été déterminantes ? Qu'est-ce qui a déterminé votre <i>orientation vers la RV</i> (personne, stage, formation...) ?</li> <li>- Etes-vous amené à être en relation avec d'autres personnes dans le cadre professionnel (milieu médical, social, scolaire, parents, syndicats...) ?</li> <li>- Dans le cadre de la voix, quelles relations de ce type avez-vous ?</li> <li>- Si je vous parle du monde professionnel de la voix, qu'est-ce que ça vous évoque ?</li> <li>- <b>A qui enverriez-vous des patients que vous ne prendriez pas en charge ?</b></li> <li>- Pouvez-vous me citer des personnes que vous connaissez comme appartenant à ce monde ?</li> <li>- Quels sont vos liens avec ce monde ?</li> <li>- Que vous apporte-t-il (en terme de savoirs, de techniques?)</li> </ul>	<p>Personnes influençant le choix, références</p> <p><i>Est-ce qu'il y a un modèle précis de la rééducation vocale qui circule dans le réseau ?</i> <i>Qui forme, oriente, dirige ?</i></p>
<p><u>La vie personnelle</u></p>	<p>Profession des parents</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Quelle place tiennent la musique ou la voix dans votre vie personnelle ? A quel niveau ?</b></li> <li>- Pouvez-vous me dire quelques mots sur votre milieu familial d'origine ? Quelle était l'ambiance ?</li> <li>- Dans votre famille, y'a-t-il des musiciens, chanteurs, etc... ?</li> <li>- Avez-vous des pratiques corporelles (sport, yoga, relaxation) ?</li> <li>- Qu'est-ce qui vous a amené(e) à ces différentes activités ?</li> <li>- A quoi vous servent-elles, que vous apportent-elles (professionnellement) ?</li> </ul>	<p>Liens avec le milieu médical, avec le milieu enseignant</p> <p><i>Relations personnelles et familiales avec la musique, le chant, la voix</i></p> <p><i>Lien entre les activités de « loisirs » et la pratique en rééducation vocale</i></p>
<p><u>Conclusion, ouverture</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Vous considérez-vous comme spécialisé(e), comment en êtes-vous arrivé(e) là ? qu'est-ce qui a été déterminant ? (En fin d'entretien ou de discussion)</b></li> <li>- Est-ce que vous conseilleriez ce métier à un proche ?</li> <li>- <b>Ca fait maintenant __ années que vous exercez, comment envisagez-vous votre avenir professionnel ?</b></li> <li>- <b>A propos de la voix, quels sont vos projets proches ou lointains ?</b></li> <li>- <b>Quand vous avez accepté cet entretien, avez-vous pensé à quelque chose de particulier à dire ?</b></li> <li>- <b>Aimeriez-vous rajouter quelque chose ?</b></li> </ul> <p>Seriez-vous prêt(e) à accepter un autre entretien ?</p>	

« Merci pour votre collaboration. »

## ANNEXE III : INTRODUCTION A L'ENTRETIEN TELEPHONIQUE

« Bonjour,

Merci de votre participation à notre mémoire sur les formations en rééducation vocale. Nous vous précisons que cet entretien sera enregistré, pour notre analyse, mais ne sera pas publié.

Notre mémoire porte un regard sociologique sur les pratiques orthophoniques. C'est pour cela qu'il aura une forme un peu particulière, peut-être différente d'autres entretiens que vous avez peut-être déjà eu pour des mémoires. En effet, notre objectif est de recueillir votre expérience et votre point de vue dans tout ce qu'elle a d'unique, de particulier. Sentez vous libre de dire ce que vous voulez. Evidemment, nous ne portons pas de jugement.

C'est pourquoi nous allons essayer de vous laisser le plus possible vous exprimer librement, sans vous interrompre et en vous posant des questions très ouvertes. C'est pour vous laisser le temps et la possibilité d'élaborer votre pensée et ne pas influencer vos réponses. Cela pourra entraîner des blancs, que nous préférons vous expliquer par avance, du fait de la conversation par téléphone. Si vous êtes prêt, nous allons commencer.

