



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



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

Par

MAGNIN Lauren
PONCET Solène

EVOLUTION DES CHAMPS DE COMPETENCES EN
ORTHOPHONIE :

Analyse historique à travers la presse spécialisée

Maîtres de Mémoire
GUILHOT Nicolas
LECLERC Caroline

Membres du Jury

JAUBERT Guillaume
PERDRIX Renaud
TAIN Laurence

Date de Soutenance
28 juin 2012

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

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

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

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Directeur **Pr. KIRKORIAN Gilbert**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

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

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

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

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

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

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

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr MAUME-DESCHAMPS
Véronique**

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

Observatoire Astronomique de
Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1
Directeur **M. COULET Christian**

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

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
Pr. Associé BO Agnès

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
THEROND Béatrice
GUILLON Fanny

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie
BONNEL Corinne
CLERGET Corinne

REMERCIEMENTS

Nous tenons dans un premier temps à remercier chaleureusement Nicolas Guilhot pour le temps qu'il nous a accordé, ses apports théoriques et ses conseils avisés.

Caroline Leclerc, qui s'est intéressée dès le début à notre sujet et nous a permis de compléter nos réflexions.

Merci également à Renaud Perdrix, pour ses cours méthodologiques instructifs et les quelques revues qu'il a pu nous prêter.

A l'ensemble de l'équipe sciences sociales menée par Laurence Tain, qui nous a aidé à construire notre réflexion lors des séminaires.

Merci au bibliothécaire de la Bibliothèque Nationale de France pour le temps qu'il nous a accordé.

Merci à nos parents pour avoir enlevé les quelques « coquilles » de ce mémoire.

A Pierre pour son soutien et son aide mobilisée pour les détails de mise en page.

Enfin, merci au dictionnaire des synonymes qui nous a été d'une aide précieuse lors de la rédaction de notre mémoire...

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	7
PARTIE THEORIQUE	9
I. APPORT DE LA SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS	10
1. <i>Professions et divergences de définitions</i>	10
2. <i>Système des professions et construction de juridictions</i>	12
II. LA MEDICALISATION VUE AU TRAVERS DE L’HISTOIRE DES SCIENCES	14
1. <i>Evolution de la science et paradigme</i>	14
2. <i>Enjeux et formes de la médicalisation</i>	15
3. <i>La création de « nouvelles pathologies »</i>	17
III. DE L’EMERGENCE DE L’ORTHOPHONIE A L’ORTHOPHONIE CONTEMPORAINE.....	19
1. <i>Emergence de l’orthophonie</i>	19
2. <i>L’ancrage de l’orthophonie dans des disciplines connexes</i>	21
3. <i>Parcours historique : légitimité et segments</i>	22
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	24
PARTIE EXPERIMENTALE	26
I. S’APPROPRIER UNE DEMARCHE : LA POSTURE SOCIO-HISTORIQUE	27
1. <i>Délimitation du sujet de recherche</i>	27
2. <i>Eviter les interprétations dues à notre formation</i>	28
II. L’ENQUETE DOCUMENTAIRE	29
1. <i>L’analyse quantitative</i>	29
2. <i>L’analyse qualitative</i>	30
III. LE CHOIX DES SOURCES	31
1. <i>Rééducation orthophonique</i>	32
2. <i>Glossa</i>	33
3. <i>L’Orthophoniste</i>	34
PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	36
I. ELARGISSEMENT DES PATHOLOGIES ET EVOLUTION DE L’ORGANIQUE VERS LE FONCTIONNEL.....	37
1. <i>Un fait : une explosion du nombre de pathologies prises en charge</i>	37
2. <i>Technicisation et intérêt pour les troubles organiques</i>	42
3. <i>L’orthophonie vers la prise en compte du fonctionnel</i>	44
II. L’ORTHOPHONIE DANS LE PROCESSUS DE MEDICALISATION	51
1. <i>Modifications sociales, médicalisation et impacts</i>	51
2. <i>L’évolution terminologique : médicalisation de nouveaux territoires professionnels par l’orthophonie</i>	54
3. <i>Questions de classification et quête de légitimité</i>	56
III. UNE EVOLUTION SELON LES INFERENCES INVESTIES ET LA QUESTION JURIDICTIONNELLE.....	59
1. <i>Les frontières de l’orthophonie par rapport aux disciplines connexes</i>	59
2. <i>Une conséquence de l’explosion : les luttes juridictionnelles entre les professions</i>	65
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	94
ANNEXE I :	95
1. <i>Décrets de compétences</i>	95
ANNEXE II :	99
1. <i>Tableaux de fréquences des pathologies par tranche de 5 ans</i>	99
ANNEXE III :	105

2. Tableaux de fréquences des professions des auteurs écrivant sur les pathologies, par tranche de 5 ans	105
ANNEXE IV :	109
1. Regroupements des pathologies par symptômes évoqués dans les articles, sur tranche de 5 ans : l'exemple de Glossa	109
ANNEXE V :	112
1. Grille d'analyse	112
TABLE DES ILLUSTRATIONS	113
TABLE DES MATIERES	114

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les orthophonistes requièrent qu'au vu de l'élargissement de leur champ de compétences, leur formation a besoin d'être réactualisée et allongée. La Fédération Nationale des Orthophonistes note en effet que la formation n'a pas été modifiée depuis 1986, alors que, depuis cette date, deux décrets (1992/2002) ont officialisé la reconnaissance de nouveaux domaines d'intervention aux orthophonistes.

En octobre 2011, en réponse à ces sollicitations, le ministère de la Santé annonçait la volonté de créer un métier d'orthophoniste-praticien accessible par la poursuite des études en master 2.

Les orthophonistes refusent ce projet qui diviserait la profession en deux, car craignent de voir des pathologies retirées de leurs compétences, et réservées aux professionnels dotés d'un master 2.

Depuis sa création, l'orthophonie est pourtant en perpétuelle extension, intégrant de plus en plus de pathologies à sa pratique. Si l'augmentation de ces pathologies est visible dans les décrets et nomenclatures, ces textes de loi ne montrent que la reconnaissance officielle de ces prises en charge et n'expliquent en rien quand et comment ces pathologies sont rentrées dans le champ de l'orthophonie.

Ainsi, notre mémoire, selon une double approche historique et sociologique, se propose d'étudier l'évolution des champs de compétences en orthophonie, en essayant de comprendre le cadre dans lequel une pathologie a pu être intégrée dans les prises en charge attribuées à l'orthophoniste. En effet, nous partageons l'idée de Héral (2003) selon laquelle

« les différentes conceptions que l'on a pu avoir au cours des siècles des pathologies du langage, les techniques d'évaluation et de rééducations utilisées appartiennent au « patrimoine culturel » des orthophonistes et des logopèdes. Son enseignement est trop peu organisé à l'heure actuelle. Il contribuerait pourtant à une meilleure connaissance de l'émergence des domaines dans lesquels nous sommes amenés à intervenir, de l'évolution des concepts que nous sommes amenés à utiliser et, aussi, à relativiser certaines thèses, trop souvent annoncées comme nouvelles » (p19).

La volonté de ce mémoire est par conséquent de participer, à notre niveau, par l'étude de revues spécialisées, à l'histoire de l'orthophonie en France afin de comprendre plus globalement l'évolution de cette profession, qui aujourd'hui se définit comme une discipline paramédicale dont les professionnels dépistent, évaluent et traitent les

« troubles de la voix, de la parole, du langage, et de la communication orale et écrite » (Brin, Courrier, Lederlé, Masy, 2004, p180).

Notre première partie permettra d'exposer les supports théoriques concernant notre étude, notamment l'abord de la sociologie des professions et du contexte de médicalisation. Dans notre deuxième partie, nous expliquerons notre méthode d'enquête, fondée sur des sources écrites, les revues « orthophoniques ». Puis nous exposerons les résultats de notre étude sur l'évolution des champs de compétence en orthophonie.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I. Apport de la sociologie des professions

L'orthophonie est une profession récente : elle a en effet obtenu son statut légal par la loi du 10 juillet 1964 qui a institué un diplôme national, le Certificat de Capacité d'Orthophonie (CCO). D'une simple idéologie à une profession reconnue, le but de ce mémoire a pour but de donner des informations concernant son évolution.

Dans ce cadre, nous pouvons utiliser les théories de la sociologie des professions pour comprendre l'élargissement du champ de compétences de l'orthophonie. La sociologie des professions est un domaine de recherche qui analyse la construction et l'organisation des groupes professionnels, et s'est largement développée, notamment aux Etats-Unis et en Grande Bretagne à partir de 1920. Elle s'est intéressée à la définition même du terme « profession » mais celle-ci constitue un sujet de controverse (Dubar, Tripier, 1998). La sociologie des professions est en effet considérée comme « un domaine clivé entre des blocs qui se sont opposés sans dialogue et sans cumul possible de leurs apports respectifs » (Champy, 2009, p5). Selon les différentes approches, qu'est-ce qui fait qu'une activité de travail puisse être reconnue comme une profession ?

1. Professions et divergences de définitions

1.1. Le courant fonctionnaliste

Le courant fonctionnaliste a été l'orientation dominante de la sociologie des professions de 1930 à 1950. Pour les fonctionnalistes, « une profession est, pour l'essentiel, une communauté relativement homogène dont les membres partagent identité, valeurs, définition des rôles et intérêts » (Strauss dans Dubar et Tripier, 1998, p67). Autrement dit, les pratiques des membres d'une profession sont considérées comme une seule et même unité (Champy, 2009). C'est ce partage de croyances qui distingue une profession d'une simple occupation, et toutes les occupations ne peuvent devenir une profession. Ce courant centre son regard sur les professions dites « établies » (Delas, Milly, 2005) telles que les médecins et les avocats, qui disposent d'un prestige particulier, leur garantissant une autonomie d'exercice.

Le travail d'une profession est ainsi spécifique, la profession est définie par un noyau central dont tous les membres de la profession font partie et par un savoir théorique appris par un long processus de formation. La profession a donc un statut particulier, immuable, qui protège de la concurrence interprofessionnelle puisque les domaines d'intervention sont délimités. De plus, les fonctionnalistes considèrent que la pratique d'une profession est affectivement neutre, celle-ci rendant un service efficace à la communauté (Dubar et Tripier, 1998).

Le courant fonctionnaliste propose ainsi une définition des professions à laquelle l'orthophonie correspond en partie, puisqu'elle requière une formation longue (quatre ans depuis 1986) afin d'apprendre un savoir théorique à propos de domaines d'intervention délimités.

1.2. Le courant interactionniste

Si les fonctionnalistes se focalisent essentiellement sur des professions établies, le courant interactionniste s'intéresse quant à lui à la manière dont se construit une profession. Les interactionnistes de l'école de Chicago, qui apparaissent dans le contexte social et politique des Etats-Unis entre 1950 et 1960, pensent que les professions ne sont pas des entités qui partagent la même culture mais des processus sociaux, des mouvements permanents de déstructuration et de restructuration intra-professionnelles (Dubar et Triper, 1998). Ils critiquent l'unité décrite par les fonctionnalistes en relevant la « diversité des intérêts, des valeurs et des pratiques » (Champy, 2009, p25). La profession n'est pas un groupe ou une communauté, elle fait preuve d'hétérogénéité et de contradiction. La notion centrale est le changement : Strauss note d'ailleurs la présence de sous-groupes, définis en termes de « segments professionnels », en compétition et en restructuration continue pour préserver leurs territoires ou en conquérir de nouveaux (Aiach et Fassin, 1994). Il montre que pour la profession médicale, l'image d'une communauté homogène unie autour des mêmes valeurs et du même souci de service de la société n'est qu'un leurre, et qu'elle est en fait composée de multiples segments (Delas et Milly, 2005).

Contrairement aux idéologies des fonctionnalistes dans lesquelles toutes les occupations ne peuvent pas devenir des professions, ce courant ne fait pas d'opposition stricte entre ces deux termes.

« Pour Hughes, tout emploi (occupation) entraîne une revendication (...) d'être autorisé (licence) à exercer certaines activités que d'autres ne pourront exercer, à s'assurer d'une certaine sécurité d'emploi en limitant la concurrence ; une fois cette autorisation acquise, chacun cherche à revendiquer une mission (mandate), de manière à fixer ce que doit être la conduite spécifique des autres à l'égard des domaines (matters) concernés par son travail » (Dubar et Triper, 1998, p104).

Les licences et mandats font ainsi l'objet des luttes entre les groupes professionnels en compétition par la protection et la valorisation de leurs emplois. L'orthophonie est alors, comme toute autre, une profession en concurrence avec d'autres et la compréhension de ce processus peut se faire au travers de l'analyse des champs d'intervention de l'orthophonie, domaine d'étude de notre mémoire.

La sociologie des professions comme décrite ici s'est développée de manière tardive en France puisqu'elle a été dominée pendant longtemps, après la seconde guerre mondiale, par le marxisme : dans ce courant, les professions sont une catégorie qui tente d'expliquer les inégalités sociales comme une conséquence d'une différence de talent pour travailler. L'abandon des références au marxisme a réellement eu lieu vers 1980 pour laisser place aux sociologues se présentant comme héritiers de la sociologie interactionniste américaine (Champy, 2009).

2. Système des professions et construction de juridictions

2.1. Les juridictions

Notre sujet traite de l'évolution du champ de compétences de l'orthophonie. Ainsi, il nous a semblé intéressant de nous pencher sur les théories d'Abbott.

Abbott, dans son ouvrage, *The system of professions : An essay on the division of expert labor* (1988), insiste sur l'interdépendance des professions puisque « chaque mouvement dans la juridiction d'une profession affecte celle des autres » (Abbott, 1988, p.34, traduction personnelle). La démarche de cet auteur se centre autour de la division du travail entre une profession et les différentes professions adjacentes. Pour cet auteur, les professions forment donc un système interdépendant, système dans lequel les juridictions délimitent les activités de chaque profession.

Le terme de juridiction, propre à cet auteur, fait référence aux champs de compétences d'une profession, aux tâches qui lui reviennent dans la division du travail. Les juridictions permettent ainsi de délimiter les frontières entre les professions. Ces frontières « sont perpétuellement en débat » (Abbott, 1988, p2) et peuvent en effet être remises en cause par d'autres groupes professionnels qui rentrent en concurrence pour asseoir ou étendre leur territoire d'intervention. « Une profession ne peut pas occuper une juridiction sans l'avoir trouvée vacante ou alors sans s'être battue pour elle. » (p 86). L'histoire des juridictions a ainsi été déterminée par l'existence de nombreux conflits. Par exemple, la compétence autour des troubles personnels a été redéfinie de nombreuses fois, pris en charge successivement par le clergé, les neurologues, les psychiatres, les psychanalystes, les psychologues ou encore les neuropsychiatres (Dubar, Tripier, 1998). En nous focalisant, à travers notre sujet sur l'évolution du champs de compétences de l'orthophonie nous serons donc confrontés aux luttes juridictionnelles et aux enjeux concurrentiels entre la profession d'orthophoniste et les professions adjacentes.

L'existence de sources de modification permet aux groupes professionnels de revendiquer de nouvelles juridictions. Le développement de nouvelles technologies ou encore de nouvelles connaissances fait partie de ces sources. Ces modifications entraînent le développement de changements internes qui se traduisent par deux alternatives : les professions peuvent consolider leurs anciennes juridictions ou bien envahir d'autres juridictions. Les professions tentent donc sans cesse de délimiter leur « territoire » et sont

ainsi en perpétuelle concurrence pour obtenir le monopole des juridictions. Le savoir abstrait est d'ailleurs un outil utilisé par les professions pour lutter contre cette concurrence.

2.2. Le savoir abstrait et la quête de légitimité

L'auteur démontre l'importance du savoir abstrait, comme « fondement d'une définition efficace des professions » (Abbott, 1988, p 102) qui permet à une profession d'annexer de nouvelles aires et de les définir comme faisant partie de ses juridictions. La profession peut alors étendre sa domination. L'auteur définit d'ailleurs le terme de profession à partir de cette notion d'abstraction. La profession est ainsi pour lui « un groupe de métiers appliquant un savoir abstrait à des cas concrets » (p 9). Pour Abbott, le système de concurrence professionnelle, repose donc en grande partie sur une concurrence idéologique.

L'abstraction serait en sus un moyen de rester compétitif et de survivre face à la concurrence professionnelle en sécurisant les juridictions d'une profession. Le savoir abstrait peut en effet être utilisé par une profession comme une stratégie. Cette profession tente alors de réduire le travail des groupes professionnels concurrents en une version de son propre travail. Ainsi, la profession se donne l'objectif de réinterpréter un problème déjà existant à sa manière, avec ses propres termes et ses propres définitions. Abbott développe l'exemple de la psychiatrie du XIX^{ème} siècle. Durant, cette période, les personnes aliénées furent retirées de la juridiction des autorités légales et placées sous celles des psychiatres, qui ont alors redéfini ce phénomène de société avec leur propre terminologie.

Le savoir académique d'une profession fait office de légitimation et permet de clarifier ses fondations. « L'habileté d'une profession à garder ses juridictions repose en partie sur le pouvoir et le prestige de son savoir académique » (Abbott, 1988, p 53). Quand une profession revendique une nouvelle juridiction, elle prétend s'arroger le contrôle formel d'un certain type de langage, issu de son savoir académique.

De plus, quand une profession s'engage dans la revendication d'une juridiction, elle demande alors à posséder le contrôle légitime d'un certain type de travail. Ces revendications conduisent donc une profession à acquérir le droit d'exclure d'autres professions, si cela est nécessaire, ainsi que le droit d'imposer ses propres définitions professionnelles. Si cette profession obtient la légitimation publique de ses revendications professionnelles, cette dernière peut alors définir certains problèmes de société à sa manière, à partir de sa culture professionnelle. En obtenant la légitimation de sa demande de juridiction, une profession peut alors dominer la structure sociale dédiée à la résolution de ces problèmes et assurer ainsi l'exclusivité de son expertise face à la concurrence.

Les professions de la santé sont très touchées par ces luttes juridictionnelles: Aiach et Fassin (1994) notent que, dans la santé, « on assiste à des phénomènes permanents et

segmentaires de réaménagement, de recomposition des domaines de compétences, de perte de légitimité que l'on tente de compenser par la recherche de nouvelles formes de légitimation » (p5-6).

Les théories d'Abbott sur le système des professions nous offrent un cadre théorique intéressant pour notre étude. Nous cherchons en effet à comprendre comment les champs de compétences de l'orthophonie se sont établis et aussi à analyser les différents enjeux de cette construction. Dans cette finalité, puisque « qu'elles soient appréhendées comme modèle, ou étudiées dans leur réalité concrète, les professions sont indissociables des contextes historiques et socio-économiques dans lesquelles elles prennent naissance, se développent, se transforment » (Aiach, Fassin, 1994, p80), il nous est également apparu nécessaire d'observer le contexte historique ainsi que le développement de la science et de la médecine.

II. La médicalisation vue au travers de l'histoire des sciences

Comme nous allons, dans ce mémoire, nous focaliser sur les concurrences entre professions qui ont permis à l'orthophonie d'élargir son champ de compétences, il paraît alors nécessaire de comprendre comment s'est construit et développé le savoir scientifique et le savoir médical. La médicalisation a en effet permis à l'orthophonie de se développer et de gagner en légitimité durant le XXème siècle.

1. Evolution de la science et paradigme

Les années 1960-1970 sont le théâtre d'un intérêt épistémologique nouveau en France ainsi que dans les pays occidentaux, notamment par l'intervention de Kuhn. Cet historien, dans son ouvrage *La structure des révolutions scientifiques*, a développé la notion de « paradigme » : il définit cette notion comme représentant un ensemble de croyances, de techniques communes aux membres d'une communauté scientifique qui permettent de fournir les modèles de la construction du savoir (Draperi, 2010).

«Un paradigme est ce que les membres d'une communauté scientifique possèdent en commun, et, réciproquement, une communauté scientifique se compose d'hommes qui se réfèrent au même paradigme.» (Kuhn, 1970, p240)

Ces « modèles ou schémas acceptés en science » (Kuhn, 1970), ou, plus simplement, « façon de voir les choses » (Vinck, 1995, p92) constituent les paradigmes dominants à chaque période donnée. Quand un paradigme domine une discipline, Kuhn considère qu'il constitue alors, dans le contexte historique, une science normale (Delas et Milly, 2005). Le paradigme est normalement acquis et indiscuté, mais avec l'accumulation d'anomalies et d'incohérences théoriques, les sciences passent parfois par des périodes exceptionnelles de crise durant laquelle le paradigme est remis en question.

Les paradigmes étant incommensurables, les sciences ne peuvent progresser alors par accumulation continue de savoirs mais par ruptures, désignées comme révolutions scientifiques. Dans ce cas, le problème ne consiste plus à résoudre les énigmes posées par le paradigme mais à repenser le paradigme lui-même (Vinck, 1995). Finalement, un nouveau paradigme s'impose. Cela indique qu'aucune connaissance n'est une vérité unique et universelle mais une connaissance rattachée au contexte socio-historique : les faits scientifiques sont relatifs aux facteurs sociaux et changent avec eux. Un nouveau paradigme exige la disparition de la théorie antérieure et la réévaluation des faits, ce qui participe à l'évolution de la science et plus généralement de la vision du monde.

Les sociologues ont repris les idées développées par Kuhn et en ont tiré des conclusions relativistes, en opposition avec l'esprit de la rationalité dans lequel le savoir scientifique est considéré comme supérieur. Les sciences sont dans ce schéma de pensée un système de croyances parmi d'autres, au même titre que la religion, et il est impossible de dire que l'une est plus vraie que l'autre. Il n'y a pas de point de vue absolu. Les preuves scientifiques n'ont en effet aucune pertinence pour un croyant et, inversement, la foi échappe à l'analyse scientifique (Vinck, 1995). Les croyances scientifiques ne peuvent être expliquées qu'en les reliant avec la structure de la société.

Ainsi, la médecine, comme le défend Freidson dans son ouvrage *La profession médicale*, ne comprend elle aussi que des connaissances acceptées actuellement, mais qui pourront être contredites :

« Il suffit de parcourir l'histoire de la médecine pour apprendre que bien des idées médicales d'aujourd'hui sur la maladie ne sont pas les mêmes que celles de la médecine « moderne » d'hier et que certaines- pour le moins- des idées de la médecine « moderne » de demain contrediront celles d'aujourd'hui. La médecine moderne n'a rien d'absolu : c'est une institution sociale dominante à notre époque, mais pas à d'autres. »
(p215)

De ce fait, l'étude des maladies doit se placer dans une vision historique d'évolution permanente.

2. Enjeux et formes de la médicalisation

Il paraît intéressant de traiter du processus de médicalisation pour comprendre comment les troubles du langage, puis de la communication, ont été progressivement médicalisés et dévolus à une profession : l'orthophonie. Le phénomène de médicalisation, processus d'ordre à la fois scientifique, technique et socioculturel, trouve ses racines au XVIIIème siècle, prend véritablement son essor au XIXème siècle et s'intensifie au cours du XXème siècle, en particulier depuis 1950 (Aiach, Delanoë, 1998).

« La médicalisation est une construction sociale : elle consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes. Elle est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical » (Aich, Delanoë, 1998, p5)

Ainsi, comme la santé intègre des éléments du champ social qui, jusque-là, lui échappaient, elle offre par conséquent à l'expertise médicale de nouveaux domaines d'activité, par exemple, l'alcoolisme, le suicide - tous deux appelés « sociopathies » (Laplantine, 1992) -, les problèmes conjugaux, ou encore, plus intéressant pour le domaine de l'orthophonie, la « médicalisation de l'échec scolaire » (Aich et Delanoë, 1998, p24). A mesure que la science médicale s'est développée, « des comportements humains de plus en plus nombreux ont paru provenir de causes spécifiques » (Freidson, 1984, p251).

Cependant, si ce processus de médicalisation laisse à penser qu'il provient d'une conquête professionnelle de la part des médecins, il dépend aussi pleinement d'une transformation culturelle et d'un contexte social, notamment par le passage d'une pratique d'origine religieuse à une pratique à justification médicale. Dès le XIX^{ème} siècle, les problèmes relèvent pour les usagers de moins en moins du malheur religieux mais sont dus à des mécanismes biologiques. Autrement dit, la juridiction de la médecine est « large et s'étend maintenant dans des domaines où régnaient autrefois la religion et le droit, la foi et la politique » (Freidson, 1984, p329). La médicalisation est un phénomène de société avec une dimension politique prégnante, puisqu'elle « suppose une normalisation » (Aich et Delanoë, 1998, p7), un statut de norme sociale en fonction de la frontière normal/pathologique et implique la légitimation de la reformulation de problèmes sociaux dans les termes de la médecine. Foucault (1963) parle même de « population que l'on veut régulariser » (p12).

Processus observable depuis le XVIII^{ème} siècle, la médicalisation perdure au XX^{ème} siècle. Outre l'extension du champ de compétence de la médecine et de tout ce qui s'y rattache, ce processus de médicalisation engendre une augmentation du personnel médical et paramédical : les professions médicales ont augmenté de 68% entre 1970 et 1983 ; quant aux professions paramédicales (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, audioprothésistes), « leur progression a été encore plus forte puisque leurs effectifs ont crû de 90% en douze ans » (Aich et Delanoë, p22). La division du travail à laquelle répond le terme « paramédical » est même relativement récente. Elle provient en majeure partie de la médicalisation (Draperi, 2010) et se présente uniquement dans les sociétés industrielles où s'établit la médecine moderne (Freidson, 1984). Si ce développement a eu lieu, c'est à la fois par une augmentation des problèmes qui rentrent dans le champ de la médecine - Aich parle de « pathologisation » (1998, p7) - mais aussi grâce à la demande forte des usagers, elle-même en expansion continue. En effet, on assiste en même temps à une baisse de la mortalité et à une augmentation de la morbidité. Cela est dû à une modification du seuil de perception des

troubles par les usagers, qui se déclarent plus souvent atteints par un trouble de l'ordre de la santé qu'avant. Le nombre de pathologies n'a pas augmenté, mais c'est le regard du sujet qui a changé. Il s'agit donc d'un double processus : la médicalisation peut être impulsée par les médecins eux-mêmes, autant qu'elle peut être le fait d'une demande : Aiach donne l'exemple du cancer, dont la prise en charge a été suscitée par un mouvement social de lutte, les cancers n'étant pas traités car autrefois considérés comme incurables.

En résumé, les principales transformations produites au XXème siècle

« concernent d'abord la pathologie, avec une profonde modification dans la distribution des maladies (...). Elles touchent également la perception des troubles de santé et le rapport au médical. Elles affectent aussi les professions de santé elles-mêmes dont certaines naissent ou se développent tandis que d'autres sont en recul. Elles se traduisent enfin par un mouvement d'augmentation de la consommation médicale et de médicalisation grandissante du corps social » (Aiach et Fassin, 1994, p22).

C'est dans ce contexte de médicalisation de la société que les pouvoirs publics interviennent et que la notion de santé publique s'instaure dès le début du XXème siècle. Cette volonté de prendre en charge les frais de santé des individus se concrétise en 1945 par la mise en place de la Sécurité Sociale pour tous (Faure, 1994).

La médicalisation des problèmes humains a été investie par l'orthophonie, par exemple par l'extension d'un problème d'ordre pédagogique (l'échec scolaire) à un problème d'ordre médical (défini en terme de « retard de » ou de « dys »). C'est ainsi qu'elle a ancré sa profession dans une logique médicale et biologique, dans le paradigme scientifique dominant depuis le début du XXème siècle.

3. La création de « nouvelles pathologies »

3.1. La définition de la maladie selon Freidson

Il paraît intéressant, dans le cadre de notre mémoire centré sur les pathologies, de savoir quelles sont celles considérées comme prégnantes à notre époque. Selon le point de vue sociologique, la maladie est une « catégorie de déviations, de déviances, par rapport à un ensemble de normes qui représentent la santé ou la normalité » (Freidson, 1984, p215). La déviance, ou le trouble, a ainsi une définition sociale - puisque la normalité elle-même a une définition qui varie selon l'idée qu'on s'en fait à un moment donné - et est entourée d'actes sociaux (tels que le diagnostic et le traitement) qui la conditionnent. Puisqu'elle suit des normes qui peuvent changer au cours du temps, elle n'est donc pas objective et dépend du contexte et des paradigmes. En effet, pour typer une maladie, Freidson propose

de prendre trois critères : la signification attribuée aux caractères physiques, l'étiologie donnée, l'époque et le point de vue de l'attribution d'une signification. Selon cet abord, les termes de pathologies et de maladies se joignent et notre questionnement sur les pathologies suit ce cadre.

La maladie est donc fonction de la norme d'une société à un moment donné. Les professions médicales et paramédicales agissent alors sur cette norme, qui, en se modifiant, peut créer de "nouvelles pathologies". Les professions construisent elles-mêmes les problèmes dont elles traitent, car « un domaine d'intervention n'existe que parce qu'il a été construit » (Champy, 2009, p25). Pour Freidson, la médecine décide alors en fonction des définitions de la norme de créer des maladies étiquetées en statuant de traits caractéristiques de celle-ci. C'est donc une démarche sociale qui diffère de la simple réalité biologique.

En considérant alors des traits comme un décalage à la norme, des professions, telle que l'orthophonie, peuvent accroître leur champ de compétence. L'échec scolaire est un témoin de ce processus : il a depuis une trentaine d'année été médicalisé puisqu'expliqué en terme de retard ou de trouble, et ainsi relève de soins paramédicaux, ici en orthophonie. Suzanne Borel-Maisonny, en 1989, en constatant le grand nombre d'enfants avec les traits caractéristiques de cette pathologie, parle même de la dyslexie comme « maladie du siècle » (p4). L'évolution de la norme participe à l'émergence de pathologies qui profitent ainsi à l'orthophonie.

3.2. Les multiples enjeux de la « pathologisation »

Si médicaliser, c'est établir qu'un problème relève de l'intervention d'un médecin, ceci fait apparaître un triple enjeu :

- L'enjeu du classement des réalités problématiques qui permet de tomber ou non dans la médecine plutôt que vers d'autres prétendants à l'intervention, ce qui pose la question de la légitimité de l'intervention ;
- L'enjeu du mode d'intervention le plus approprié : quelle spécialité intervient pour quel problème ;
- L'enjeu du pilotage des opérations et des alliances médecins/ non médecins (par exemple les alliances orthophonistes/enseignants).

Ces enjeux peuvent être interprétés à l'aune des luttes de juridictions entre segments professionnels. Les professions, au sein même de la médecine, luttent pour acquérir telle ou telle pathologie, comme a pu le faire l'orthophonie depuis son émergence. Une fois les maladies reconnues, à travers la lecture des symptômes, celles-ci interviennent dans des classifications selon les professions dans lesquelles elles s'établissent. Les classifications ne sont de ce fait pas naturelles mais arbitraires.

« Les maladies existent en tant qu'espèces nosologiques seulement dans le cadre d'un système interprétatif de la réalité pathologique (...). Les entités nosologiques sont des concepts aux contours arbitraires qui comme tels ne découlent pas immédiatement de notre expérience vécue et qui varient dans l'espace (diversités culturelles) et dans le temps (diversités historiques) » (Grmek, 1999, p334).

L'un des enjeux de notre mémoire consiste en la réalisation d'une catégorisation des pathologies traitées en orthophonie depuis 1963. Celle-ci n'est en rien évidente : elle dépend, d'une part, des paradigmes dominants de chaque époque, et d'autre part, d'un choix personnel d'une manière de faire, puisque celle-ci, dans le cas de l'orthophonie, peut être faite soit en fonction de l'origine de la pathologie (causes), soit en fonction des lésions qui la provoquent, soit en fonction de ses effets (symptômes).

D'une autre manière encore, une catégorisation peut être imaginée en utilisant les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui a proposé en 1980 la Classification Internationale des Handicaps, qui montre qu'une altération de la santé peut atteindre plusieurs plans à la fois: elle sépare les déficiences, les incapacités et les désavantages (Hanonet, 1998). Les déficiences sont un dysfonctionnement d'un organe ou d'un système. L'incapacité représente les conséquences de la déficience d'un organe ou d'un système sur le fonctionnement de l'individu en termes de limitation de fonctions ou de restriction d'activités, tandis que le désavantage (ou handicap) est l'écart entre l'incapacité de l'individu et les ressources personnelles, matérielles et sociales dont il dispose pour pallier ces incapacités, écart qui lui confère un désavantage social. Par exemple, la maladie de Charcot, ou Sclérose Latérale Amyotrophique, est définie par une lésion du tronc cérébral et des muscles pharyngés, qui constitue la déficience ; cette déficience entraîne comme incapacité une limitation fonctionnelle de la déglutition, entraînant elle-même un handicap pour s'alimenter.

La médicalisation est un thème prégnant tout au long de notre recherche portée sur l'histoire de la prise en charge des pathologies en orthophonie, tout autant que l'histoire de l'orthophonie elle-même, développée dans la partie suivante.

III. De l'émergence de l'orthophonie à l'orthophonie contemporaine

1. Emergence de l'orthophonie

Si l'essentiel du développement de l'orthophonie en France s'est réalisé à partir des années 1920, par Suzanne Borel-Maisonny, l'orthophonie s'est créée avant cette apparition officielle par étape.

Le terme même d'« orthophonie » est prononcé pour la première fois en 1829 par le Dr Colombat (Kremer, Lederlé, 2009). Celui-ci ouvre en effet à cette date l'Institut orthophonique de Paris, destiné au traitement du bégaiement. L'orthophonie, dont le terme signifie littéralement « phonation correcte », renvoie ainsi à l'acquisition d'une bonne prononciation. A cette époque, Colombat décrit l'orthophonie comme l'« étude des vices de la parole » qui constitue une nouvelle branche des sciences médicales (Héral, 2007) centrée sur un aspect du langage : la parole. La notion de "vices" s'inscrit bien dans les idées de Freidson (1984), puisque qu'en modifiant une norme, la parole a acquis un caractère médical, et peut donc être source de maladie qu'il faut traiter.

Même s'ils ne parlaient pas spécifiquement d'orthophonie, des personnalités qu'Héral, en 2007, appelle précurseurs ou pionniers dans la construction de l'histoire de l'orthophonie, se sont illustrées dans la quête de compréhension des problèmes de parole et de langage, notamment à partir du XVIIIème siècle. Dans ce paragraphe, ces termes de pionniers ou de précurseurs, construits à partir des inférences développées en orthophonie, seront gardés pour permettre une meilleure compréhension. Dans l'ouvrage « L'orthophonie avant l'orthophonie » de Héral (2007), ces " pionniers " français, médecins, Oto-Rhino-Laryngologues, théoriciens ou phonéticiens, bien avant Borel-Maisonny, sont présentés. Sans s'attarder sur chaque personnalité et leurs parcours respectifs, il est intéressant de noter que les troubles que ces pionniers étudiaient étaient le bégaiement, les troubles du langage oral, l'aphasie, le redressement des enfants arriérés, et surtout la surdité : la démutisation de ce que les professionnels appelaient les sourds-muets a bénéficié d'un intérêt particulier dans l'histoire de l'orthophonie.

André Castex (1851-1942), médecin ORL, crée en 1903 à Paris les premiers cours d'orthophonie de France, dont bénéficièrent les enfants sourds-muets. En effet, déçu par les techniques médicales d'électrisation pour muscler l'appareil phonatoire afin de soigner la raucité vocale de ces enfants, il obtient de meilleurs résultats au moyen d'exercices spéciaux mis en place pendant ces cours.

Dix-sept ans plus tard, Castex édite le premier traité d'orthophonie et définit le champ de compétences de l'orthophonie : les retards dans l'acquisition du langage articulé, les défauts d'articulation (blésités, dyslalies), l'aphasie, le bégaiement, les nasillements et becs-de-lièvre (fissures palatines), les voix infantiles, les accents étrangers et provinciaux et les mutismes. Les retards de langage apparaissent donc, et l'orthophonie passe de l'intérêt pour les "vices" de la parole à l'intérêt pour les "vices" de la parole et du langage.

En 1925, le Docteur Veau, chirurgien maxillo-facial, opère les enfants atteints de fentes palatines et de becs-de-lièvre. Incapable lui-même d'aller au-delà d'une seule réparation de ces fentes, il souhaite toutefois aider ces enfants à recouvrer une meilleure articulation (De Luca, Vilboux, 2007). Il fait ainsi appel aux compétences de Suzanne Borel-Maisonny (1900- 1995), phonéticienne et grammairienne de formation, pour rééduquer la phonation de ces enfants. Le champ d'intervention de cette pionnière, centré

sur la parole, va rapidement s'élargir, avec le Docteur Pichon et un réseau de femmes qui deviendront pionnières à ses côtés, à l'articulation en général et au bégaiement, puis au langage : dès les années 1930, et davantage ensuite, l'orthophonie s'oriente vers les aspects structuraux du langage parlé, les retards de langage ou les dysphasies, ainsi que les troubles du langage écrit (dyslexie et dysorthographe). L'orthophonie ne cessant d'accroître son périmètre de compétences, elle « a fini par embrasser la communication, le langage tout entier, qu'il soit oral ou écrit et quelle que soit son origine, fonctionnelle, organique, traumatique, ou due à des handicaps divers » (Kremer, Lederlé, 2009, p 9).

Le projet Kalliopé, ensemble de recherches menées en sociologie, dirigé par Laurence Tain et réalisé par un groupe de chercheurs, démographes, sociologues, historiens et étudiants en orthophonie par questionnaires envoyés aux orthophonistes (Le Feuvre, 2007), a permis d'examiner l'évolution dans le temps des modifications de pratique des orthophonistes, observant en parallèle l'élargissement des domaines d'intervention dans la nomenclature. Ces études montrent une évolution de la prise en charge des pathologies, et notent huit pathologies en net essor au cours des trente dernières années : il s'agit des troubles vélo-tubo-tympaniques, des dysphasies, des dyscalculies, des troubles de la voix, des troubles de la déglutition, des troubles liés au vieillissement, de la dysarthrie-dysphagie et de l'aphasie. En effet, la proportion d'orthophonistes déclarant intervenir dans ces pathologies a été largement en hausse entre 1970 et 2002. De surcroît, aucun orthophoniste ne déclarait prendre en charge en 1970 les troubles liés au vieillissement et les troubles vélo-tubo-tympaniques, ce qui implique qu'elles soient considérées comme « nouvelles » pathologies prises en charge en orthophonie.

Ce projet, au-delà du constat d'évolution des pathologies, a également étudié les inférences influençant l'orthophonie depuis ses débuts, montrant que l'orthophonie a été, au départ, très influencée par la psychanalyse mais qu'elle a de plus en plus tenu compte des tendances cognitives, qui sont devenues aujourd'hui la tendance dominante de cette profession.

2. L'ancrage de l'orthophonie dans des disciplines connexes

L'orthophonie s'est créée au carrefour de plusieurs disciplines. Le débat concernant le rattachement de l'orthophonie à l'une ou l'autre discipline « mère » est encore actuel (Rondal, 2007). Si l'orthophonie s'est construite comme une branche médicale, par un travail en complémentarité avec le médecin concernant les fentes labio-palatines, le champ de la discipline et ses références théoriques sont beaucoup plus larges. Dans les années 1930, outre le domaine médical, elle est surtout influencée par les domaines psychanalytique et pédagogique (De Luca et Vilboux, 2007). L'orthophoniste a en effet des rapports proches avec ces milieux : l'orthophonie présente des analogies avec la psychothérapie. La pédagogie est aussi bien présente en orthophonie puisque celle-ci intervient dans les cas d'échecs scolaires, en lien avec l'augmentation massive des

exigences scolaires (Philippe, 2007). En sus, certaines prises en charge, notamment de la surdité, s'appelle bien « éducation » et non « rééducation ».

L'orthophonie n'est en soit pas une science, c'est une profession paramédicale, c'est-à-dire qui tombe sous le contrôle du médecin (Freidson, 1984), et puise sa théorie dans des champs connexes : « Cette pluridisciplinarité la place de facto face à des inférences plurielles (médecine, neurosciences, psychologie, linguistique...) » (Perdrix, 2007, p152). L'orthophonie étant une profession qui traite du langage, elle est effectivement connectée à de multiples courants puisque le langage lui-même concerne des disciplines variées. A la croisée de sciences diverses, elle en tire les connaissances théoriques nécessaires au renouvellement et à l'amélioration de sa pratique. D'abord très liée aux sciences humaines (linguistique, psychologie, phonétique, etc.), elle est progressivement influencée par les sciences cognitives (neurosciences, neuropsychologie, psychologie cognitive dont la psycholinguistique, neurolinguistique, etc.). Ceux-ci ont ainsi apporté de nouveaux modèles de fonctionnement du langage. (Rondal, 2007).

3. Parcours historique : légitimité et segments

A la suite des initiatives de Suzanne Borel-Maisonny, les premières attestations d'études d'orthophonie sont délivrées en 1955 et délimitent de ce fait le domaine de l'orthophonie et le travail à accomplir. Même si les traitements du langage sont déjà pris en charge par la sécurité sociale dès 1947 - ce qui apporte la première légitimité au travail des orthophonistes - il faut attendre la loi du 10 juillet 1964 pour créer officiellement la profession d'orthophoniste en France, par l'instauration du Certificat de Capacité d'Orthophoniste (CCO). Le premier décret de compétences, édité en 1983, définit officiellement les pathologies prises en charges en orthophonie. Depuis celui-ci, deux nouveaux décrets ont vu le jour (1992 et 2002), leurs modifications survenant généralement suite à l'évolution des pratiques des professionnels, lors d'élargissements officieux des champs d'intervention.

Simultanément à l'apparition des attestations d'étude d'orthophonie, la profession crée une association dont le rôle a d'ailleurs été primordial pour obtenir son statut légal : l'Association des Rééducateurs de la Parole et du Langage Oral et Ecrit (ARPLOE puis ARPLOEV en rajoutant le traitement de la Voix). Celle-ci, qui regroupe des orthophonistes mais également des médecins, des psychologues et des professeurs, se dote d'une revue : *Rééducation Orthophonique*.

En 1959, Borel-Maisonny crée le Syndicat National des Rééducateurs en Orthophonie (SNRO) qui devient, dès 1968, la Fédération nationale des orthophonistes (FNO). En 1980, la FNO crée un mensuel *L'Orthophoniste*. En 1982, la FNO fonde aussi l'UNADRIO (Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Information en Orthophonie) qui devient UNADREO (pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie) en 2000. L'UNADREO édite depuis 1986

une revue scientifique destinée aux cliniciens et aux chercheurs : *Glossa*. En décembre 1994, la Fédération Nationale des Orthophonistes se voit confier par l'ARPLOEV la publication de la revue *Rééducation orthophonique*.