Alors, pour vous, si je vous dis « voix », à quoi cela vous fait-il penser ? »

---

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

### 1. Liste des Tableaux

Tableau 1 : Liste des formations..... 35

Tableau 2 : Illustration de l'adoption..... 54

Tableau 3 : Typologie des formations ..... 56

### 2. Liste des Figures

Figure 1 : Processus de formation..... 42

Figure 2: Devenir FORMATEUR ..... 60

---

# TABLE DES MATIERES

---

<b>ORGANIGRAMMES .....</b>	<b>2</b>
1. Université Claude Bernard Lyon1 .....	2
1.1. Secteur Santé : .....	2
1.2. Secteur Sciences : .....	2
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE .....	4
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>PARTIE THEORIQUE.....</b>	<b>11</b>
I. LE MODELE BIOMEDICAL DOMINANT CONFRONTE A SES LIMITES .....	12
1. Modèles de l'étude des sciences et légitimité.....	12
1.1. Modèles de référence sur la représentation de la maladie .....	12
1.2. En phoniatrie .....	13
2. Evolution de la médecine, en lien avec les limites du modèle bio-médical .....	13
2.1. Critiques du modèle biomédical .....	13
2.2. Médicalisation de la société, essor des pratiques alternatives .....	14
II. L'INDIVIDU AU SECOND PLAN DANS LA TECHNIQUE BIO-MEDICALE.....	15
1. Le corps et ses représentations dans le soin .....	16
1.1. Le corps, une construction sociale.....	16
1.2. Le corps dans le soin .....	17
1.3. Le corps dans la rééducation orthophonique .....	18
2. La relation thérapeutique dans la guérison.....	18
2.1. La relation de soin négociée .....	18
2.2. Vers l'égalité relationnelle entre patient et thérapeute .....	20
2.3. Source de réenchantement professionnel.....	20
III. LA LEGITIMITE, UN ENJEU DE LA FORMATION CONTINUE .....	21
1. La profession d'orthophoniste.....	22
1.1. Construire son identité professionnelle d'orthophoniste .....	22
1.2. Recherche de légitimité face à d'autres groupes professionnels.....	22
1.3. Le territoire de la voix .....	23
2. Le processus de formation continue.....	24
2.1. La formation, un lieu de régulation la profession.....	24
2.2. Une démarche de réflexion à propos de la profession .....	24
2.3. Les types de savoirs transmis .....	25
2.4. Le mode de transmission des savoirs.....	25
<b>PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....</b>	<b>26</b>
I. PROBLEMATIQUE.....	27
1. Hypothèse 1 : les orthophonistes éprouveraient le besoin de se former .....	27
2. Hypothèse 2 : la mise en pratique des acquis d'une formation serait le fruit d'un rapport personnel de l'orthophoniste à la formation .....	27
3. Hypothèse 3 : à l'issue des formations, les orthophonistes adopteraient une représentation de la formation .....	28
4. Hypothèse 4 : devenir formateur serait l'aboutissement d'un cheminement au sein de la profession .....	28

---

<b>PARTIE EXPERIMENTALE .....</b>	<b>29</b>
I. INTRODUCTION .....	30
II. LES PRINCIPES DE LA METHODE .....	30
1. Les conditions de validité.....	30
1.1. Les points théoriques permettant d'éviter un contresens .....	31
1.2. Les principes de validation des méthodes qualitatives .....	31
2. La position de l'enquêteur.....	32
3. Des données individuelles et liées au cadre professionnel .....	32
3.1. Données qualitatives.....	32
3.2. La rhétorique professionnelle .....	33
3.3. Le sociocentrisme.....	33
III. RECUEIL D'INFORMATIONS : L'APPROCHE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	33
1. La population d'orthophonistes et le recensement des formations.....	34
1.1. Recensement des formations continues étudiées .....	34
1.2. Définition de la population.....	35
2. Le contenu du questionnaire et les objectifs de son exploitation .....	36
3. Le déroulement de l'enquête : grille d'entretien et déroulement des entretiens .....	37
3.1. La grille d'entretien .....	37
3.2. Le déroulement.....	37
4. L'analyse de données .....	38
4.1. Analyse thématique verticale : recherche de la cohérence individuelle.....	39
4.2. Analyse horizontale inter-entretiens : recherche de typologie.....	40
<b>PRESENTATION DES RESULTATS.....</b>	<b>41</b>
I. BESOIN DE FORMATION .....	42
1. La formation initiale et la pratique de la rééducation vocale.....	42
1.1. Passage de la théorie à la pratique .....	42
1.2. Une formation initiale technique ? .....	43
2. Une validation difficile.....	44
2.1. Négociation avec le patient.....	44
2.2. Validation par le monde médical et orthophonique.....	45
3. Patients et relation de soin en rééducation vocale .....	46
4. Quatre degrés de légitimité.....	47
II. APPROPRIATION DES SAVOIRS ACQUIS EN FORMATION CONTINUE .....	49
1. Temporalité dans le processus d'appropriation.....	49
2. L'adoption du modèle transmis en formation.....	49
2.1. La personnalité du formateur.....	50
2.2. Une formation individualisée .....	50
2.3. Projection dans la pratique .....	50
2.4. Aspect personnel .....	51
3. Adaptation des savoirs .....	51
3.1. Illustration de l'adoption, portrait de madame Natacha.....	52
III. REcul SUR LES FORMATIONS.....	54
1. Formations et pratique.....	54
2. Types de formations .....	55
2.1. La perception du modèle de relation de soin transmis.....	55
2.2. La perception de la relation de formation.....	55
2.3. Vers une typologie des formations .....	56
IV. LEGITIMITE ET FORMATION .....	57