Parallèlement, en 1958, Claude Chassagny (1927-1986), dans un esprit psychanalytique, fonde l'école de formation des rééducateurs de la dyslexie, et ces rééducateurs sont intégrés, à partir de 1971, à la pratique légale de l'orthophonie uniquement concernant les troubles du langage écrit (Kremer et Lederlé, 2009). Sous l'influence de Chassagny naît en 1975 la Fédération des Orthophonistes de France (FOF), par l'union de deux syndicats, la Fédération Nationale Unifiée des Orthophonistes (FNUO) et le Syndicat National des Rééducateurs de Dyslexie (SNRD). Tandis que la FNO prône essentiellement la technicité de la profession par l'élaboration de méthodes précises de rééducation du langage, la FOF critique les références théoriques exclusives au neuro-cognitivism, lesquelles nient l'apport des sciences humaines. Autrement dit, deux courants s'affrontent : l'un basé sur les sciences cognitives, et l'autre, minoritaire, basé sur les sciences humaines et revendiquant une approche centrée sur la relation thérapeutique. Le lien peut alors s'établir avec les idées de Laplantine (1992) qui sépare le modèle ontologique, centré sur la maladie, et le modèle relationnel ou fonctionnel, centré sur l'homme malade. La FOF ne propose quant à elle aucune revue mais des bulletins trimestriels, non trouvables dans les bibliothèques et non accessibles gratuitement. Nous n'avons donc pas pu prendre en considération l'ensemble des discours syndicaux de la profession, qu'il aurait été intéressant de comparer. Ainsi, notre mémoire se centrera sur un seul syndicat, celui, dominant, de la FNO, par l'étude des trois revues qu'elle édite : *Glossa*, *Rééducation Orthophonique* et *L'orthophoniste*, qui ont chacune des rôles distincts.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

L'orthophonie a émergé dans les années trente, suite à l'investissement de celle qu'Héral (2007) décrit comme pionnière de cette profession, Suzanne Borel-Maisonny. L'orthophonie concernait à ses débuts la rééducation – ou éducation - de la phonation correcte. Mais cette profession a évolué, son rôle ne se limite plus à sa définition littérale, le « parler droit », son champ d'action s'est largement étendu et elle recouvre aujourd'hui bien plus que cette signification initiale.

Notre expérience en tant qu'étudiantes nous a fait nous rendre compte de cette évolution des pathologies grâce à ce que nous connaissions des nomenclatures et décrets, qui ont intégré progressivement de nouvelles pathologies. Le dernier décret qui nous est présenté tout au long de notre formation date de 2002, et est bien différent du premier décret de compétences de 1983. Ces modifications, trop peu expliquées dans notre formation, nous ont posé questions, d'abord sur l'explication de l'apparition de ces syndromes dans la prise en charge orthophonique, et ensuite sur le problème que cette extension de territoire pourrait avoir sur les frontières entre les différentes professions connexes à l'orthophonie. Ces questions correspondent à nos pistes de recherche.

Il nous a alors semblé intéressant d'aborder ces questions en analysant les revues orthophoniques, puisque celles-ci portent un discours officiel avec un objectif de portée générale, et dans lesquelles nous pensions ainsi trouver des réponses concernant le processus d'extension des pathologies, expliqué par des orthophonistes ou par d'autres professionnels.

Nous nous posons ainsi le questionnement suivant :

Comment l'orthophonie s'est étendue et a incorporé des nouvelles pathologies à son champ de pratique ?

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTALE

I. S'approprier une démarche : la posture socio-historique

1. Délimitation du sujet de recherche

Notre premier travail fut d'établir et de cerner notre objet de recherche.

« L'enquête sociologique au sens large, peut être définie à partir de l'ensemble épistémologique complet qui comprend la posture scientifique du sociologue, la construction de l'objet, les modes d'objectivation, la méthodologie d'enquête, les instruments d'analyse des résultats et les formes d'écriture. Il existe en réalité plusieurs façons de mener une enquête sociologique selon le domaine d'étude choisi, la problématique envisagée, les techniques déployées tant au niveau de la collecte des données empiriques que de l'interprétation des résultats. »
(Paugam, 2010, p2)

Nous nous devons de bien définir l'objet de notre recherche afin de limiter le champ de notre observation. « Toute recherche sociologique débute par la construction d'un objet, à partir d'un sujet spécifique » (Dietrich, 2010, p 207). Il fallait que le champ d'analyse soit clairement circonscrit. Nous avons envisagé, au tout début de notre recherche, d'étudier dans son ensemble l'évolution du métier d'orthophoniste depuis ses débuts, en nous intéressant aux pathologies, aux techniques d'évaluation et aux pratiques de rééducation. Cependant, il a été nécessaire de recentrer notre sujet. C'est ainsi que nous avons choisi de nous concentrer sur la construction du métier d'orthophoniste et plus précisément sur la manière dont l'orthophonie a pu élargir son champ de compétences à travers le temps. Il n'y a en effet « pas une façon unique de traiter un problème. Poser des questions spécifiques conduit à clarifier ses centres d'intérêt, à préciser de quelle façon on choisit d'aborder la question et donc à réduire le champ d'étude. » (Berthier, 2010, p 46) Nous nous sommes dès lors consacrées à l'étude des pathologies qui sont du ressort de l'orthophonie, tout en voulant analyser la façon dont la profession a gagné en légitimité et a su concurrencer les professions adjacentes. Cet objectif de recherche nous a également conduit à traiter de manière plus globale des techniques rééducatives. Nous avons en effet observé que la rééducation est un bon témoin de la vision qu'ont les orthophonistes des pathologies.

Une fois notre champ d'étude délimité, nous avons déterminé notre façon de procéder, dans l'optique de répondre à notre problématique. Nous avons dès lors privilégié le dépouillement d'archives écrites par l'enquête documentaire comme type d'approche, que nous détaillerons dans la partie suivante. De plus, il a été nécessaire de définir les limites chronologiques de notre étude. Celles-ci se sont faites naturellement en partant du premier numéro de la première revue orthophonique : *Rééducation*

Orthophonique, qui a vu le jour en 1963. Ainsi, notre étude s'effectue sur une période de 48 ans.

La combinaison de la sociologie et de l'histoire nous a paru adéquate pour traiter notre question de départ. En effet, nous voulions porter un regard sociologique sur la profession d'orthophoniste, tout en combinant une analyse historique, en raison de notre intérêt pour des articles auxquels nous avons attribué le rôle de témoin de l'évolution du champ de compétences de la profession sur une période temporellement définie. Notre étude se veut donc longitudinale.

La construction de notre objet d'étude nous a demandé de nous documenter et de chercher des informations sur la méthode socio-historique, sur ses conceptions et ses théories. Nous ne possédions pas de bagage universitaire particulier ni en histoire, ni en sociologie. Nous avons donc dû nous familiariser avec cette approche, afin de tenter de nous l'approprier et de pouvoir définir plus précisément et avec les termes adéquats notre objet d'étude. En tant qu'étudiantes en quatrième année d'orthophonie, nous avons eu le temps, au cours de nos années d'études de nous créer notre propre représentation du métier d'orthophoniste. Ce travail de recherche nous a demandé de passer outre nos conceptions personnelles de la profession d'orthophoniste. En effet, « la construction d'un objet d'étude passe par la déconstruction, au moins partielle, des prénotions ou des préjugés qui constituent des obstacles épistémologiques » (Paugam, 2010, p7).

2. Eviter les interprétations dues à notre formation

Nous avons dû nous efforcer de rester le plus neutre possible face à notre sujet, en tentant de ne pas imprégner ce dernier de nos conceptions propres du métier d'orthophoniste. Delas et Milly (2005) soulignent cependant que la neutralité du sociologue n'est jamais garantie, car en tant que membre de la société humaine, il est à la fois sujet et objet de son étude. Nous avons donc été obligées de prendre du recul pour analyser nos données. Nous ne devons pas faire appel à nos propres repères pour juger ceux des autres lors de notre analyse. Au contraire, comme le précise Paugam (2010), cette dernière devait se réaliser à partir de critères portant davantage sur l'organisation interne du discours que sur son contenu explicite. En outre, Thuillier et Tulard (1986) ajoutent que « tout travail nécessite de faire l'abstraction de soi-même et que [...] le premier devoir de l'historien est de se mettre au travail sans préjugés, sans colère, sans idée, ni passion préconçues » (p 9). S'affranchir de nos prénotions est donc une étape importante en vue de porter un regard neuf sur la réalité, ici la profession d'orthophoniste, en l'interrogeant autrement. Une fois notre objet de recherche délimité et nos objectifs et contraintes fixés, il nous a fallu déterminer la technique que nous voulions employer pour vérifier nos hypothèses.

« Prendre des distances vis-à-vis de sa démarche personnelle de chercheur, déconstruire les notions du sens commun [...], élaborer des

concepts et les mettre à l'épreuve de l'évaluation empirique, en bref, s'engager à la fois dans un processus d'objectivation et de questionnement critique, tels sont les aspects les plus ordinaires du métier de sociologue. » (Paugam, 2010, p 8)

Paugam indique toutefois « qu'entretenir un rapport personnel à son objet renforce la difficulté d'objectivation. » (2010, p 14). Malgré nos efforts de distanciation par rapport à notre sujet, une analyse de documents donne infailliblement lieu à une appréciation intuitive, laquelle peut ne pas être partagée par tous. Nous avons distingué, au cours de nos analyses, ce qui nous paraissait important et secondaire, selon notre jugement propre, qui reste influencé par notre subjectivité.

Après avoir précisé notre objet d'étude, il a été nécessaire de déterminer la méthode nous semblant la plus adéquate pour répondre au questionnement de notre problématique.

II. L'enquête documentaire

L'enquête documentaire nous a paru être la technique la plus adéquate pour traiter notre sujet. Les documents apportent en effet un aperçu des traces que peuvent avoir laissés les phénomènes. Notre enquête documentaire se veut rétrospective, notre finalité étant de recueillir des informations sur la manière dont l'orthophonie a étendu son champ de compétences, en analysant des articles issus des revues professionnelles sur une période donnée. Un travail d'analyse a été nécessaire pour extraire les informations des documents choisis. Nous décrivons les revues que nous avons choisies d'étudier - *Rééducation Orthophonique*, *Glossa* et *L'Orthophoniste* - dans la partie suivante.

Nous avons donc dû, en travail initial, établir un protocole de recueil et de traitement des données, afin de filtrer les informations pertinentes. Nous avons opté pour un double éclairage de notre objet d'étude en menant, en première intention, une analyse quantitative qui nous a permis d'orienter nos pistes de réflexion. Nous les avons ensuite complétées par une analyse qualitative plus détaillée.

1. L'analyse quantitative

L'objectif de cette forme d'analyse est de dénombrer différents éléments constituant un document. Nous avons donc dans un premier temps, parcouru les articles des trois revues choisies afin de relever les titres de ceux qui mentionnaient des pathologies, ainsi que la profession des auteurs qui s'étaient penchés sur le sujet des pathologies traitées. Grâce à cette première partie de notre travail, nous avons pu éliminer les articles qui ne traitaient pas des pathologies prises en charge en orthophonie et qui n'étaient donc pas pertinents pour notre recherche.

Grâce à ces données récoltées, nous avons créé des tableaux (annexe II et III) en comptabilisant le nombre de fois qu'une pathologie revient, par année. Nous avons procédé exactement de la même manière pour la profession des auteurs. Grâce à ces données brutes, nous avons eu la possibilité d'analyser la fréquence d'apparition des différentes pathologies dans les articles ainsi que celle des professions des auteurs. De là, nous avons fait le choix arbitraire de regrouper nos données sur des périodes de cinq ans, ce qui rend la représentation des tableaux plus claire. Ces résultats nous ont permis d'affiner nos réflexions que nous avons par la suite complétées grâce à une analyse qualitative s'intéressant au contenu des articles.

2. L'analyse qualitative

Cette méthode représente la démarche classique en sciences sociales et Dietrich nous rappelle « qu'elle est mobilisée tout au long de la réflexion et de l'analyse » (dans Paugam, 2010, p 213). Notre objectif est notamment d'étudier comment les différentes pathologies sont abordées, nommées et expliquées au cours du temps à travers la presse orthophonique. Il nous a donc fallu établir une grille d'analyse afin de pouvoir définir les éléments pertinents pour notre recherche (annexe V). Nous avons commencé par lire quelques articles traitant des pathologies. Grâce à cette première lecture, nous avons pu construire progressivement notre grille d'analyse. Celle-ci a donc été inspirée par la « méthode des tas », une procédure inductive. Ce type d'approche permet l'élaboration du cadre de recherche de manière graduelle, à mesure que l'analyse des documents progresse. Nous avons ainsi, en suivant cette méthode, regroupé les éléments par thématique : les pathologies, leur définition, leur prise en charge. Au cours de nos lectures, la grille d'analyse a pu être précisée et nous a permis de hiérarchiser nos observations.

Nous nous sommes également attachées à l'analyse des termes employés dans les articles. Une analyse lexicale nous permet en effet de pouvoir situer les pathologies dans des cadres, tels que le courant de pensée ou la rhétorique professionnelle de tel ou tel groupe professionnel.

« Le choix des termes utilisés par le locuteur [ou l'auteur], leur fréquence et leur mode d'agencement, la construction du "discours" et son développement constituent des sources d'information à partir desquelles le chercheur tente de construire une connaissance » (Quivy, p 201).

Après avoir décidé de nous orienter vers une enquête documentaire, nous avons précisé notre sujet en choisissant de nous consacrer à l'analyse de la presse professionnelle orthophonique.

III. Le choix des sources

Nous nous sommes orientées vers l'utilisation des archives de documents écrits et avons opté plus particulièrement pour l'analyse d'articles de revues orthophoniques. La presse constitue effectivement un ensemble de documents d'une grande richesse, à travers lesquels se reflète notamment l'ensemble de la vie sociale et politique. Elle nous fournit des informations sur l'étude des groupes professionnels, et nous donne des pistes pour comprendre comment une profession s'est développée dans le temps. De plus, la presse nous donne des indications sur le type de discours employé par les professionnels à une époque donnée.

De par la fréquence de leur parution, les revues sont très intéressantes pour saisir la progression historique d'un fait. C'est pourquoi nous les avons choisies aux dépens des entretiens. Vilboux et De Luca pensent en effet que « pour qui s'intéresse à l'histoire de l'orthophonie en France, les revues professionnelles forment un matériau de premier ordre pour saisir les moments forts de la structuration de la profession » (2007, p 81). La lecture de documents est de surcroît la première base du travail historique. En outre, « le développement croissant des recherches menées dans le domaine de la sociologie historique ou de la socio-histoire repose bien sur un usage de plus en plus fréquent du matériau archivistique » (Israel dans Paugam, 2010, p 168).

Abbott (1988) développe le fait que l'annexion d'une juridiction repose sur un savoir théorique et pratique. Ainsi, la presse professionnelle orthophonique nous a paru être un témoin adéquat des tentatives d'élargissement des juridictions et donc du champ de compétences de cette profession.

Nous avons donc centré notre analyse sur l'ensemble des articles de trois revues, *Rééducation Orthophonique*, *Glossa* et *L'Orthophoniste*. Nous avons choisi de ne pas traiter de la quatrième revue orthophonique existante, *Ortho mag*, laquelle, étant éditée à partir de 1995, nous a paru trop récente. Nous avons également restreint volontairement notre panel de revues en raison de la contrainte temporelle.

Nous avons pu avoir accès à l'intégralité de ces revues qui sont disponibles à différents endroits :

- Bibliothèque Universitaire de Lyon 1
- Secrétariat de l'école d'orthophonie de Lyon 1
- Bibliothèque Denis Diderot de Lyon
- Bibliothèque Nationale Française de Paris
- Bibliothèque du Centre de Rééducation de l'Ouïe et de la Parole, Lyon
- Internet : les numéros de *Glossa* ont tous été numérisés et sont donc en libre accès sur le site internet du magazine : <http://www.glossa.fr/>

Une des clés d'analyse de notre mémoire réside dans le fait que les trois revues étudiées ne présentent pas les mêmes positionnements. Nous avons en effet d'emblée pu remarquer qu'elles ne partageaient pas toutes le même type de discours. Nous nous sommes servis de cette constatation lors de nos lectures et nous n'avons ainsi pas eu le même regard sur les articles, selon leur revue d'origine. Cependant, cette clé d'analyse ne nous a pas offert assez d'éléments pour étudier de manière précise et pertinente le rôle différencié des revues. Nous avons donc fait le choix de ne pas intégrer nos quelques données sur le sujet dans nos résultats. Cependant, les différents rôles des revues par rapport au développement de l'orthophonie mériteraient d'être analysés plus en détails et constitue l'une des ouvertures à ce mémoire. Nous avons donc choisi d'exposer les caractéristiques des revues dans cette partie, selon des références théoriques ainsi que selon les éditoriaux des revues. Il s'agit donc d'un intermédiaire entre une simple présentation des revues et de données qui proviennent directement de nos analyses.

1. Rééducation orthophonique

La revue *Rééducation Orthophonique*, plus ancienne que les deux autres revues choisies, a été un des témoins de la transformation de cette profession sans cesse en mouvement. Elle est, comme le mentionne Héral « la première revue scientifique française consacrée à l'orthophonie. » (Numéro 198, 1999, p 142)

Rééducation orthophonique est, par le choix des sujets traités, plutôt orientée vers l'aspect clinique et les pratiques de la profession. Borel, fondatrice de la revue, précise que pour elle, *Rééducation Orthophonique* est le « point de rencontre des orthophonistes avec tous ceux qui s'occupent aussi de cette rééducation : médecins, psychologues, conseillers, d'orientation scolaires, instituteurs, assistantes sociales, directeurs d'institutions médico-pédagogiques ou parents » (*Rééducation orthophonique* 1, 1963, p 2). De même, dans le numéro 82, l'auteur insiste sur le fait que l'orthophonie se situe au carrefour de nombreuses professions : « Les patients nous sont envoyés par des sources diverses : psychiatres, ORL, linguistes, chirurgiens, stomatologues, audioprothésistes, enseignants, pédagogues spécialisés. Il serait impensable que toutes ces disciplines n'exercent pas les unes les autres des influences réciproques. Notre revue en est le reflet. » (Auteur inconnu, 1975, p 236) *Rééducation Orthophonique* n'est donc pas une revue destinée à la seule lecture des orthophonistes mais se veut être un lieu d'échange entre toutes ces différentes professions qui sont amenées à se côtoyer et à travailler ensemble.

L'objectif de la revue est de plus, de fournir « une documentation complète sur le triple plan médical, psychologique et pédagogique ». (Borel, *Rééducation Orthophonique* 1, 1963, p 3), trois courants qui baignent l'orthophonie de leurs inférences. Borel insiste également dans le tout premier numéro sur le rôle fondamental d'un tel support comme vecteur d'identification, de référence et donc de développement de cette nouvelle discipline, l'orthophonie (1963, p 2). Roustit constate que « l'orthophonie s'est développée, enrichie, diversifiée » et que *Rééducation Orthophonique* en est donc « la

mémoire et le porte parole » (*Rééducation Orthophonique* 180, 1994, p3). Il précise aussi qu'il est fondamental que la profession soit organisée et qu'elle garde la maîtrise de son propre développement. Pour cela, les supports d'informations, telle que *Rééducation Orthophonique* qui véhiculent la réflexion, la formation, l'information, les orientations scientifiques et professionnelles, sont un des premiers instruments de cette maîtrise. Dans ce sens, l'objectif défendu par la revue est de « faire le point sur les connaissances acquises et sur les perspectives dans les domaines des nouvelles technologies, d'imagerie médicale, des données sémiologiques, des modèles théoriques, des techniques d'évaluation et d'intervention utilisées. » (Héral, *Rééducation Orthophonique* 198, 1999, p 302). Cette revue détient donc le rôle global de détenteur et de diffuseur du savoir, des connaissances de la profession.

2. Glossa

La revue *Glossa* est entièrement tournée vers la recherche. Elle se définit comme la revue scientifique qui permet d'enrichir les actions de recherche. Cela paraît logique, puisque celle-ci est éditée par l'UNADRIO ou Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Information en Orthophonie. Créée en 1982 à l'initiative de la Fédération Nationale des Orthophonistes, cette union regroupe une vingtaine d'association et de syndicats en 1986 et se donne le but de susciter et de favoriser la recherche pratique et théorique dans le domaine des sciences de la communication ; de participer à la promotion de l'information sur le langage et la communication ; de développer la prévention ; d'organiser des séminaires et des stages de formation pour les responsables chargés de la formation permanente. (Ferrand, Editorial, *Glossa* 1, 1986). Ainsi, « *Glossa* sera le vecteur privilégié de l'information et de la recherche scientifique en orthophonie francophone » (p2). Pour Héral, la recherche est indispensable puisque « une profession qui ne se renouvelle pas scientifiquement est appelée à disparaître peu à peu » (*Glossa* 5, 1987, p 2). Ainsi, nous comprenons que la volonté des éditeurs et auteurs de *Glossa* est, par les études et les recherches, de faire en sorte que l'orthophonie se fasse une place dans le monde des professions et la garde. La revue présente alors à la fois des articles présentant la théorie et sa mise à jour, des articles présentant des travaux de recherche et leurs résultats, d'autres encore présentant des techniques d'intervention et leurs résultats ou encore des articles relatant une expérience personnelle. Et puisque « la recherche et la pratique clinique se voient continuellement : elles s'enrichissent mutuellement des expériences de l'autre » (Ladouceur, *Glossa* 54, 1996, p 2), *Glossa*, comme *Rééducation Orthophonique*, prône les inférences qu'elle suit, et notamment la neuropsychologie et la psychologie cognitive. La revue suit ainsi les évolutions de ces disciplines. En effet, pour Dessailly, « l'orthophonie a accumulé un capital d'expériences multiformes puisées dans le vécu de la clinique quotidienne. La familiarisation de la profession avec les dysfonctionnements de la communication humaine la désigne donc comme terrain privilégié d'expérimentation, d'application des cadres conceptuels, des méthodes de la psychologie cognitive. » (*Glossa* 19, 1990, p 2).

La revue se veut l'illustratrice des avancées des disciplines dans lesquelles l'orthophonie puise ses connaissances théoriques. En effet, Pierre Dessailly mentionne « l'intérêt d'un dialogue ouvert et permanent entre disciplines centrées, chacune avec sa spécificité, sur la mise à jour des ressorts profonds des actes de communication humaines. « Et puisque cette recherche devient l'affaire de tous, cette revue est la revue de tous » (Ferrand, *Glossa* 1, 1986, p2). Elle intègre des « auteurs de différentes professions.» (*Glossa* 19, 1990, p 2). Pour cela, *Glossa* constitue un lieu d'échange idéal et permet au plus grand nombre de cliniciens et de chercheurs de venir débattre. Deppooter considère d'ailleurs *Glossa* comme étant une « référence scientifique dans le monde de l'orthophonie » (*Glossa* 14, 1989, p 2). A l'inverse de *Rééducation Orthophonique*, *Glossa* vise tous les cliniciens mais pas les parents, associations, etc. Pour Héral, la revue a pour objectif de « cerner la réalité du travail quotidien de l'orthophoniste » ainsi que de « refléter la diversité de la pratique orthophonique. » (*Glossa* 12, 1989, p 2). Les lecteurs de *Glossa* sont donc des professionnels, ce qui explique pourquoi les abords théoriques sont souvent minimes, les termes professionnels non expliqués, laissant plus de place aux études nouvelles qui pourraient faire avancer les professionnels dans leur pratique.

Ces données peuvent expliquer la part importante d'auteurs psychologues cognitivistes, neuropsychologues, psychologues expérimentaux, etc. que nous avons pu observer au cours des lectures des articles de *Glossa*. Les expérimentations sont très fréquentes et respectent un cadre de psychologie expérimentale. Celles-ci apportent de nouvelles informations concernant les pathologies prises en charge en orthophonie. Ainsi, à la fin de la plupart des articles qui cherchent à prouver l'intérêt d'une prise en charge orthophonique et son efficacité, nous observons des phrases telles que « nous croyons que l'orthophoniste, par sa connaissance de l'anatomie et de la physiologie des régions orales et laryngées, peut et doit intervenir dans les dysphagies hautes d'origine neurologique » (Cot, *Glossa* 7, 1987, p 22), « pour toutes ces raisons, nous pensons que le rôle d'une orthophoniste est primordial » en parlant des traumatisés crâniens (Giroire, *Glossa* 7, 1987, p 10), « il conviendrait de reproduire et de développer ce type de travail » (le travail avec les personnes atteintes d'autisme dans ce cadre, Rondal, Cession, *Glossa* 22, 1990, p9) ou encore « le devoir de l'orthophoniste nous semble être au moins d'aider ces patients à s'adapter à leur nouvel état » en traitant de la maladie d'Alzheimer lorsque celle-ci n'était encore pas réellement prise en charge (Teil, Marina, *Glossa* 28, 1992, p 46). Pour étendre le champ de l'orthophonie, tant sur le plan des pathologies que des méthodes de prises en charge, *Glossa* se sert de recherches dont les résultats sont toujours en faveur de son efficacité. Les jugements personnels des auteurs, tels que « nous pensons », « nous croyons » sont très investis dans cette revue.

3. L'Orthophoniste

L'Orthophoniste, contrairement aux deux autres revues, est considéré comme un outil d'information syndicale et scientifique. Même s'il est considéré comme un lieu d'expression de tous les professionnels, la différence à ce niveau est énorme : les auteurs sont presque essentiellement des orthophonistes, les articles traitant des pathologies sont

peu nombreux, surtout au départ (sur les 45 premiers numéros, nous notons seulement trois articles traitant de pathologies) pour laisser plus d'importance à l'actualité, à la législation et aux aspects pratiques de la profession.

L'Orthophoniste se révèle être, au fil des numéros, le porte-parole de la mission de dépistage et de prévention qui fait partie du décret depuis 1992, même si la réelle autonomie concernant ces actes n'apparaît que dans le décret de 2002. En effet, cette revue traite de la prévention depuis 1982, soit deux ans après son premier numéro, alors que ses homologues *Glossa* et *Rééducation Orthophonique* en parlent depuis respectivement 1993 et 2000. La mission la plus évoquée est la lutte contre l'illettrisme, considéré à plusieurs reprises comme un véritable fléau social. Enfin, *L'Orthophoniste* laisse énormément de place depuis 1990 aux associations, qui évoquent essentiellement la réinsertion professionnelle et le bien-être psychologique.

Différente des deux autres revues, qui, elles, se ressemblent plus, *L'Orthophoniste*, malgré le faible nombre d'articles traitant des pathologies, nous a vivement intéressées en nous donnant un autre regard, celui de mouvements permanents de reculs et d'avancées de l'orthophonie. Elle a été une pièce centrale de notre réflexion et des comparaisons possibles avec l'histoire législative. Il nous a également semblé que le ressenti des auteurs était bien plus présent, laissant apparaître colère, revendication ou joie, comme un entretien pourrait les faire apparaître.

Chapitre IV
PRESENTATION ET DISCUSSION DES
RESULTATS

I. Elargissement des pathologies et évolution de l'organique vers le fonctionnel

Dans le cadre de notre mémoire, dans lequel nous souhaitons étudier comment de nouvelles pathologies sont entrées dans le champ de l'orthophonie, une première étape a été de constater l'apparition des pathologies dans les sujets des articles et leur fréquence au cours du temps. Dans cette première partie seront donc explicitées les données quantitatives et qualitatives montrant l'explosion du nombre de pathologies prises en charge en orthophonie, que nous avons pu relever à partir de l'analyse de trois revues. Cependant, il est nécessaire de mentionner que les thèmes des articles sont soumis aux éventuels choix éditoriaux. En effet les rédacteurs en chef successifs orientent une ligne éditoriale qui guide notamment les choix des sujets. Nous essaierons de comprendre ces stratégies éditoriales mais, n'ayant pas pris contact avec les rédacteurs en chef des différentes revues, nous ne pouvons donner de supports d'entretien dans lesquels apparaîtrait cette volonté d'accroître le champ de l'orthophonie par les revues professionnelles. Ces orientations ont toutefois déjà été traitées dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie par Marie Sautier (2011) pour la revue *Glossa*, auquel il est possible de se référer pour compléter les analyses de notre mémoire.

1. Un fait : une explosion du nombre de pathologies prises en charge

Aux prémices de la profession, la rééducation orthophonique a débuté par la prise en charge des troubles organiques telles que les surdités et les fentes palatines (Heral, 2007 et annexe II.1). Entre 1963 et 1990 dans *Rééducation Orthophonique*, la surdité et les fentes palatines représentent plus de 30% des sujets traités dans cette revue. La surdité est une thématique majeure et le reste tout au long des années dans les trois revues, en intégrant progressivement des articles traitant de l'implantation cochléaire. A l'inverse, le sujet des fentes palatines se retrouve de moins en moins dans les revues au fil des années : nous comptabilisons un seul article traitant des fentes palatines dans *Glossa*, et dans *L'orthophoniste*, plus aucun article ne traite de ce sujet à partir des années 2000 (Cf Annexe II). Le domaine des fentes palatines est en effet un domaine stable, dont les théories ne se sont pas modifiées depuis celles de Borel-Maisonny, encore actuelles.

Au fil des années, le champ d'intervention de l'orthophonie s'est nettement développé. L'analyse des articles de trois revues : *Rééducation Orthophonique*, *Glossa* et *L'Orthophoniste* confirme ce fait. Notre analyse commence à partir de l'année 1963, date de création de *Rééducation Orthophonique*. Sur la période 1963-1970, si la plupart des articles concernent la surdité, la dyslexie ainsi que les fentes palatines, les pathologies abordées dans les revues se diversifient progressivement (cf annexe II). Les auteurs eux-mêmes expriment cette extension dans les articles, comme Kremer, orthophoniste, qui explique que « le domaine de compétence de l'orthophonie est immense, et l'orthophonie est encore promise à un grand avenir. » (*L'Orthophoniste* 167, 1997, p 3). Peu à peu, une

diversification du sujet des articles s'opère, diversification qui se matérialise en lien avec le champ de compétences de l'orthophonie qui ne cesse de s'élargir, notamment grâce aux évolutions des neurosciences et des sciences cognitives. Ainsi, décrite dans *Glossa*,

« la rééducation orthophonique a longtemps rimé avec rééducation du langage. Mais, au fur et à mesure du développement d'une rééducation neuropsychologique en orthophonie, et de l'essor toujours croissant des neurosciences, thérapeutes et chercheurs concernés par les "sciences cognitives" ont concentré leurs travaux sur l'ensemble des fonctions dites supérieures. A ce titre, parallèlement aux recherches sur les fonctions linguistiques, mnésiques et intellectuelles, des travaux portant sur les différentes modalités sensorielles se sont développés » (Chokron, *Glossa* 51, 1996, p 5).

Dès les années 1960 pour *Rééducation Orthophonique*, à partir de 1980 pour *Glossa*, les auteurs s'expriment beaucoup sur l'aphasie. Ainsi, Lechevalier, précise dans un article de *Rééducation Orthophonique* que l'aphasiologie est une discipline avant tout thérapeutique. Même si un traitement peut être érigé contre sa cause, telle qu'une chirurgie, l'auteur mentionne le fait qu'une rééducation orthophonique est nécessaire (*Rééducation Orthophonique* 198, 1999). De même, à partir des années 1990, un nombre conséquent d'articles consacrés aux pathologies neuro-dégénératives est relevé dans les trois revues. En effet, comme le mentionne Brihaye, « le domaine de l'orthophonie s'ouvre de plus en plus, et notamment aux pathologies dégénératives » (*Rééducation Orthophonique* 195, 1998, p103), ou encore le même auteur qui s'exprime dans *Glossa*, évoquant qu'« aujourd'hui, de plus en plus d'orthophonistes en libéral sont confrontés à de nouvelles pathologies, essentiellement dans le cadre de syndromes neuro-dégénératifs » (*Glossa* 55, 1997, p3). Ces articles traitent principalement de la maladie d'Alzheimer, sujet qui ne cesse de se développer dans les revues puisque entre 2006 et 2010 dans *Glossa*, un article sur cinq concerne cette pathologie. Avant 1970 pourtant, « on enseignait aux étudiants des écoles d'orthophonie qu'il était inutile de prendre en charge les patients atteints de démences, notamment dans la maladie d'Alzheimer, puisqu'il s'agissait d'une pathologie neuro-dégénérative et par conséquent irrémédiablement évolutive et irréversible : que pourraient-ils bien faire avec leurs techniques de rééducation ? » (Rousseau, *L'Orthophoniste* 252, 2005, p8). Depuis, les orthophonistes sont considérés comme « les spécialistes de la communication et ce sont eux qui sont les plus compétents pour envisager la prise en charge qui doit suivre » (Rousseau, *L'Orthophoniste* 178, 1998, p 35). Cette citation illustre bien le phénomène de rhétorique professionnelle. L'auteur, en attribuant à l'orthophoniste le terme de « spécialiste » se positionne en faveur de l'extension de la profession.

Nous observons également une augmentation progressive des articles mentionnant l'autisme, à partir des années 1990/2000. En effet, ce n'est que depuis récemment « qu'avec la rééducation des troubles de la communication chez les autistes, l'orthophonie

a découvert un nouveau créneau » (Vexiau, *L'Orthophoniste* 120, 1992, p 10). Avant cette période, l'orthophonie faisait très rarement partie du traitement des autistes, dont la prise en charge était surtout réalisée par les psychiatres. De nos jours, « la place et le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge des troubles graves du développement et de la communication est récente, mais largement admise » (Angelmann, Denni-Krichel, *Glossa* 70, 2000, p 20-21).

C'est à partir des années 2000 que nous pouvons observer une hausse des articles mentionnant la dysphasie. Cette pathologie a en effet été définie il y a peu (entre 1984 et 1991 notamment grâce aux travaux de Gérard) (Leveque, *Rééducation Orthophonique* 173, 1993). De plus, les troubles de développement du langage étaient auparavant appelés retard de langage ou encore aphasie de l'enfant, puisque définie parfois comme sans lésion cérébrale, termes qui se sont par la suite transformés en celui de dysphasie, du fait de modalités différentes de diagnostic. Dans un article de *L'Orthophoniste*, un médecin s'exprime d'ailleurs sur le fait que « la rééducation orthophonique est évidemment la clé de la prise en charge des enfants dysphasiques » (Tiberghien, *L'Orthophoniste* 118, 1992, p2).

Les premiers articles traitant des troubles de l'oralité alimentaire paraissent dans les années 2000. Ce type de prise en charge, encore récent, n'est d'ailleurs toujours pas reconnu dans le décret de compétences des orthophonistes. Selon l'orthophoniste Senez, cette profession est pourtant toute indiquée pour dépister et traiter les enfants présentant ces troubles, d'autant plus que « les troubles de l'oralité du jeune enfant dans leur expression alimentaire, ou trouble du comportement alimentaire de l'enfant de 0 à 3 ans sont un motif fréquent de consultation » (*Rééducation Orthophonique* 220, 2004, p 55).

Nous constatons également, notamment dans la revue *Glossa*, une recrudescence des articles traitant des maladies génétiques à partir des années 1990, ce qui n'apparaît pas dans les autres revues. En effet, *Rééducation orthophonique* ne mentionne ce type de pathologies qu'à partir des années 2000. Des disparités sont ainsi observées entre les revues.

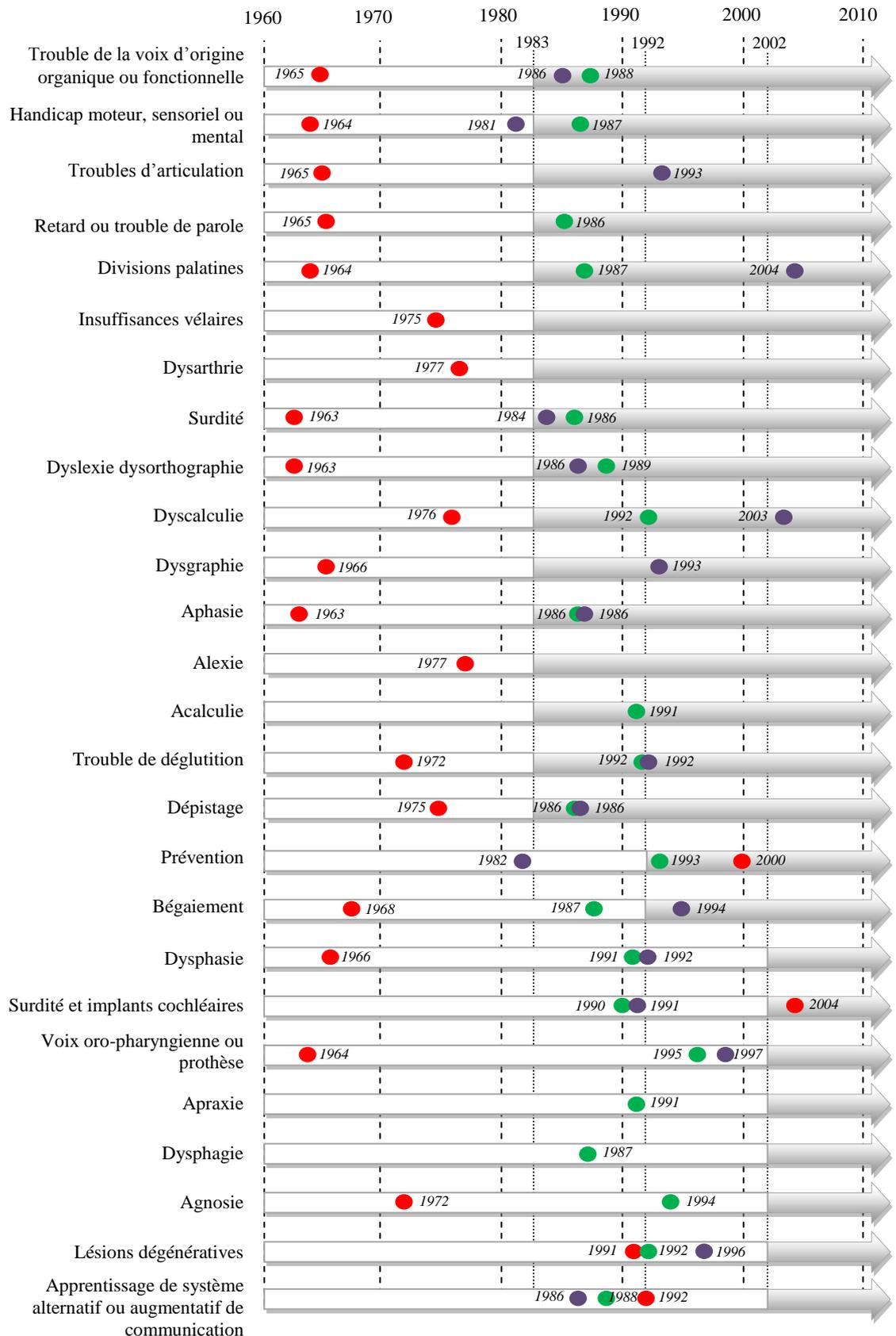
De nombreux articles témoignent également du développement de l'intervention précoce en orthophonie, dans le cadre de plusieurs pathologies : « Le champ d'activité des orthophonistes n'a cessé de s'étendre ces dernières années. Aux objectifs de bilan et de rééducation d'enfants à partir de 3 ans mais aussi d'adultes sont venues s'ajouter des prises en charge précoces (de 0 à 3 ans) de plus en plus nombreuses, des projets d'accompagnement parental, de prévention, de formation et d'information de tous les partenaires » (Antheunis, *Rééducation Orthophonique* 244, 2009, p 250). Cette citation est un exemple fort de rhétorique professionnelle utilisée par les orthophonistes.

Cette extension des pathologies s'illustre d'un point de vue législatif, par les nomenclatures qui se sont étoffées au fil des années. La loi du 16 juillet 1964, qui donne un statut légal à la profession, définit l'orthophonie de la manière suivante : « Est considéré comme exerçant la profession d'orthophoniste, toute personne qui, non titulaire du diplôme d'État de docteur en médecine exécute habituellement des actes de rééducation de la voix, de la parole, et du langage écrit ou oral hors la présence du médecin. » (Art 504-1). Ainsi, aucune précision n'est apportée sur le détail des pathologies prises en charge. Il faudra attendre l'année 1969 pour que les actes d'orthophonie soient intégrés à la Nomenclature générale des actes professionnels et pour obtenir une précision du champ d'intervention de la profession. La nomenclature sera ensuite modifiée en 1972, en 1990 et en 2002. Le code de la santé publique est complété en 1983 par la parution du décret de compétences qui liste les actes professionnels accomplis par les orthophonistes. Celui-ci est ensuite réformé en 1992 et en 2002, où il est complété à chaque fois par de nouvelles pathologies. Ce décret va également être suivi d'une actualisation de la nomenclature. (Kremer, 2009).

Il est important de signaler que les auteurs des articles mentionnent telle ou telle pathologie dans les trois revues, avant même que celle-ci n'apparaisse dans la nomenclature officielle. Par exemple, la prise en charge orthophonique du bégaiement a été officialisée grâce au décret de compétence de 2002. Cependant, des articles sur cette pathologie sont parus dès les années 1960 dans *Rééducation Orthophonique*. Les orthophonistes de l'époque s'intéressaient donc, semblerait-il, déjà à cette pathologie et commençaient à en organiser progressivement la prise en charge. Il en est de même pour l'intégration des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication, officialisés en 2002 mais dont les trois revues parlent depuis 1986 pour *L'Orthophoniste* (et ainsi dès ses premières parutions), 1988 pour *Glossa* et 1992 pour *Rééducation Orthophonique*. Il est cependant étonnant que les systèmes augmentatifs et alternatifs de la communication fassent partie des décrets, étant donné qu'il s'agit plus d'une méthode de prise en charge. Il semble que la nomenclature ne se limite plus à l'énumération des syndromes pris en charge mais bien également des thérapeutiques mises en place afin de clôturer le territoire de l'orthophonie : de même que les systèmes augmentatifs et alternatifs de communication, nous observons dans le décret de 2002 la rééducation des surdités dans le cadre bien précis des implantations cochléaires (cf annexe I).

Les professionnels n'ont donc pas attendu les décrets officiels pour prendre en charge des pathologies, comme nous l'illustre la frise chronologique ci-après. Notons que les dates citées pour la revue *L'Orthophoniste* ne sont pas très révélatrices. En effet, les premiers numéros traitent très peu des pathologies, les articles mentionnant d'avantage des aspects pratiques et législatifs de la profession. Rappelons ici les dates du premier numéro de chaque revue : 1963 pour *Rééducation Orthophonique*, 1980 pour *L'Orthophoniste* et 1986 pour *Glossa*. Le fait qu'aucune pathologie n'apparaisse dans *Glossa* avant le premier décret de 1983 n'est donc pas à interpréter.

- Date de la première apparition dans *Rééducation Orthophonique* (de 1963 à aujourd'hui)
- Date de la première apparition dans *Glossa* (de 1986 à aujourd'hui)
- Date de la première apparition dans *L'orthophoniste* (de 1980 à aujourd'hui)
- ➡ Apparition dans les décrets



Frise chronologique des dates d'apparition des pathologies

Notre analyse quantitative ne nous permet pas d'observer la progression de la fréquence des pathologies traitées en orthophonie. En effet, elle ne montre que l'évolution de l'intérêt porté à ces pathologies dans les revues professionnelles. Nos résultats sont alors dépendants des lignes éditoriales des différentes revues. Notre analyse n'est donc pas représentative de l'évolution globale du traitement des pathologies en orthophonie. Comme le dénote Grawitz (2001) « le document (NDRL dans ce contexte, l'article de presse écrite) même authentique n'est qu'un aspect du fait, il ne coïncide pas exactement avec lui. De plus, il est souvent lui-même subjectif » (p 238).