1.	Une compétence professionnelle assumée .....	58
2.	Des responsabilités de formation discrètes.....	58
3.	Formateur au sein du segment professionnel .....	59
<b>DISCUSSION DES RESULTATS.....</b>		<b>61</b>
I.	SYNTHESE DES RESULTATS.....	62
1.	D'où vient le besoin de formation de l'orthophoniste en rééducation vocale ?.....	62
2.	Comment se passe l'appropriation des acquis de formation ?.....	62
3.	Les regards sur des orthophonistes sur les formations continues .....	63
4.	Quelles sont les étapes qui amènent un orthophoniste à devenir formateur ? .....	63
II.	ANALYSE DES RESULTATS.....	64
1.	Quelle place pour les registres non-techniques dans la rééducation vocale ?.....	64
1.1.	La relation de soin fonctionnaliste accorderait plus de poids à l'aspect corporel.....	64
1.2.	La formation initiale et la société minoreraient ces registres non techniques.....	66
1.3.	L'investissement de ces registres par réenchantement ?.....	67
1.4.	Le réenchantement est-il nécessaire?.....	68
2.	Les formations continues, entre désir et obligation .....	69
2.1.	Lieu de démonstration de pouvoirs entre formateurs et formés.....	69
2.2.	La socialisation incontournable : le réseau et le sentiment de légitimité.....	71
2.3.	Prise de recul sur une pratique.....	72
III.	LIMITES ET OUVERTURES .....	73
IV.	APPORTS DES SCIENCES SOCIALES.....	74
1.	Méthodologie des entretiens.....	74
2.	Réflexion et recul sur notre pratique future.....	74
3.	Enrichissement sur la rééducation vocale.....	75
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>76</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>		<b>78</b>
<b>ANNEXES .....</b>		<b>82</b>
ANNEXE I : GLOSSAIRE .....		83
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE ET GRILLE D'ENTRETIEN.....		85
1.	Questionnaire préalable.....	85
2.	Grille d'entretien .....	85
ANNEXE III : INTRODUCTION A L'ENTRETIEN TELEPHONIQUE.....		89
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</b>		<b>90</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>		<b>91</b>

---

Socheat- Bopha de LOPEZ & Eliane RAETH (Auteur)

**ETUDE DU PROCESSUS DE FORMATION CONTINUE EN REEDUCATION VOCALE. Analyse des discours des orthophonistes ayant suivi une formation continue en rééducation vocale**

95 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2008

---

**RESUME**

---

Ce mémoire s'inscrit dans les théories des sciences sociales sur le soin en rééducation vocale, la relation au patient et la profession. Nous questionnons les orthophonistes sur les origines du besoin de formations en rééducation vocale : quelles sont les influences de la formation initiale, de la nature du public, de la validation des pratiques et de la légitimité sur le besoin de formation ? Ce besoin de formation s'explique par la vision fonctionnaliste dominante en rééducation vocale, qui attribue au patient la capacité de se soigner, guidé par le soignant. L'orthophoniste chercherait l'expérimentation à travers les formations continues, ces savoirs fonctionnalistes étant minorés en formation initiale et dans le monde médical. De plus l'aspect corporel serait aussi minimisé par la société actuelle. Ainsi ces inférences transmises en formation continues serviraient à construire l'identité professionnelle, et à retrouver une satisfaction professionnelle parfois émoussée. Nous tentons de clarifier l'appropriation des savoirs acquis en formation : ses principes temporels, les critères d'adoption, et les formes d'adaptation à la pratique. Selon notre analyse, l'adoption des nouveaux savoirs serait dépendante des enjeux de légitimité joués en formation. Ces travaux nous permettent également d'avancer sur la nature des bénéfices reçus en formation et sur des types de transmission des savoirs en formation. Nous trouvons aussi plusieurs étapes de légitimité croissante dans la fabrication d'un formateur orthophoniste : développer des inférences assumées, prendre des responsabilités pour la profession, et enfin devenir formateurs au sein de la profession.

---

**MOTS-CLES**

---

Rééducation vocale, fonctionnalisme, corps, formation, profession, légitimité, sociologie

---

**MEMBRES DU JURY**

---

GENTIL Claire

PERDRIX Renaud

ROSTAING Corinne

---

**MAITRE DE MEMOIRE**

---

Mme Juliette de Chassez orthophoniste

Mme Caroline Leclerc, orthophoniste

---

**DATE DE SOUTENANCE**

---

03 juillet 2008

---