Une autre limite réside dans le fait que les tableaux initialement créés (annexe II) considèrent les syndromes traités dans les articles, et non les symptômes. Ainsi n'apparaît pas dans les tableaux l'évolution de la prise en charge des symptômes au sein même d'un syndrome : ne sont donc pas visibles dans les tableaux les troubles de l'olfaction qui apparaissent pourtant dans *Rééducation Orthophonique* en 2010 (Allali, *Rééducation Orthophonique* 243, 2010), puisque cités comme symptôme d'une pathologie plus globale. Il en est de même pour la frise ci-dessus, qui ne prend en compte quant à elle que des pathologies qui font partie des décrets de compétences (cf annexe I). Pour palier ce problème et étudier ces évolutions, des regroupements pathologies/symptômes étudiés dans les articles ont été créés (annexe IV), dont il sera question dans la deuxième partie.

Nous avons fait le constat d'une explosion des pathologies depuis 1960, constat qui n'est déjà pas dissociable d'une rhétorique professionnelle mise en place par les orthophonistes. Un deuxième constat nous est rapidement apparu : celui du développement des techniques utilisées en orthophonie, qui permet d'amener des pathologies dans le champ de l'orthophonie.

2. Technicisation et intérêt pour les troubles organiques

La technicisation connue au XX^{ème} siècle joue un rôle important sur la modification de la prise en charge en orthophonie, tant sur la prise en charge plus fréquente de certaines pathologies du fait d'un diagnostic rapide ou d'une meilleure survie que sur les changements de mode de rééducation.

Pour les traumatisés crâniens, « les techniques modernes et les progrès de la neurochirurgie permettent la survie, de plus en plus fréquente, de cas initialement gravissimes » (Tridon, *Rééducation Orthophonique* 65, 1972, p22), ce qui explique en partie l'apparition d'articles sur les traumatisés crâniens graves : « Un nouveau chapitre de pathologies neurologiques est en train de naître » (p 22). En voix, « des moyens nouveaux sont apparus dans notre domaine : neuro-pharmacologie, chirurgie et micro-chirurgie laryngée, développement des techniques rééducatives, avec notamment l'accent mis sur le phénomène de communication » (Crevier-Buchman, *Glossa* 26, 1991, p30).

L'évolution des moyens chirurgicaux a modifié la qualité de la voix post-chirurgicale. Dans la prise en charge des fentes palatines, domaine historique de l'orthophonie, un article décrit l'existence du diagnostic anté-natal depuis 1986 qui aurait modifié la prise en charge thérapeutique et psychologique des fentes vélo- palatines, car il permettait une prise en charge précoce, psychologique surtout, des parents avant la naissance de leur enfant ainsi qu'une intervention rapide de l'orthophoniste pour informer ces parents et pour un suivi anté et périnatal (Nallet, *Rééducation Orthophonique* 179, 1994) : « La démarche pédiatrique vis-à-vis des fentes labio-maxillaires et/ou palatines a été profondément modifiée par les progrès de l'échographique obstétricale » (p 23). De plus, de tous les troubles lourds décrits par Borel, peu subsistent actuellement grâce à l'amélioration des chirurgies (Abadie, *Rééducation Orthophonique* 216, 2003).

Cette technicisation a joué un rôle encore plus visible dans le cadre de la surdité : d'abord, le diagnostic a bénéficié ces dernières années de l'apport des méthodes objectives, c'est-à-dire de méthodes qui ne dépendent pas de la coopération du sujet comme par exemple les potentiels évoqués (Hart, *R ducation orthophonique* 136, 1984) : « Le champ d'investigation sonore s'est étendu grâce à la mise au point de diverses méthodes de mesure » (Broustet, *R ducation Orthophonique* 59, 1971, p162). De plus, « l'évolution des techniques d'appareillages, des progrès d'évaluation et de r ducation et les avancées techniques conduisent aujourd'hui à aborder l'implantation cochléaire. » (Colleau, *R ducation Orthophonique* 217, 2004, p3). Celle-ci est abordée dans *R ducation Orthophonique* par exemple : elle n'est jamais abordée avant les années 2000, mais explose entre 2000 et 2010 puisqu'environ 10% de tous les articles traitent de ce sujet. D'abord utilisée pour les enfants sourds sans autre pathologie, elle est finalement intégrée à des populations polyhandicapées.

Si les techniques intègrent entièrement le parcours diagnostic, celles-ci atteignent également les méthodes de r ducation utilisées en orthophonie. En effet, « les technologies modernes tendent de plus en plus à entrer dans le quotidien de l'orthophoniste » (Coquet, *L'Orthophoniste* 106, 1991, p 8). Coquet conseille alors de réactualiser régulièrement ses connaissances scientifiques et techniques et de concilier technologie et individu handicapé du langage ou de l'ouïe par exemple, ce qui insinue l'évolution rapide des techniques. Matillon, dans *R ducation Orthophonique* 209 (2002) déclare que « la médecine est marquée par le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient constamment les stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades. » (p7). Ces techniques apparaissent en effet souvent dans les articles des revues : par exemple la sonographie en r ducation phoniatrique dans *R ducation Orthophonique* 59 (Broustet, 1971), une r ducation de dysorthographe avec ordinateur dans *R ducation Orthophonique* 99 (Deloche, Roussel, Moulard, Seron, 1978) ou 124 (Deloche, Jutier, Andreewsky, 1982), un matériel électrique pour la dyslexie dans *R ducation Orthophonique* 122 (Lecuyer, 1981), l'utilisation d'un logiciel pour les enfants autistes dans *R ducation Orthophonique* 207 (Bursztejn, 2001), l'apport de l'IRM dans les accidents vasculaires cérébraux dans *R ducation Orthophonique* 190 (Baron, 1997), l'apport de l'ordinateur dans la surdité

dans *Rééducation Orthophonique* 111 (Legros, 1980) ou 160 (Metreau, Houssay-Chapron, Valesse, Coher, 1989), la synthèse vocale vue comme un « progrès de la technologie » (Hamonet, Leduc Seroka, p 405) dans la dysarthrie explicitée dans *Rééducation Orthophonique* 172 (1993) et autant d'exemples dans la revue *Glossa*. Les techniques ont alors largement intégré la profession orthophonique.

L'évolution de la technique, tant dans le diagnostic que dans la prise en charge, est particulièrement visible dans les revues orthophoniques. L'orthophonie profite de ces avancées technologiques pour intégrer des pathologies à son territoire. La technique permet de déceler et de comprendre les troubles organiques. En effet, la technique joue un rôle flagrant pour les pathologies avec lésion, et les exemples cités servent presque uniquement à intégrer ou à modifier la prise en charge de troubles organiques. Il s'agit d'un premier axe d'extension des pathologies. Toutefois, nous avons remarqué, de manière descriptive toujours, que l'orthophonie s'est également peu à peu intéressée aux troubles fonctionnels.

3. L'orthophonie vers la prise en compte du fonctionnel

3.1. Du trouble organique au trouble fonctionnel

« La rééducation de la parole est née de deux courants : de la démutisation des sourds et de la rééducation des fentes palatines » (Réunion ARPLOE, *Rééducation Orthophonique* 51-52, 1970, p 194). Cette rééducation abordait alors des retards langagiers liés à des troubles organiques, et ainsi secondaires à ces troubles. Borel (*Rééducation Orthophonique* 86, 1975) déclare que si l'orthophonie s'est établie autour de domaines étroits tels que les surdités et les fentes palatines, l'envie a rapidement été de considérer d'autres aspects moins mécaniques. Très vite, les orthophonistes ont alors abordé des domaines où intervenir pour réparer des échecs, notamment quant au langage écrit, a paru être la suite naturelle des efforts entrepris, sans toutefois se défaire des pathologies qui faisaient déjà parties de leurs pratiques.

« La pathologie du langage a-t-elle changé ? Non. Et ce qui était du domaine de l'orthophonie autrefois ne cesse certainement pas d'en être partie intégrante. Tous les troubles de l'expression verbale qui impliquaient jadis une rééducation indiscutable continuent certes d'exister et d'appeler une correction. » (Borel-Maisonny, *Rééducation Orthophonique* 51-52, 1970, p 137)

Nous pouvons par exemple citer les troubles phonétiques dus aux divisions palatines où l'opération n'a pas résolu entièrement le problème de phonation. Pour le cas de la surdité, le progrès des prothèses et des appareils d'amplification ne suffit pas dans les cas de surdités sévères pour que les patients retrouvent spontanément du langage. La rééducation est alors nécessaire. Borel déclare que « les rééducations considérées comme

nécessaires sont liées à des troubles organiques pour lesquels il n'y a guère d'autres ressources. » (p 138). Pour résumer :

« L'orthophonie a eu, dès ses origines, pour but de réduire les difficultés de langage inhérentes à une déficience de nature organique : les fentes vélo-palatines, génératrices de rhinolalies massives, les surdités, plus ou moins sévères avec leurs répercussions constantes sur le langage, les aphasies où une atteinte lésionnelle vient enrayer, sidérer le fonctionnement d'un certain nombre de neurones, etc. ,sont des malformations ou des lésions qui développent inéluctablement un mauvais fonctionnement du langage auquel un entraînement systématique pouvait espérer y remédier. Puis, rapidement, au cours d'une évolution dont les pionniers se plaisent à retracer l'histoire, l'orthophoniste s'est vu confier des sujets dont les perturbations étaient beaucoup plus diverses : un vaste éventail concernant les pathologies de la voix de la parole, du langage oral, du langage écrit, s'est trouvé en définitive à sa portée. Ce n'est pas que l'on ait évité de tenir compte des facteurs pédagogiques, scolaires, socio-culturels, affectifs mais il est apparu qu'un traitement individuel spécialisé, avec une technique instrumentale était souvent un bon agent thérapeutique. Aucune base anatomique, lésionnelle n'était évidente pour tous ces dysfonctionnements du langage » (Dubois, Lindenfeld, *Rééducation Orthophonique* 132, 1983, p 331).

Dubois exprime bien cette modification progressive de l'orthophonie qui considère peu à peu les troubles fonctionnels du langage comme faisant partie de son champ de compétences. Plus que cela, nous observons au sein des revues un élargissement au-delà du trouble de langage installé.

3.2. Du trouble langagier à la prise en compte de ce qui pourrait influencer sur le langage

En 1967, l'orthophonie avait pour but «la correction, par les techniques appropriées, des troubles de la voix, de la parole, du langage écrit, du langage oral » (Blum, *Rééducation Orthophonie* 19-20,1966, p 14). L'orthophoniste est plus récemment considéré comme le professionnel de santé dont la mission est de « prévenir, évaluer et traiter les troubles de voix, de l'articulation, de la parole, du langage et de la communication quels que soient leur origine chez l'enfant ou chez l'adulte » (Denni-Krichel, *L'Orthophoniste* 247, 2005, p4). Nous comprenons bien alors comment les troubles autistiques sont maintenant rattachés à l'orthophonie puisque l'autisme est considéré, après les années 1970, comme un trouble de communication, même si l'aspect formel du langage est souvent correct (tous les articles de *Glossa* 70, 2000).

Cependant, il est pertinent de se demander pourquoi les troubles de l'oralité, considérés comme « nouvelle pathologie » puisque les revues en parlent depuis les années 1995/2000 (notamment dans le cadre de la prématurité) et considérés comme un nouveau champ d'action en 1997 (Screpel, *L'Orthophoniste* 162) sont pris en charge en orthophonie, bien que non officialisés comme tels dans le dernier décret en date. « L'orthophoniste a une place privilégiée dans la prise en charge des troubles de l'oralité évoqués ici. La bouche est l'organe commun à plusieurs fonctions : respiration, déglutition et phonation et la perturbation de l'une retentit sur les autres comme nous avons pu le voir avec l'articulation (...). Ce faisant, elle permet non seulement à l'enfant et à sa famille de retrouver sérénité et confort lors des alimentations, mais aussi elle permettra de régler certains troubles articulatoires. » (Senez, *Rééducation Orthophonique* 220, 2004, p100). « En effet, les enfants qui naissent prématurément souffrent le plus souvent d'hypotonie voire d'atonie. Or, les muscles sollicités dans l'alimentation sont les mêmes que ceux utilisés plus tard dans la phonation. Une stimulation très précoce des schèmes sensori-moteurs de la succion/déglutition pourrait augurer d'une meilleure entrée dans la parole et le langage » (Eyoum, Delabatre-Longuet, *L'Orthophoniste* 267, 2007, p20). L'orthophonie justifie ici sa prise en charge précoce des troubles de l'oralité parce que les traiter serait en fait un acte préventif sur la future parole de l'enfant : le thérapeute doit mettre en place les « pré requis praxiques à l'alimentation, nécessaires à l'articulation et à la phonation, principaux domaines d'intervention de notre profession » (p26). L'orthophonie trouve alors sa légitimité, non plus seulement dans la rééducation du langage mais bien du langage et de tout ce qui s'y rapporte. Même si les troubles de l'oralité ne sont pas spécifiés explicitement, le décret de 2002 a intégré les « troubles des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ». Les troubles de l'oralité se retrouvent alors implicitement dans cette catégorie.

Les troubles de l'oralité sont récents dans la prise en charge orthophonique, ce qui n'est pas le cas de la rééducation des troubles de déglutition, qui suivent pourtant les mêmes réflexions. En 1972, Girolami-Boulinier explique que les troubles de déglutition n'étaient initialement pas pris en charge en orthophonie (*Rééducation Orthophonique* 68, 1972). Pourtant, « le problème de la déglutition est étroitement imbriqué à celui de la prononciation, mais peu de rééducateurs de la parole, peu d'orthophonistes y avaient d'abord prêté attention. » (p 273). En ayant alors découvert que la plupart des enfants dont l'articulation était mauvaise avait également une mauvaise position de langue au repos ou en déglutition, ils se sont alors mis à rééduquer ce trouble, et celui-ci a été inscrit dans le premier décret d'orthophonie en 1983.

Ainsi, l'orthophonie prend en charge un nombre plus important de pathologies, car celles-ci impactent sur le devenir du langage ou de la parole de l'enfant. Il s'agit d'essayer d'éviter ces troubles et d'en éviter leur rééducation. « Pendant longtemps, l'orthophonie a été considérée d'une manière réductrice et signifiait rééducation du langage oral. Cela supposait que l'enfant savait déjà parler, ou qu'il devait déjà savoir parler. Or on se rend compte qu'il faut agir le plus précocement possible, et non attendre que le langage apparaisse par la « rééducation » » (Denni-Krichel, *Rééducation*

Orthophonique 202, p78). La considération des troubles pouvant avoir un impact sur l'organisation future du langage oral va donc de pair avec la précocité d'une prise en charge.

Les troubles de l'oralité et les troubles de déglutition se retrouvent pris en charge en orthophonie du fait de leur influence sur le langage et la parole. Mais cet aspect n'en est pas la seule raison. Certains articles considèrent les orthophonistes comme spécialistes de la région bucco-faciale au sens anatomique du terme. En effet, « l'intervention de l'orthophonie dès l'annonce du diagnostic semble être justifiée. De fait, les éléments de la triade de Pierre Robin (rétrognathie, glossoptose, fente) concernent la sphère orale, et donc sont au cœur de la prise en charge orthophonique précoce » (Hayart, Sibelet, *L'Orthophoniste* 244, 2004, p23-24). Cette spécificité accordée aux orthophonistes leur permet d'accroître leurs pathologies dans un autre terrain que celui du langage : pour Revol (*Rééducation Orthophonique* 193 1998), l'action de l'orthophoniste se situe bien dans le domaine de la motricité bucco-faciale. Thibault quant à elle parle de l'importance de la rééducation du comportement neuro-musculaire de la sphère oro-faciale (*Rééducation Orthophonique* 233, 2008). Dans ce cadre, Couture, dans *Rééducation Orthophonique* 210 (2002), trouve que « trop peu d'orthophonistes entreprennent les rééducations des séquelles de traumatismes et de cancers de la face. Pourtant, notre champ de compétence s'élargit et les stimulations des fonctions oro-faciales sont reconnues. » (p 3). Elles sont reconnues, comme nous l'avons vu plus haut, dans le décret de compétences depuis 2002. Pour certains auteurs, l'orthophoniste devient alors également le spécialiste des troubles de l'oralité : en parlant de la séquence de Pierre Robin, Hayart et Sibelet déclare que « l'orthophonie, en tant que thérapeute des troubles de l'oralité, peut alors agir précocement auprès de ces enfants au sein de l'équipe soignante dans une optique de transdisciplinarité » (*L'Orthophoniste* 244, 2004, p19). Autre exemple dans *Glossa*, celui de la prise en charge des personnes brûlées : « la prise en charge des brûlés de la face n'est pas incluse dans la pratique habituelle des orthophonistes. Elle doit cependant susciter un vif intérêt pour les fonctions oro-faciales » (Dieulouard, *Glossa* 63, 1998, p41). Cet auteur spécifie bien que le rôle des orthophonistes ne peut s'attacher qu'aux brûlés « de la face », ce qui amène une nouvelle fois la notion de connaissance de ces régions. Enfin, nous voyons apparaître en 2010 la réhabilitation olfactive après laryngectomie totale par un orthophoniste (Allali, *Rééducation Orthophonique* 243, 2010). Si l'explication de pourquoi ce trouble serait pris en charge en orthophonie n'est pas donnée, nous pouvons le supposer de deux façons différentes : soit l'olfaction est considérée comme un comportement social de communication, et, dans ce cadre, cet exemple ne rentre pas dans l'argumentation autour de l'orthophoniste comme spécialiste de la région faciale, soit l'olfaction est rééduquée par les orthophonistes car le nez fait partie de la zone oro-faciale, et donc des compétences de ce professionnel.

L'orthophonie a ancré sa pratique dans la prise en compte de ce qui pouvait influencer sur l'acquisition du langage oral et de la parole. Elle a alors enraciné sa pratique dès les débuts de la vie, par l'impact de l'alimentation sur le langage et la parole et, « même si

elle n'en a pas toujours conscience, l'orthophonie a enraciné sa compétence dans la prise en charge des personnes handicapées à tout âge de la vie » (Calbour, *L'Orthophoniste* 200, 2000, p 14). De plus, par la prise en charge de plus en plus fréquente des personnes atteintes de maladies dégénératives, « l'orthophoniste est désormais présente à tous les âges de la vie, de la naissance à la fin de vie avec la préoccupation majeure de pratiquer des soins actifs visant le confort et la sécurité du patient tout en restant à l'écoute de ses demandes, de ses souffrances, tant psychiques, que psychologiques et spirituelles » (Brabant, *L'Orthophoniste* 272, 2007, p26). Dans *L'Orthophonie Contemporaine*, Rondal parle d'ailleurs d'« augmentation de l'empan d'âge » (2007). La citation précédente de Calbour, orthophoniste, traite de la rééducation orthophonique, dont il paraît intéressant de parler dans ce mémoire. La partie suivante a pour but de montrer de manière descriptive que les prises en charge, qui ont à la fois entraîné et suivi l'explosion des pathologies, se sont elles-aussi étendues.

3.3. Aujourd'hui, une double rééducation : du neuropsychologique à l'écologique

L'orthophonie a été vivement influencée par les apports de la neuropsychologie. En effet, « au fil de temps, bon nombre de logopèdes ont ressenti la nécessité de conférer à leur pratique une démarche clinique de plus en plus rigoureuse » (Desailly, *Glossa* 20, 1990, p15). De ce fait, « la rééducation orthophonique connaît depuis quelques années de constantes et profondes mutations du fait de la rapide évolution des neurosciences » (Bakchine, *Glossa* 37, 1993, p 20). Ainsi, les orthophonistes proposent des rééducations qui suivent ces apports neuropsychologiques, et qui sont fondées sur la tentative d'amélioration des fonctions cognitives du patient. Cette méthode cherche l'amélioration des fonctions déficitaires et le travail se situe donc au niveau de ces fonctions altérées.

La prise en charge progressive des maladies neuro-dégénératives a obligé l'orthophonie à reconcevoir sa pratique. La rééducation au sens littéral n'est en effet pas possible puisque les troubles empirent au fil des années, et l'orthophoniste a alors un rôle nouveau : celui de la compensation. Marquis, orthophoniste, développe en quoi la rééducation dans la maladie d'Alzheimer est différente des rééducations "classiques", en évoquant la notion de rééducation fonctionnelle, dans laquelle ils utilisent des méthodes visant à compenser un handicap. Cette prise en charge, encore mal connue, suscite des interrogations sur son intérêt : « A certains stades plus ou moins précoces de la maladie, certaines caisses de maladie entravent nos activités par une restriction du nombre de séances par an, sous le motif que la maladie d'Alzheimer n'est pas traitable car dégénérative et que toute intervention orthophonique serait donc inutile. » (Marquis, *Rééducation orthophonique* 180, 1994, p 372). Dans un article de *Rééducation Orthophonique*, Tessier, médecin, pose la question suivante : « N'est-ce pas déraisonnable de tenter de stimuler ou de rééduquer des patients dont la pathologie est considérée dans son évolution comme irrémédiablement désespérée? » (Numéro 181, 1995, p 5). La rééducation est inenvisageable dans ces pathologies et il fallait trouver une autre méthode

de prise en charge. En élargissant son domaine d'intervention à la communication toute entière, l'orthophonie doit en partie prendre en compte la communication non verbale : Marquis évoque que ces stratégies mettent l'accent sur le fait que les fonctions langagières altérées peuvent être remplacées ou suppléées par des modes de communication non verbaux. Le rôle de l'orthophoniste devient alors de « favoriser la communication sous toutes ses formes » (Denni-Krichel, *L'Orthophoniste* 251, 2005, p5). La prise en charge est donc globale et non ciblée sur le symptôme linguistique. La rééducation fonctionnelle inclue entièrement la famille qui joue un rôle essentiel dans la préservation (ou le développement) de la communication d'un patient. Cette notion de prise en compte de la famille date des années 1980 : par exemple, « l'idée que l'environnement peut être utilisé pour des buts thérapeutiques est certainement nouvelle dans la rééducation des aphasiques » (Kraetschmer, *Glossa* 18, 1990, p 22).

La rééducation fonctionnelle touche maintenant la plupart des pathologies ayant comme symptôme un trouble de la communication : l'autisme, les personnes cérébro-lésées, les personnes traumatisées-crâniennes, les troubles du langage oral sévères, les handicaps moteurs ou mentaux et, nous l'avons vu, les maladies neuro-dégénératives. « Au cours de récentes années, on a de plus en plus mis l'accent sur le contexte dit « fonctionnel » dans lequel a lieu la communication humaine » (Kraetschmer, *Glossa* 18, 1990, p22). S'en suivent alors de nombreux articles traitant de cette rééducation fonctionnelle : pour l'autisme par exemple, l'objectif n'est pas une application de techniques à visée purement correctrice mais une approche plus large de la communication (Cuny, Gasser, *L'Orthophoniste* 181, 1998, Denni-Krichel, et *L'Orthophoniste* 270, 2007). Dans ce cadre, les systèmes alternatifs ou augmentatifs de communication sont alors peu à peu investis par les orthophonistes, à partir des années 1970/1980 surtout, alors que ceux-ci existent pourtant depuis longtemps : « L'évolution tardive des mentalités qui considéraient depuis l'Antiquité, les mal-parlants comme des fous ou des débiles mentaux, a permis aux rééducateurs d'imaginer des systèmes palliatifs (ou augmentatifs) de communication pour sortir les personnes handicapées de leur isolement. [...] Au XVIIIe siècle, l'abbé de l'Épée introduit le langage gestuel au sein d'une communauté plus ou moins fermée. A son tour, Braille invente, dans la première partie du XIXe siècle, l'alphabet tactile pour les aveugles. Les codes de communication mis en œuvre auprès des infirmes moteurs cérébraux sans parole sont de pratique beaucoup plus récente. Ils sont très variés : tableaux de lettres, de syllabes, idéogrammes, pictogrammes, photos. » (Marchand, *Rééducation Orthophonique* 193, 1998, p 92). Ces systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication sont même officiellement intégrés aux décrets des orthophonistes en 2002.

Quel est alors l'objectif réel de cette nouvelle prise en charge basée sur la communication ? Elle n'a pas pour but de corriger des défauts de langage ni d'amener des structures syntaxiques manquantes, mais de donner au patient la possibilité de se faire comprendre, d'être autonome, d'être informatif auprès de ses interlocuteurs: « Il convient de rappeler à quel point une atteinte des capacités de s'exprimer par le langage est

génératrice de situations de handicap qui conduisent à l'exclusion sociale » (Hamonet, Leduc, Seroka, *Rééducation Orthophonique* 172, 1992).

Hamonet, en tant qu'expert à l'Organisation Mondiale de la Santé, explique que pour ces maladies, on ne parle pas de rééducation, qui selon le Flammarion médical exprime « l'ensemble des moyens utilisés dans le but de permettre à un sujet frappé d'une affection de recouvrer plus ou moins complètement l'usage de la fonction atteinte » (Marquis, *Rééducation Orthophonique* 180, 1995, p 371) mais l'on parle de réadaptation, c'est-à-dire un « ensemble des méthodes et des moyens qui permettent à une personne ayant des limitations fonctionnelles de se réintégrer ou de s'intégrer dans les diverses activités de la vie sociale » (*Rééducation Orthophonique* 195, 1998, p47). La rééducation n'est pas centrée sur le trouble mais sur les objectifs du patient, qui visent essentiellement la réinsertion professionnelle (Sichez-Auclair, *Glossa* 58, 1997). En effet, nous pouvons citer un grand nombre d'articles évoquant ce nouveau type de prise en charge: « l'objectif auquel doit se soumettre l'orthophonie est celui de la réinsertion sociale et de l'acquisition de l'autonomie » (Hamonet, *Glossa* 37, 1993, p12) ; « préserver son statut d'être communicant » (Delaroche, Rochard, *Glossa* 55, 1997, p34) ; « c'est une réadaptation centrée sur l'autonomie » (Wirotius, Pichard, *Glossa* 37, 1993, p 34) ; une prise en charge pour éviter l'isolement et la dépendance (Denni-Krichel, *L'Orthophoniste* 251, 2005) ; une prise en charge pour éviter l'isolement social et le retrait dans la maladie de Parkinson (Gaudier, *L'Orthophoniste* 188, 1999). Puccini-Emportes, orthophoniste, en vient même à dire dans son article que la communication est l'un des besoins essentiels de l'être humain. Pour elle, communiquer est d'abord une action, laquelle aboutit à une information, qui établit forcément une relation, et de ce fait, donne à chacun des êtres communicants une identité (*L'Orthophoniste* 286, 2009). La communication est au fondement même de l'identité, et nous comprenons alors que l'objectif de prise en charge de la communication est de garder intact l'identité du patient dans le cadre de maladies dégénératives, ou d'offrir une identité, dans le cadre d'acquisition de la communication, dans la surdité par exemple, et ainsi, « notre métier, c'est donner envie à l'enfant de communiquer » (Manteau, *L'Orthophoniste* 245, 2005, p25). Enfin, la notion de bien-être est également abordée : « le bien-être est l'objectif de la réadaptation qui apparaît ainsi comme un instrument indispensable à la recherche d'un état de santé aussi bon que possible » (Hamonet, *Rééducation Orthophonique* 195, 1998, p47).

Cette rééducation appelée fonctionnelle, écologique, pragmatique ou encore cognitivo-comportementale s'oppose à la rééducation neuropsychologique qui traite les symptômes, mais elle ne la remplace pas. Denni-Krichel, dans un article traitant de la maladie d'Alzheimer expose ses méthodes de rééducation. Il y a alors trois types de prises en charge (*L'Orthophoniste* 247, 2005) : une approche classique s'inspirant de l'aphasiologie et basée sur une approche sémiologique ; une approche neuropsychologique (sous l'influence conjointe des neurosciences et des sciences cognitives), et une approche écologique récente, dans laquelle « il est primordial que les orthophonistes puissent répondre à cette demande et se forment encore davantage à cette

intervention somme toute particulière » (p18). Il en est de même dans la prise en charge des traumatisés crâniens : une stimulation des capacités résiduelles et des fonctions altérées et une régulation des capacités d'interaction avec autrui. (François, *L'Orthophoniste* 204, 2001). Les deux approches peuvent être utilisées en même temps ou investies selon la sévérité de la maladie avec l'une basée sur la neuropsychologie quand le trouble est léger, et l'autre davantage écologique en cas de trouble sévère.

L'orthophonie a étendu sa pratique en prenant en compte les troubles fonctionnels et les troubles ayant un impact sur le langage. Cet élargissement se constate également par l'évolution de la prise en charge, qui tient compte de la réadaptation du sujet. Cette première partie a donc montré sous quelle forme l'élargissement du territoire de l'orthophonie s'est fait. Dans la partie suivante, nous expliquons comment s'établit la légitimité de ces extensions de territoire.

II. L'orthophonie dans le processus de médicalisation

1. Modifications sociales et enjeux pour l'orthophonie

De par les apports théoriques, notamment de Kuhn, nous savons que les mouvements sociaux et historiques prennent une part importante dans la modification de la prise en charge de la maladie, en médecine comme en orthophonie. Les revues orthophoniques ne montrent que peu de modifications sociales au cours du temps, mais certaines sont mises en évidence dans les articles.

Elles concernent en première partie la modification des pathologies dominantes au cours du temps, et expliquent en partie l'intérêt grandissant concernant les maladies neuro-dégénératives, notamment la maladie d'Alzheimer. En effet, « l'incidence grandissante de la maladie d'Alzheimer, du fait de la forte augmentation du nombre de personnes âgées, a conduit à la sollicitation de plus en plus importante des orthophonistes. De fait, la maladie se traduisant par une altération des fonctions cognitives et du langage notamment, elle se situe parfaitement dans leur champ d'action. » (Delaroche, *Glossa* 55, 1997, p31). Dans *L'Orthophoniste* (247, 2005), l'orthophoniste Denni-Krichel nous rappelle également que le vieillissement démographique de la population s'accroît et augmente le nombre de ces maladies neuro-dégénératives : « La maladie d'Alzheimer envahit de plus en plus le domaine de la gériatrie » (Boiffin, *Rééducation Orthophonique* 181, 1995, p 33). En ce sens, elle explique pourquoi il paraît primordial que les orthophonistes soient de plus en plus nombreux à pouvoir répondre à cette demande et se forment encore davantage à cette intervention particulière. Les pathologies liées à la vieillesse sont progressivement médicalisées et l'orthophonie cherche ainsi à s'attribuer ces nouvelles prises en charge. La citation suivante, de Rousseau, est un bon exemple d'argumentation autour de la question d'extension du territoire, en cela qu'elle paraît montrer une forme d'opportunisme de la profession qui se sert de la médicalisation et des modifications sociales pour étendre son champ d'intervention :

« Le nombre de personnes âgées et très âgées ne cesse de croître, c'est à un véritable problème de société que nous allons être très prochainement confrontés. La relative impuissance des traitements médicamenteux face à ces pathologies démentielles, notamment dégénératives, donne toute son importance aux rôles que peuvent jouer des professionnels comme les orthophonistes qui proposent des prises en charge visant à ralentir le processus dégénératif irréversible et surtout à aider le malade et son entourage à s'adapter au mieux à la situation. » (Rousseau, *Rééducation Orthophonique* 212, 2002, p 128).

L'orthophonie se sert alors de ces nouveaux problèmes de société pour légitimer sa pratique, en notant le nombre grandissant de certaines maladies. Il s'agit donc d'un mouvement de rhétorique professionnelle de la part de l'orthophonie : l'orthophonie peut étendre son territoire en évoquant la norme changeante.

Comme autre exemple, nous pouvons citer celui de la rééducation des traumatisés crâniens. Sujet très souvent abordé dans *Glossa*, beaucoup moins dans *L'Orthophoniste* ou dans *Rééducation Orthophonique*, la rééducation des traumatisés crâniens a débuté après la seconde guerre mondiale, au vu du nombre important de blessés de guerre. Mais elle « s'est surtout développée à partir des années 60, parallèlement à l'accroissement de la traumatologie routière » (Mazaux, *Rééducation Orthophonique* 188, 1996, p 381). Nous observons bien alors une nouvelle fois comment les paramètres sociaux, ici le nombre de plus en plus important de personnes utilisant une voiture, ou encore l'évolution de la puissance et de la vitesse des automobiles, influent sur le médical, et profite à l'orthophonie qui peut étendre et légitimer sa pratique.

Les taux de mortalité ont également été modifiés dans le cadre de nombreuses pathologies, comme par exemple les cancers des voies aéro-digestives supérieures. Avec l'aide des antibiotiques et d'une « meilleure gestion des complications » (Sarini, *Rééducation Orthophonique* 243, 2010, p 45), le taux de mortalité est passé de 30% à moins de 1% dans la deuxième moitié du XXème siècle. Ainsi, les rééducations de la voix ont été plus demandées.

Enfin, la société tend à augmenter ses attentes concernant l'éducation scolaire. En 1997, Mocrette, orthophoniste, écrivait dans la revue *L'Orthophoniste* (164) que notre société industrialisée, informatisée, exige un niveau de qualification qui inclut une lecture bien comprise et une expression écrite aisée. Plus tard, Ringard, inspecteur d'académie, expliquait que « le climat singulier d'attention au langage oral et écrit ne s'explique sans doute complètement, ni par les polémiques scientifiques ou pédagogiques existantes, ni par l'apparition sur le marché d'un nombre croissant de « psychologues installés » ou de « logopèdes avérés », mais par l'importance de la maîtrise du langage comme élément de réussite scolaire, d'intégration sociale et d'insertion professionnelle », (*L'Orthophoniste* 201, 2001, p 20). Enfin, Roustit expliquait en 2002 que « la maîtrise de la langue orale et écrite constitue l'enjeu central de toute scolarité et, au-delà, un élément essentiel de

l'exercice de la citoyenneté » (*L'Orthophoniste* 217, p 20). Ainsi, les préoccupations concernant le langage oral et écrit ont nettement augmenté, en cela qu'elles sont un aspect déterminant de la vie sociale et professionnelle future.

Toutes ces évolutions sociales ont servi à l'orthophonie qui a pu investir de nouveaux champs d'intervention: nous observons bien un enjeu autour du langage, notamment du langage écrit, avec un taux fort d'articles mentionnant ce sujet, des articles traitant de l'illettrisme (surtout dans *L'Orthophoniste* dans sa volonté d'accroître la prévention), ainsi qu'une nette évolution du nombre d'articles traitant des maladies neuro-dégénératives (de 0% d'articles entre 1986 et 1990 à 20,5% d'articles entre 2006 et 2010 pour *Glossa*, et des évolutions similaires pour les revues *L'Orthophoniste* et *Rééducation Orthophonique*).

Ainsi, certains articles évoquent que de plus en plus d'enfants ont des difficultés dans certains domaines : le langage, la communication et la socialisation (Chevrie-Muller, *Glossa* 26, 1991) : « des études ont suggéré que 20% des enfants entrant à l'école ont des difficultés dans ces domaines. Ceci apparaît plus important qu'il y a 10 ou 15 ans » (p7). Si nous pouvons croire que les pathologies sont de plus en plus nombreuses, il est difficile de savoir, en raison du changement d'exigences, si ce que les auteurs appellent une « baisse de capacité » (p7) est réelle ou si elle provient de ces modifications sociales par une évolution des attentes de la part des enseignants, des chercheurs ou encore des parents, d'où l'importance de considérer les évolutions sociales. La modification des attentes va alors remanier la norme sociale, et l'orthophonie utilise une nouvelle fois cet argument pour étendre son territoire et légitimer sa pratique pour ces enfants. Outre la modification du seuil de perception des troubles, dont traitent Aiach et Delanoë (1998), ces auteurs parlent également de « médicalisation de l'échec scolaire » (p24), médicalisation qui est surtout le fruit d'une quête juridictionnelle de la part des professions médicales et paramédicales.

Cette stratégie de médicalisation concernant l'extension des champs d'intervention des troubles écrits ou oraux (d'ailleurs appelés aujourd'hui troubles d'apprentissage) a permis à l'orthophonie de légitimer des pratiques de prévention et de dépistage. En 2001, un article cite de nombreux travaux qui ont mis l'accent sur « quelques faits de société alarmants » (Ferrand, *Rééducation Orthophonique* 204, p 6): l'échec scolaire, l'illettrisme, leurs coûts économiques et leurs conséquences sociales. Dès les années 1970, les orthophonistes, constatant la hausse sensible des patients relevant de leurs soins, attirent l'attention des pouvoirs publics. En effet et selon eux, « depuis trop longtemps, les orthophonistes voient en consultation : des enfants de 8-10 ans présentant encore des retards importants de langage qui ont entraîné inexorablement une inadaptation scolaire ; des enfants placés à tort dans des structures pour déficients intellectuels alors qu'ils présentent des surdités non-dépistées ; des adultes présentant une inorganisation syntaxique telle qu'elle leur interdit l'accès à toute promotion professionnelle, etc. Face à ce constat, les professionnels estiment de leur devoir d'intervenir partout où leur présence permettra de prévenir le handicap » (sans auteur, *L'Orthophoniste* 16, 1982, p 1).

L'orthophoniste se donne alors également le rôle de faire disparaître cet « échec social que constitue l'illettrisme » (Mocrette, *L'Orthophoniste* 77, 1988, p 5).

En se servant des modifications sociales et en médicalisant certaines pathologies, l'orthophonie a pu élargir son champ de compétences. Le phénomène de médicalisation a également eu des effets sur la terminologie des pathologies.

2. L'évolution terminologique : médicalisation de nouveaux territoires professionnels par l'orthophonie

Les articles des différentes revues illustrent l'évolution permanente de la terminologie utilisée pour traiter d'une pathologie. Ainsi, dans un article de *Rééducation Orthophonique*, daté de 1969 (Levron-Molinier, numéro 43), le terme de « bec de lièvre » était encore employé. Ce terme est également usité dans une étude de *Glossa* de 1987 : « On remarquera que tous les enfants présentant un bec de lièvre avec division palatine commencent le développement phonétique assez lentement et accélèrent ensuite leur apprentissage » (Baylon-Campillo, *Glossa* 5, 1987, p 1). Progressivement cette formulation va être remplacée par celle de "division ou fente palatine" par les auteurs. De plus, dans un article de 1994, l'auteur précise que l'utilisation sémantique « historique » de bec-de-lièvre est à proscrire (Nallet, *Rééducation Orthophonique* 179, 1994). Les professionnels intervenant dans les revues tiennent donc compte de l'évolution terminologique, liée à celle de la médecine, quand ils mentionnent une pathologie.

Les articles traitant de la « débilité » sont également très fréquents dans les années 1960 et 1970, particulièrement dans la revue *Rééducation Orthophonique*. En effet, ce terme revient très régulièrement, et est aussi bien employé pour parler de débilité mentale que de débilité motrice, visuelle ou auditive (Tellez, *Rééducation Orthophonique* 16, 1965). Dans certains articles, la débilité mentale et la dyslexie sont mentionnées ensemble, les auteurs exprimant l'importance des signes de dyslexie chez les « enfants débiles » (Borel, *Rééducation Orthophonique* 30, 1967), ou encore quand Girardot évoque que « deux enfants sont nuls en calcul, mais ils accusent une certaine débilité en plus de leur profonde dyslexie » (*Rééducation Orthophonique* 71, 1973, p 202). Les auteurs de l'époque établissent également des liens entre la débilité et l'échec scolaire. Le terme de « débilité » est employé jusqu'en 1978 par Brauner (*Rééducation Orthophonique* 104). Les termes « d'arriérés mentaux », « sous-doués », sont régulièrement présents. Ils étaient alors fréquemment utilisés à l'époque en psychiatrie. Aucun article traitant de la « débilité » n'est à relever dans les autres revues, trop récentes, et qui mentionnent donc préférentiellement la déficience intellectuelle. Les notions d'arriération et de débilité ont alors progressivement été remplacées par la déficience mentale ou bien le handicap mental, connotés moins péjorativement et qui laissent à penser que la "débilité" a été progressivement médicalisée.

Le terme de « mongolien », basé uniquement sur une description physique, a également disparu. Ainsi, cette formulation était encore employée en 1974 par Borel, dans un article où elle décrivait un patient « de type mongolien ». (*Rééducation Orthophonique* 77, 1974, p 213). Cependant, « la découverte de l'origine génétique de la trisomie 21 a changé le regard que la société portait sur ceux que l'on nommait avant les mongoliens. » (Bigot de Comite, *Glossa* 65, 1999, p 4). Les auteurs mentionnent par la suite dans leurs articles la trisomie 21. Un article, « les trisomiques parmi nous où les mongoliens ne sont plus » dans *L'Orthophoniste* (Cuilleret, numéro 8) paru en 1981, revient sur cette évolution terminologique : « il s'agit d'un fait social : le mongolien est rejeté tant par les autres que par sa famille ; de plus, il est en situation psychologique de ne pas se défendre. De lui, on a dit qu'il ne comprenait pas, qu'il n'avait ni possibilités d'abstraction ni possibilités d'imagination [...]. En 1959, l'équipe Gauthier, Lejeune et Turpin introduit une notion nouvelle, celle de « trisomie » qui abolit le passé. Le mongolisme n'existe plus, la trisomie devient pour tous une « maladie » génétique avec sa symptomatologie, ses problèmes, et qui dit problème dit recherche de solution » (Cuilleret, 1981, p 13). La rééducation, notamment orthophonique, commence à se développer autour de ces enfants : « il me semble, tant les problèmes de langage sont au centre des difficultés de l'enfant, que ce travail revient à l'orthophoniste » (p 13). Cette évolution terminologique spécifique avait pour vocation d'oublier les termes utilisés dans le passé, jugés désormais péjoratifs. Le titre même de l'article de l'orthophoniste Cuilleret (*L'Orthophoniste* 8) semble différencier les trisomiques et les mongoliens, comme s'il ne s'agissait pas de la même pathologie. La découverte d'une maladie précise, la trisomie 21 a requis un changement de terminologie, d'un terme basé sur le physique à un terme médical, puisque la maladie elle-même a été médicalisée.

Lors de nos analyses, nous avons également pu remarquer que certains termes s'étaient précisés avec le temps. En effet, des revues telles que *Rééducation Orthophonique* ou *Glossa*, ont d'abord traité des difficultés en mathématiques avant d'employer le terme de « dyscalculie ». Si le concept de dyscalculie a réellement fait son apparition dans les années 1970 et a constitué un domaine d'action des orthophonistes depuis le début, « le bilan et la rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique sont inscrits de manière très précise dans la nomenclature en vigueur depuis juillet 2002 » (Legeay et Morel, *L'Orthophoniste* 227, 2003, p 19).

L'orthophonie suit donc les modifications terminologiques induites par la médicalisation. Elle intègre les nouvelles terminologies qui dépendent du passage d'un problème dans le monde médical. Ce changement de terminologie s'accompagne de la disparition de certains termes, jugés archaïques. Au lieu de descriptions physiques, telles que « bec-de-lièvre » ou « mongolien », les termes médicaux sont intégrés. La terminologie n'est donc pas propre à l'orthophonie mais répond parfaitement au processus de médicalisation, signe que l'orthophonie suit ce mouvement. Puisque les inférences scientifiques sont prépondérantes, ces modifications terminologiques lui permettent alors de rendre d'avantage légitime l'extension de leurs juridictions

professionnelles. En plus de ces modifications terminologiques, les orthophonistes tentent aussi de remodeler les classifications des pathologies si besoin, pour intégrer les nouveaux syndromes et les relier les uns aux autres.

3. Questions de classification et quête de légitimité

Cette partie se sépare en deux axes : le premier consiste à présenter notre travail de catégorisation des pathologies, avec ses difficultés méthodologiques et ses résultats, très intéressants en termes de quêtes de légitimité de la profession ; le deuxième montre que les orthophonistes sont également investis dans cette mission de classification des pathologies afin de clôturer leur champ de pratique par rapport aux autres professions adjacentes.

Puisque nous voulions comprendre le phénomène d'extension des pathologies en orthophonie, nous pensions réaliser une catégorisation des différentes pathologies mentionnées dans les articles, Elle aurait permis de réduire la longueur et lourdeur du tableau réalisé (cf. annexes II) et de décrire les rapprochements entre les pathologies. La tâche est en fait très complexe, puisque nous devons dans un premier temps déterminer par quels critères nous allions séparer les pathologies. Il n'était donc pas évident de choisir ces catégories : par exemple, si nous décidions de classer les pathologies par étiologie, nous aurions alors séparé l'alexie et la dyslexie puisque le premier est dû à une lésion acquise, type accident vasculaire cérébral le plus souvent, contrairement au second considéré aujourd'hui comme trouble développemental. Dans ce même exemple, si nous avions décidé de classer par effets, ces deux pathologies auraient fait partie de la même catégorie car les deux sont un trouble de la lecture. Dans ces réflexions, il était difficile de connaître la catégorisation la plus pertinente. De plus, nous nous sommes rendu compte que si le regroupement aurait été bénéfique pour alléger les informations données dans les revues, il aurait eu le défaut de faire disparaître l'évolution intra-regroupement, car nous n'aurions pas pu faire apparaître que telle pathologie est apparue au sein d'une classe qui existait déjà, alors que c'est là-même que se situe le cœur de notre sujet.

Il nous est apparu un second problème à ces catégorisations. En effet, la distinction entre symptôme et syndrome n'est parfois pas limpide, ni pour nous, ni même pour les auteurs. Une pathologie peut ainsi être considérée comme un symptôme dans un article, puis comme un syndrome dans un autre. Par exemple, l'apraxie de la parole n'est pas considérée dans un article de *Glossa* par certains spécialistes « comme un syndrome distinct, mais comme un symptôme caractéristique d'une aphasie expressive » (Lebrun, *Glossa* 23, 1991, p22) alors que d'autres pensent qu'elle est une pathologie indépendante (théorie de Martin décrite par Lebrun). Dans les tendances psychiatriques qui ont vivement influencé les débuts de l'orthophonie, « le déficit du langage n'est qu'un symptôme de quelque chose qu'il faut traiter » (Launay, *Rééducation Orthophonique* 88, 1976, p 173). Il est intéressant de noter la divergence des définitions du terme même « symptôme ». Dans ce courant en effet, la notion de symptôme n'est pas la définition

telle que nous pouvons l'envisager : « il se trouve que le mot symptôme a au moins deux sens : celui, classique, de signe d'une maladie (mais plutôt de signe subjectif) et le sens psychanalytique, qui veut dire, émergence de l'inconscient, manifestation de conflit intra psychique. » (Dubois, *Rééducation Orthophonique* 155, 1988, p 305). Dans le courant psychanalytique, c'est donc la personne même dans sa globalité qu'il faut traiter, puisqu'elle constitue ainsi le « syndrome » dans lequel se structurent des symptômes plus ou moins visibles. Cette idée que ces pathologies, les troubles du langage écrit aussi bien que les troubles du langage oral étaient un symptôme a été importante durant les années 1960/1970, lorsque la psychanalyse opérait une percée dans les milieux de la rééducation orthophonique. De la même manière, l'autisme a eu un statut flou au cours de l'évolution telle qu'on peut l'observer dans les revues. Pour Vexiau en 1987, l'autisme est encore trop souvent présenté comme une psychose dont les effets seraient irréversibles et tireraient leur origine d'une pathologie familiale, à cause d'une relation insatisfaisante avec la mère. Elle décrit alors comment l'autisme a été vu comme un symptôme de carences familiales, notamment affectives. (*Rééducation Orthophonique* 150, 1987). Alors, « dans ces conditions, les difficultés de l'enfant à établir des relations interpersonnelles seraient la conséquence et non la cause de l'autisme » (p168). L'autisme est bien parfois considéré comme un syndrome clair, et parfois décrit comme un symptôme dû à des causes affectives. Dans ce cadre de divergence de point de vue syndrome/symptôme, la classification n'aurait a priori montré que les syndromes, mais dans ce cas, faut-il introduire l'autisme dans la classification, faut-il le laisser de côté ou faut-il encore observer les idéologies dominantes au cours du temps et n'inclure l'autisme qu'à partir du moment où il a été considéré le plus souvent comme syndrome ?

Enfin, dans le cas où nous choisirions un mode de classification, par exemple par origine, et entreprendrions des regroupements, nous nous sommes rapidement confrontées à la barrière de l'évolution historique. Il est en effet tout à fait possible d'effectuer une classification des pathologies prises en charge en orthophonie en 2010 et d'en faire des regroupements selon les termes que nous connaissons aujourd'hui. Mais l'analyse des revues montre également l'évolution des regroupements, et nous assistons à des modifications dont il est impossible de ne pas tenir compte dans ce mémoire, faute de quoi nous ferions une erreur de neutralité en considérant nos connaissances acquises au cours de nos études et de nos stages. Faire une classification depuis 1963 en utilisant les domaines et les termes connus et utilisés aujourd'hui aurait alors été un anachronisme, une faute par rapport à la chronologie et donc une faute historique.

Pour toutes ces raisons, une classification n'a pas été réalisée, et les tableaux sont restés bruts et complets. Toutefois, pour comprendre l'apparition de certaines pathologies, nous avons effectué des regroupements sur tranche de cinq ans de façon arbitraire, en fonction des symptômes développés dans les articles et des possibles classes mises en évidence de façon objective (annexe IV). Les symptômes sont alors reliés à une ou plusieurs pathologies. Pour la revue *Glossa* dont le premier numéro date de 1986, nous observons des éléments importants. Dans la première période de cinq ans, les pathologies citées sont surtout les pathologies socles de l'orthophonie, la surdité, les fentes palatines,

la dyslexie, les aphasies par accident vasculaire cérébral, avec leurs symptômes respectifs, aphasie, trouble de la voix, trouble de parole, trouble de la lecture. Nous voyons bien alors comment les orthophonistes tentent d'inscrire la rééducation (ou ici l'éducation) de la lecture chez les personnes atteintes de cécité à leurs pratiques puisque le symptôme est le trouble de la lecture, déjà connu par la dyslexie. L'autisme apparaît également dans cette première période comme trouble de la communication : ce qui est intéressant ici, c'est que seul l'autisme a un symptôme de trouble de communication. A l'inverse, dans les périodes qui suivent, le trouble de la communication paraît être un symptôme prégnant, puisque souvent relié aux pathologies évoquées. Le trouble du langage est également associé à presque chacune des pathologies dès le départ, et nous reconnaissons bien l'orthophoniste en tant que thérapeute du langage. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer s'explique d'ailleurs, dans les articles, par cette perte progressive du langage. Dans la période 1991/1995, la Sclérose Latérale Amyotrophique trouve sa place dans les pathologies prises en charge en orthophonie uniquement pour la forme bulbaire (« celle des trois formes de la SLA qui concerne les orthophonistes est la forme bulbaire », Du Penhoat dans *Glossa* 28, 1992, p42), car c'est la seule qui provoque des troubles de la parole (dysarthrie) et des troubles de la déglutition (dysphagie), symptômes déjà pris en charge en orthophonie pour les traumatisés crâniens ou les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral. Les autres formes de Sclérose Latérale Amyotrophique ne sont pas prises en compte comme du ressort de l'orthophonie, et ne le sont toujours pas actuellement. Dans la période 1991/1995, les paralysies faciales périphériques apparaissent puisqu'elles supposent des troubles de la parole. A cela est rajouté dans la période suivante les troubles du sourire, eux même directement reliés aux troubles de la communication. En effet, « en tant que mimique de communication fondamentale dans notre société » (*L'Orthophoniste* 223, 2002, p12), les troubles du sourire ont leur place en orthophonie. Il n'est évidemment pas possible de traiter de tous les exemples, mais nous voyons bien comment des pathologies dont nous nous demanderions pourquoi font-elles partie des prises en charge orthophonique sont imbriquées à d'autres par des symptômes communs.

Puisqu'une pathologie présente un symptôme présent dans une autre pathologie déjà prise en charge en orthophonie, l'orthophonie se légitime le droit de traiter ce nouveau syndrome. Les exemples et les citations mobilisés sont presque constamment des formes de rhétoriques professionnelles où les orthophonistes veulent montrer à tout prix que telle pathologie doit faire partie de leur territoire puisque le symptôme décrit leur est déjà connu grâce à une autre pathologie.

Il existe des classifications des pathologies dans les décrets ou les nomenclatures. Lors d'apparition de nouvelles pathologies dans le champ de l'orthophonie, les orthophonistes cherchent à modifier ces classifications. En effet, « une des propriétés attendues d'une classification est de regrouper des éléments qui partagent des caractéristiques communes. Elle (la classification) doit être d'utilisation simple et valide [...] Elle doit permettre de décrire des groupes et de générer des hypothèses, notamment

rééducatives. » (Auzon, *Rééducation Orthophonique* 239, 2009, p41). Cela permet donc de produire des grandes classes de syndromes ayant des liens. Pour Borel, « la classification des troubles est actuellement très vaste » (Borel-Maisonny, *Rééducation Orthophonique* 157, 1989, p3) et il y a plusieurs façons de procéder à cette classification. Comme le précise l'orthophoniste Blum, « la classification des troubles (NDRL : pris en charge en orthophonie) peut être faite de différentes manières, en fonction de leur origine ou de leurs effets » (*Rééducation Orthophonique* 19-20, 1966, p 7). Pour Auzon, « les classifications peuvent à priori reposer sur des considérations neurologiques (étiologiques ou topographiques), sur des considérations physiopathologiques ou sur des considérations cliniques, voire combiner ces points de vue » (*Rééducation Orthophonique* 239, 2009, p33). Ainsi, les orthophonistes tentent de déterminer le meilleur moyen de procéder à la classification en tenant compte des évolutions médicales qui sous-tendent les liens entre les différentes pathologies. Comme la médicalisation a développé le territoire global de l'activité médicale et a entraîné le développement de nombreuses professions paramédicales, le but d'une classification est alors de spécifier son activité, de clôturer son champ d'intervention et donc de définir des frontières entre les différents intervenants.

Cette réflexion autour des classifications, qui ont pour but de délimiter le territoire de l'orthophonie, pose la question des luttes juridictionnelles entre les professions. Si les orthophonistes cherchent tant à créer des classifications, nous imaginons qu'il s'agit d'une volonté d'interdire l'accès aux pathologies qu'elle prend en charge aux autres professions connexes.

III. Une évolution selon les inférences investies et la question juridictionnelle

1. Les frontières de l'orthophonie par rapport aux disciplines connexes

1.1. Des inférences psychanalytiques aux inférences neuropsychologiques

Les débuts de l'orthophonie donnent beaucoup de place aux inférences psychanalytiques. L'histoire de l'orthophonie décrite dans certains livres nous l'apprend et l'explique. Celle-ci met alors l'accent sur la relation, la globalité de l'individu. Diatkine expose même qu'entre la psychothérapie et l'orthophonie, « à la base il n'y a pas de différence » (cité par De Luca et Vilboux, 2007, p27). Mais ces inférences vont rapidement laisser place à celles des neurosciences, de la psychologie cognitive, tous regroupés sous le nom de neuropsychologie. En effet, les revues *Glossa* et *L'Orthophoniste*, respectivement créés en 1986 et 1980, ne traitent pas des articles sous un aspect psychologique ou psychanalytique. La limite à cela réside dans le fait que

L'Orthophoniste, à ses débuts, ne proposait que très peu d'articles traitant des pathologies ou de la prise en charge en orthophonie, puisque presque entièrement dédiée aux questions pratiques, comme par exemple l'installation dans un cabinet libéral. En revanche, *Glossa* est une revue de recherche, à visées plutôt cognitives et neuropsychologiques, et dans laquelle il n'était donc pas étonnant de ne rien trouver concernant des inférences psychanalytiques.

Entre 1970 et 1980, la neuropsychologie a progressivement pris une place importante dans la profession, pour finalement créer une véritable « ère cognitive » (Gerard, *Glossa* 47, 1995, p95). La neuropsychologie se définit comme

« une discipline récente à peine centenaire, dont l'objectif premier est de traiter des fonctions mentales supérieures en rapport avec les structures cérébrales et leur localisation. De nombreux domaines sont concernés par la neuropsychologie: langage et communication, fonctions sensorimotrices, capacités visuo-spatiales, mémoire et attention, capacité et raisonnement..., domaines spécifiques mais aussi imbriqués les uns aux autres. Cette discipline, née dans le cadre de la neurologie adulte, a ensuite été enrichie par les apports de la psychologie expérimentale, de la psychométrie, de la psychologie cognitive, des neurosciences, et elle s'est ouverte à l'enfant. On voit d'emblée, dans quelle mesure les champs de compétences des orthophonistes, enseignants, psychologues peuvent s'enrichir de l'apport de la neuropsychologie » (Robin, Malquarti, Martin, *Rééducation Orthophonique* 217, 2004, p146).

En effet, « force est de constater la place de la neuropsychologie dans l'orthophonie moderne. De plus en plus, nous sommes documentés sur le langage, la mémoire, les fonctions exécutives, les praxies, les gnosies ou encore les capacités visuo- spatiales. » (Lamargue-Hamel, *Rééducation Orthophonique* 218, 2004, p3). Le nombre d'articles spécifiques traitant des domaines "neuropsychologiques" est particulièrement important, dès les débuts de *Glossa* en 1986, comme par exemple l'article « Sémiologie, évaluation et principes de rééducation des troubles neurovisuels d'origine centrale », écrit par Chokron (*Glossa* 51, 1996), elle-même neuropsychologue. En investissant la neuropsychologie, l'orthophonie traite maintenant des pathologies du langage, tout en prenant compte des processus cognitifs qu'elle traite en parallèle. (Perrier, Lambert, David-Grignot, *Rééducation Orthophonique* 208, 2001). La profession a donc pu étendre son champ d'intervention grâce à la neuropsychologie et a modifié sa pratique en fonction des nouvelles connaissances apportées par cette dernière : « Dans le champ de compétence en orthophonie, le développement d'une neuropsychologie cognitive a permis de renouveler la clinique des troubles développementaux chez l'enfant » (Roustit, *Rééducation Orthophonique* 231, 2007, p14).

Si la neuropsychologie est maintenant si importante en orthophonie, cette dernière ne se nourrit pas que de cette science : en 1973, Sadek-Khalil écrivait que « comme toujours en orthophonie, nous sommes (...) à un carrefour de disciplines : neurologie, phonétique, linguistique, psychologie, pédagogie... » (*Rééducation Orthophonique* 70, 1973, p 135). En 1998, la profession se situe toujours « au carrefour de plusieurs disciplines (médecine, linguistique, psychologie...) qui sont en constante évolution » (Brin, *Glossa* 62, 1998, p2). La question reste de savoir pourquoi l'orthophonie est née de tant de courants qu'elle a toujours gardés. Pour Nicolas-Jeantoux, l'orthophonie est aux confins de tant de disciplines puisque le langage lui-même est un comportement complexe qui s'enchevêtre avec les perceptions, les gestes, et fondé sur un réseau d'habitudes psycho-physiologiques et de structures inconscientes (*Rééducation Orthophonique* 178, 1994). Ainsi, nous comprenons bien que le langage est l'objet de nombreuses disciplines (psychologie, psycholinguistique, linguistique, même psychanalyse) et que l'orthophonie, en tant que thérapie du langage, se trouve forcément au carrefour de ces disciplines.

Pour certains auteurs dans les trois revues étudiées, depuis 1990, l'orthophonie se nourrit essentiellement de l'apport de la psycholinguistique : science née dans le cours des années cinquante qui se développe comme une discipline nouvelle, intermédiaire entre la psychologie et la linguistique et qui étudie les processus d'encodage et de décodage mis en jeu dans la communication verbale, « le champ d'intervention de la psycholinguistique (perception du langage, compréhension du discours, production et acquisition du langage) fournit des informations quant aux mécanismes d'acquisition du langage. Ces données ouvrent de nouvelles perspectives (...) dans l'orientation de stratégies thérapeutiques à développer en rééducation orthophonique » (sans auteur, *Rééducation Orthophonique* 161, 1990, p 81). Rondal pense même que « le référent théorique de l'orthophonie contemporaine paraît bien être les sciences du langage et singulièrement la psycholinguistique » (2007, p 17).

Toutefois, l'approche écologique décrite dans la première partie redonne à la profession d'orthophoniste un caractère psychologique, puisqu'elle prend en compte la personne dans sa totalité, dans son environnement, avec ses besoins et ses envies propres, et donne à la notion de bien-être psychologique une importance notable. Genouvrier, orthophoniste, dans *L'Orthophoniste* 286 (2009), situe alors deux extrêmes : « l'orthophonie mécanique et l'orthophonie psychologique » (p12). Cette citation peut nous évoquer la rééducation fonctionnelle, décrite précédemment et mentionnée par Guichard, psychologue en 1970 : « L'orthophoniste, le psychologue, comme toute approche clinique, visent dans leur rapports cliniques avec le patient à mettre en œuvre, rétablir, améliorer la possibilité de l'individu de communiquer avec le monde extérieur » (*Rééducation Orthophonique* 55/56, p 389). Pennec évoque d'ailleurs que « les contours de l'exercice sont tracés entre deux référents majeurs : celui de la technicité référée au modèle biomédical et à la neurologie, et celui du relationnel rapporté au psychologique et à une pratique écologique ou systémique » (2007, p 216).

Le caractère psychologique est donc toujours présent dans la pratique orthophonique, d'autant plus que la profession a pu progressivement gagner en légitimité dans la prise en charge des troubles fonctionnels. Cependant cette légitimité ne s'est pas réalisée de manière aisée. Laplantine en 1992, constatait même que « les troubles fonctionnels échappent à notre compétence (des professions médicales), ils relèvent de la psychologie » (p 278). Pour lui, les troubles fonctionnels ne relèveraient donc pas de l'orthophonie. Ces troubles sont, pour Borel (*Rééducation Orthophonique* 86, 1975) des pathologies dont les limites ne sont pas nettes : à l'inverse des troubles organiques, les limites des troubles fonctionnels sont plus difficiles à poser. Elles dépendent des normes, qui dépendent elles-mêmes des évolutions sociales, et la valeur même de l'intervention est ainsi parfois critiquée. Toutefois, dans un article de *Rééducation Orthophonique* (Numéro 51-52, 1970), un éducateur témoigne de l'extension du champ d'activité de l'orthophonie, qui selon lui est motivée notamment par la demande de l'extérieur. Il explique que selon lui, cette prise en charge progressive des troubles fonctionnels serait due à l'augmentation de la demande et non à la volonté stricte des orthophonistes d'étendre leur territoire.

En contradiction avec cette idée d'orthophonie plus axée sur la globalité du sujet, Genouvrier (*L'Orthophoniste* 286, 2009) souligne que pour elle, l'orthophonie se distingue des autres professions « psychologiques » puisque même quand pour une pathologie, il n'y a aucun accès à la langue et que tout est communication, l'attention orthophonique se distingue cependant de toute autre en cela qu'elle guette et attend cet accès.

L'orthophonie a ainsi toujours été à la rencontre de plusieurs sciences diversifiées mais nous nous sommes rendu compte qu'elle est également, depuis les années 1980 surtout, au carrefour de nombreuses professions paramédicales, à qui elle laisse une place de plus en plus importante au sein des revues.

1.2. L'orthophonie aux confins de disciplines paramédicales connexes

Dans chacune des revues traitées, les auteurs sont en majorité des orthophonistes : ils représentent en effet au moins 40% des auteurs qui écrivent sur les pathologies, par période. Dans *L'Orthophoniste*, ils représentent même toujours plus de 70%. En observant les professions des auteurs, nous pensons donner des informations concernant les inférences suivies par l'orthophonie.

Nous pouvons en effet faire le constat d'une modification progressive des auteurs des articles traitant des pathologies. En effet, dans *Rééducation Orthophonique* entre 1963 et 1970, outre les orthophonistes, trois grands groupes d'auteurs se démarquent : les médecins (pédiatres, neurologues, Oto-Rhino-Laryngologues, phoniatres), les psychologues et les enseignants/instituteurs. Nous retrouvons bien les fondements de l'orthophonie entre ces trois courants. En effet, De Luca et Vilboux constatent que cette

profession s'est créée au carrefour de plusieurs disciplines et que dans ses débuts, elle est surtout influencée par les domaines médical, psychanalytique et pédagogique (2007). Si en 1960 la psychanalyse est déjà minoritaire, la psychologie clinique donne une importance notable à l'individu dans sa globalité, et prêche des idées selon lesquelles les troubles « orthophoniques » sont essentiellement le reflet d'un trouble psycho-affectif. Le domaine de la psychanalyse semble quelque peu dépassé dans les revues analysées, mais les auteurs psychologues cliniciens restent présents. Il s'y ajoute à partir des années 1980 surtout des psychologues dont le paradigme est plus centré sur les neurosciences, tels que les psychologues expérimentaux, les psychologues cognitivistes et les neuro-psychologues.

Le domaine médical reste prégnant, notamment les auteurs neurologues et Oto-Rhino-Laryngologues. Ces derniers traitent naturellement en majeure partie de la surdité et de ses théories, sujet qui, nous l'avons vu, est important depuis les débuts de l'orthophonie à nos jours. A partir de 1970, les neuropsychologues prennent part à l'écriture d'articles, surtout concernant la dyslexie. Enfin, nous pouvons observer l'apparition de spécialités médicales, telles que les gériatres, les généticiens, etc., dans les années 2000.

Dès les années 1970, une nouvelle vague d'auteurs traitant des pathologies apparaît : il s'agit des professions paramédicales (psychomotriciens, kinésithérapeutes, ostéopathes, orthoptistes, ergothérapeutes), qui écrivent d'abord surtout en association avec les médecins (en tant qu'équipe pluridisciplinaire, par exemple par tous les professionnels du service d'un hôpital) puis qui s'affirment peu à peu comme ayant un discours distinct. En 1976 par exemple, un article écrit par une psychomotricienne traite de la collaboration entre les deux métiers qui à son sens, se complètent, puisque les troubles psychomoteurs, temporels et spatiaux, les difficultés d'attention s'ajoutent aux troubles relevant de l'orthophonie. Dans ce cas alors, « peut-être trouvons nous là des territoires de prédilections pour un travail commun. » (Fauvel, *Rééducation Orthophonique* 91, 1976, p 123). En 1980, Planté et Nedelec mettent en évidence l'importance d'une collaboration étroite entre chirurgiens, orthodontistes et orthophonistes dans le cadre des fentes faciales. Si l'on connaissait la collaboration précoce entre chirurgiens et orthophonistes, les orthodontistes sont ajoutés à cette pluridisciplinarité naissante (*Rééducation Orthophonique* 111).

Plus qu'un simple partage de travail, la pluridisciplinarité devient nécessaire, « essentielle » (Nallet, Nedelec, *Rééducation Orthophonique* 179, 1994, p 4), et intégrée le plus précocement possible. « Lors du bilan diagnostique, il s'agit de confronter les diverses observations pour construire un modèle de compréhension qui respecte la globalité de l'enfant en évitant le morcellement » (Roch, *Rééducation orthophonique* 231, 2007, p 277). La pluridisciplinarité évite en effet d'avoir des informations parsemées pour les parents, le langage d'un côté, la motricité de l'autre, mais sans lien. Par exemple, les troubles de l'oralité sont une pathologie qui, pour certains auteurs, se doit d'être abordée de manière pluridisciplinaire par des orthophonistes, pédiatres, psychologues, ORL,

phoniâtres, kinésithérapeutes, psychomotriciens, pédopsychiatres (Thibault, *Rééducation Orthophonique* 220, 2004). Dans ce cadre, l'orthophoniste n'est plus considéré comme le seul spécialiste de la communication, il partage ce travail avec d'autres, les psychomotriciens pour la communication gestuelle et corporelle, les ergothérapeutes dans l'accès à la communication. En effet, « la richesse du travail entrepris tient à la façon dont se sont articulés entre eux les différents professionnels facilitateurs de la communication » (Thiberge, Chateau, *Glossa* 42, 1994, p73). L'orthophonie redevient simplement le spécialiste du langage mais n'est pas le seul à statuer de son rôle sur la communication.

« L'objectif principal de toute l'équipe pluridisciplinaire consiste à développer, en collaboration et avec cohérence, cette communication au travers d'une prise en charge globale, adaptée au patient et dans laquelle la famille apporte le versant affectif indispensable. » (Roger-Dalbert, *Glossa* 45, 1995, p36).

La pratique pluridisciplinaire pose question, car « cette pratique pluridisciplinaire nécessite des bases de connaissances communes qui doivent rester un cadre de réflexion enrichissant et se nourrissant des pratiques de chacun » (Roch, *Rééducation Orthophonique* 231, 2007, p 227). Elle implique alors un dépassement de savoirs et de limite professionnelle : Roch parle même de risque de confusion des rôles. Les professions paramédicales prennent en compte le langage autant que l'orthophonie « ne peut travailler le langage sans prendre en compte les fonctions cognitives associées » (p 228). En intégrant des professions paramédicales aux articles de ces revues orthophoniques, l'orthophonie peut toutefois accroître son champ d'activité en grappillant un savoir-faire dans les autres professions qui écrivent pour elle et avec elle. L'hypothèse d'une stratégie de légitimation de sa pratique grâce au discours produit à propos de cette pluridisciplinarité peut être ainsi faite, laissant transparaître l'idée d'une rhétorique professionnelle de la part des orthophonistes.

Les auteurs paramédicaux sont particulièrement visibles dans *Glossa* et *Rééducation Orthophonique*, bien moins dans *L'Orthophoniste* puisque les articles sont en grande majorité écrits par des orthophonistes. Cependant, *L'Orthophoniste* propose depuis ses débuts (en 1980) des articles présentant des professions paramédicales, comme un dossier sur l'orthoptie (numéro 12, 1982) ou encore un dossier sur la psychomotricité (numéro 40, 1984), en montrant leur importance, sans les lier directement à l'orthophonie. Le lien est cependant indirectement fait puisque ces professions sont présentées par des orthophonistes le plus souvent dans un but de poser les frontières de chaque profession. Ces professions paramédicales sont également citées depuis 1970 puisque ce sont des professions récentes, qui ne cessent, comme l'orthophonie, de s'étendre : par exemple, l'ergothérapie s'est officialisée grâce à un décret de compétence en 1971 ainsi que les psychomotriciens, d'abord sous l'appellation de psycho-rééducateurs, en 1974. A priori donc, la plupart des professions paramédicales ont vu officiellement le jour entre 1960 et 1980.

Nos analyses nous ont permis d'affirmer que plusieurs professions coexistent dans les mêmes domaines, et que les frontières les délimitant sont parfois floues. Par conséquent, nous pouvons assister à l'apparition de luttes juridictionnelles entre les professions.

2. Une conséquence de l'explosion : les luttes juridictionnelles entre les professions

La théorie de la profession selon Abbott (1988) offre un cadre théorique intéressant à notre étude, qui vise notamment à comprendre comment se sont construites les frontières de l'orthophonie. La presse professionnelle est en effet un vecteur de la quête d'assise de la légitimité d'une profession. A travers nos analyses nous avons pu observer que ces revues étaient les vecteurs de la lutte juridictionnelle entre les différentes professions.

Comme le mentionne Nicolas Jeantoux, « le langage est l'objet de nombreuses disciplines : psychologie, linguistique, psycholinguistique, psychanalyse. Intervenir sur des troubles du langage c'est donc se trouver aux confins de ces disciplines » (*Rééducation Orthophonique* 174, 1993, p181). D'autres professions tels que des médecins, interviennent dans les différentes revues à propos de la pluridisciplinarité du langage : « Notre propos ne sera pas à proprement dit orthophonique, mais le langage n'est pas seulement l'affaire de l'orthophoniste » (Agostini, *Rééducation Orthophonique* 77, p 233). L'orthophonie se situe donc « au carrefour » de multiples disciplines, ce qui fait sa richesse tout en rendant nécessairement ses frontières davantage plus floues. Borel témoigne d'ailleurs sur ce fait : « On se pose encore des questions sur le domaine propre, les buts et les limites de notre activité. Le domaine est étendu ; n'empiète-t-il pas sur d'autres ? En psychologie et en pédagogie notamment ? » (*Rééducation Orthophonique* 17, 1966, p 59). L'activité de l'orthophoniste est spécifique, tout en empruntant des connaissances théoriques à de nombreuses autres disciplines voisines, connaissances qui sont nécessaires au renouvellement et à l'amélioration de sa pratique. Parallèlement à ce fait, les orthophonistes ont peu à peu été amenés à aborder de plus en plus de domaines, dont les limites ne sont pas forcément très nettes. Or, quand les frontières d'un domaine ne sont pas clairement établies, d'autres professions peuvent tenter d'ajouter ce dernier comme faisant partie de leurs juridictions. Les articles que nous avons analysés sont les témoins de ces luttes juridictionnelles entre professions.

« Depuis longtemps, l'orthophonie vit dans l'angoisse d'un partage de son "territoire" avec d'autres professions naissantes : les rééducateurs de l'Éducation Nationale pour le langage écrit, les aphasiologues et les neuropsychologues pour les troubles d'origine neurologiques, professions qui n'ont aucune existence légale, même si les disciplines existent et se conçoivent » (Kremer, *L'Orthophoniste* 194, 1999, p 2).

Dans *L'Orthophoniste*, les articles sont justement en lien avec une lutte pour faire entrer telle ou telle pathologie dans les décrets. En effet, les orthophonistes considèrent que le « décret est la base réglementaire qui protège la population de l'exercice professionnel illégal. Nul ne peut prévaloir du titre d'orthophoniste s'il ne satisfait aux exigences de la réglementation, comme nul ne peut dispenser, s'il n'est pas orthophoniste, les actes du décret si ces actes ne font pas partie de son propre décret d'acte » (*L'Orthophoniste* 261, 2006, p 7). A la fois donc, le décret permet de revendiquer l'intégralité de son champ d'activité, mais il permet aussi de faire face à la concurrence et d'empêcher l'empiétement de territoire. Les discours de cette revue sont alors explicitement des luttes juridictionnelles entre professions. D'ailleurs, les auteurs sont bien souvent des personnalités ayant un rôle politique fort dans la profession orthophonique (telle Denni-Krichel, actuelle présidente de la Fédération Nationale des Orthophonistes et qui a écrit de nombreux articles qui dénotent d'une volonté d'avancées de l'orthophonie).

2.1. Objets de lutte entre les neuropsychologues et les orthophonistes

Certains articles témoignent notamment d'une lutte concurrentielle entre les orthophonistes et les neuropsychologues. En effet, « il est de plus en plus fréquent de voir surgir le débat orthophonie-neuropsychologie dans le traitement de certains troubles de la communication » (Roustit, *L'Orthophoniste* 197, 1999, p 2). Cette concurrence juridictionnelle argumente que la neuropsychologie tente de se créer une place et de gagner en légitimité dans le champ encore assez ouvert de la dyslexie. En effet, « depuis que le terme de dyslexie est apparu dans la littérature, de nombreuses disciplines ont cherché à se l'accaparer et à le définir dans les cadres de leurs méthodes propres d'observation ou d'expérimentation ; leur vocabulaire spécifique tenant à leur façon bien particulière d'observer et de décrire la réalité ou les rapports qu'ils y découvrent, soit théoriquement, soit pratiquement mais biaisées par l'hypothèse ou l'instrumentation propres à chaque discipline » (Langevin, *Rééducation Orthophonique* 29, 1967, p 12) Ainsi, comme en orthophonie, chacun a « le souhait et le souci de faire progresser sa profession, sa formation initiale et son domaine de compétence. ». (Kremer, *L'Orthophoniste* 197, 1999, p 15). Kremer, dans un discours fort, insiste sur le fait que certaines professions profitent du « peu de références scientifiques concernant la dyslexie et cherchent à se mettre en avant, sans plus de preuves, à se placer dans l'avenir, voire à créer une nouvelle profession avec un statut, les neuropsychologues, dont il convient de préciser que la profession n'existe pas en tant que telle. » ». (*L'Orthophoniste* 197, 1999, p 15). De même, Roustit exprime le fait que « certains, comme la Société Française de Neuropsychologie de langue française, revendiquant la création d'un nouveau titre de neuropsychologue, alors que d'autres, comme bon nombre d'orthophonistes y voient un empiétement sur leur compétence. » (*L'Orthophoniste* 197, 1999, p 2).

Les neuropsychologues voudraient donc pouvoir contrôler cette juridiction particulière, en obtenant un statut officiel. *L'Orthophoniste*, dans un article de 2002 insiste cependant bien sur le fait que la neuropsychologie n'est pas une profession mais plutôt une science, niant ainsi la pratique clinique des neuro-psychologues. L'auteur s'appuie notamment sur le fait que la profession de neuropsychologue ne dispose pas encore d'un statut légal. Ainsi, d'après lui, «chacun, médecin, orthophonistes, psychologues, ergothérapeutes... peut disposer de connaissances pointues en cette matière, d'un abord différent, mais toujours complémentaire, et le monopole de la neuropsychologie n'a pas lieu d'exister» (Thibault, *L'Orthophoniste* 215, 2002, p 17). La stratégie de l'orthophonie est alors de ne pas considérer la neuropsychologie comme une profession, qui ne pourrait donc pas prendre en charge des pathologies. La neuropsychologie serait une science apportant à l'orthophonie des modèles de référence du fonctionnement cognitif, d'où l'orthophonie pourrait puiser ses connaissances. La profession peut en effet désormais traiter des pathologies du langage, tout en prenant en compte des processus cognitifs mis en jeu. « La neuropsychologie est une science qui nourrit l'ensemble des professions » (p 16). Ainsi, pour recevoir l'intégralité des prises en charge, les orthophonistes puisent dans la neuropsychologie en empêchant que la neuropsychologie ne puisse dans l'orthophonie en décrivant celle-ci comme une science et non comme une profession qui aurait le droit de prendre en charge certaines pathologies. Un article de *Rééducation Orthophonique* datant de 2001 (Numéro 208), fait également état du conflit existant entre les neuropsychologues et les orthophonistes. « Dans un article de *L'Orthophoniste* (2001), nous avons rappelé comment la situation de l'orthophonie et plus particulièrement la restriction de son champ d'activités pouvait s'expliquer avec l'histoire de la neuropsychologie » (Lambert, p 5). L'auteur revient également sur le fait que mémoire et langage forment deux unités indissociables. Les orthophonistes ne peuvent en conséquence traiter le langage de manière individuelle, sans tenir compte de ses liens avec la mémoire. Il en va de même pour les neuropsychologues qui sont dès lors amenés à rééduquer le langage, en lien avec la mémoire.

« Nous ne pouvons qu'espérer que les problèmes de recouvrement de champ d'activités entre les deux professions seront résolus dans la garantie des exigences scientifiques et thérapeutiques actuelles qui interdisent tout clivage entre fonctions cognitives. » (Perrier, *Rééducation Orthophonique* 208, 2001, p 5).

Dans *Rééducation Orthophonique*, nous remarquons que de nombreux auteurs issus de ces deux professions interviennent à propos de la rééducation de la mémoire. Ainsi, chaque profession décrit ses propres moyens de rééducation et légitime son action dans le domaine de la mémoire. Il est difficile de distinguer à qui revient la rééducation de ce type de pathologie en termes de juridictions.

2.2. Luites juridictionnelles entre l'orthophonie et la psychiatrie

Une autre lutte juridictionnelle peut s'observer entre l'orthophonie, la psychiatrie et la psychologie. Ainsi, comme nous l'avons vu précédemment, les rééducations qui font partie de la juridiction de l'orthophonie de manière historique concernent essentiellement les troubles organiques, telles que la surdité ou les fentes palatines. Pour les troubles fonctionnels de cause davantage incertaine, tel que le bégaiement, nous observons des divergences d'opinions sur la valeur de l'intervention. Le bégaiement est ainsi revendiqué par les psychiatres qui estiment que cette pathologie relève de leurs techniques. Le bégaiement, comme tout déficit langagier a en effet très longtemps été considéré comme étant un symptôme d'un trouble de l'affectivité. Ce n'était donc pas le symptôme qu'il fallait traiter, mais chercher plus loin en éradiquant le trouble. Le point de vue de la psychiatrie sur cette pathologie a longtemps été prépondérant, ce qui ne permettait aucune prise en charge par les orthophonistes. Progressivement, les orthophonistes ont commencé à réduire des patients atteints de bégaiement, invoquant la nécessaire prise en charge du trouble de langage et de communication. Le décret de compétences de 2002 assoit d'ailleurs de manière officielle la légitimité de l'orthophonie, en affirmant la r ducation du bégaiement comme faisait partie du domaine d'intervention de la profession. De même, si l'autisme était auparavant considéré comme étant du ressort de la psychiatrie, l'orthophonie a désormais sa place dans la prise en charge, comme nous l'illustrent de nombreux articles sur le sujet. Dans les premiers articles de *R ducation Orthophonique* des années 1960 et 1970, l'autisme était obligatoirement associé à celui de « psychose » et était considéré comme étant un symptôme de la schizophrénie. (Ferrand, numéro 103, 1978) : « Les autistiques forment un sous groupe de psychotiques. » (Brauner, *R ducation Orthophonique* 99, 1978, p 3). L'étiologie de l'autisme, comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, était alors reliée à un dysfonctionnement familial. En effet, les parents d'autistes ont longtemps été tenus pour responsables de la maladie de leur enfant : « Le rejet de la mère ou la passivité du père pouvaient générer un retrait émotionnel de la part de l'enfant. Les professionnels de terrain, souvent en situation d'échec et désorientés face à un trouble résistant aux thérapeutiques habituelles ne se privaient pas de rejeter la faute sur les parents. » (Vexiau, *R ducation Orthophonique* 180, 1994, p 393). L'enfant ne b n fiait donc que très rarement d'une r ducation orthophonique et était préférentiellement orienté vers un psychiatre. En outre « on attendait qu'il manifeste le désir de parler ou d'apprendre pour lui proposer des stimulations adaptées ». (p 393). Cependant, les avancées dans le domaine de la neurologie, de la génétique ont permis de supposer l'existence d'un substratum organique à l'autisme: « Dans ces conditions, les difficultés de l'enfant à établir des relations interpersonnelles seraient la conséquence et non la cause de l'autisme » (Vexiau, *R ducation Orthophonique* 150, 1987, p165).

L'évolution des connaissances théoriques sur l'autisme a permis un bouleversement de l'orientation de la prise en charge. Désormais, l'orthophonie est légitime, d'autant plus

que les problèmes majeurs de ces enfants concernent la communication et le langage. Vexiau insiste sur le fait que « les orthophonistes risquent de laisser de côté un domaine où ils (me) semblent avoir une place essentielle que n'ont pas seulement les psychiatres. » (*L'Orthophoniste* 61, 1986, p7). Les revues illustrent ici comment, grâce à l'évolution théorique et à celle de la médecine, la psychiatrie a perdu son monopole rééducatif, laissant ainsi une place à l'orthophonie.

Dans un article de *Rééducation Orthophonique*, une psychologue témoigne de sa pratique au quotidien, concernant notamment les difficultés en orthographe que certains de ses patients rencontrent. Elle explique qu'elle travaille sur la dédramatisation de l'orthographe ainsi que sur les relations que l'enfant entretient avec sa scolarité. Ainsi elle remarque que « certains chevauchements demeurent mais pourquoi pas ? Certes nos formations de bases restent différentes, mais elles ont été tellement retouchées et enrichies par le partage d'une même culture psychanalytique que les différenciations ne se posent plus en termes corporatistes » (Coutou-Coumes, *Rééducation Orthophonique* 200, 1999, p 142). Dans cet exemple, nous notons qu'une autre profession s'exprime sur l'orthophonie et reconnaît donc d'une certaine manière la légitimité de la profession.

2.3. Un champ de compétence commun entre les kinésithérapeutes et les orthophonistes

Seule la revue *Rééducation Orthophoniste* mentionne l'opposition entre les orthophonistes et les kinésithérapeutes, notamment en ce qui concerne le massage, à la marge de l'activité orthophonique. L'orthophonie souhaite pourtant défendre cette pratique en réagissant par rapport à une concurrence d'une autre profession, la kinésithérapie. En 1994, un kinésithérapeute, en voulant réimposer les frontières de sa profession, s'exprime sur le fait que « le massage est une technique très élaborée, demandant une connaissance et une pratique approfondie n'appartenant qu'aux masseurs-kiné de part la formation qu'ils en ont reçue » (Delignières, *Rééducation Orthophonique* 177, 1994, p 25), insistant alors sur la démarcation du champ de compétences de sa profession. Or cette déclaration remet en question l'utilisation du massage en orthophonie, une pratique qui reste certes encore peu répandue. En effet l'orthophoniste est amenée dans certaines rééducations à insérer quelques exercices de massage à sa pratique, notamment dans une optique de désensibilisation pour les troubles de l'oralité de l'enfant et de la personne handicapée. Senez revient sur le fait que « de nos jours, le champ d'intervention de l'orthophonie s'est élargi au delà des troubles de l'articulation, de la parole et du langage. Certaines rééducations nécessitent la connaissance de sensorialités jusqu'ici marginales dans l'enseignement et en particulier du toucher » (*Rééducation Orthophonique* 236, 2008, p 33). L'auteur précise également que le toucher est désormais de rigueur en orthophonie, notamment dans le but d'apporter des stimulations locales et de relaxer les fibres musculaires pour les cas de maladies neuro-dégénératives. Eyoum, orthophoniste, assure quant à elle la légitimité de l'utilisation du toucher dans certains

cas, en orthophonie : « Toucher correcteur, toucher perspectif et informatif, toucher thérapeutique ou de confort, découverte de son corps, il reste un acte de soin et de communication non-verbale, ce qui nous permet de le pratiquer de la naissance jusqu'à la fin des patients qui nous sont confiés » (*Rééducation Orthophonique* 236, p96). D'autres articles confirment la nécessité du toucher thérapeutique, notamment dans la démutisation de l'aphasie et dans l'éveil de coma : « Pour le thérapeute du langage, il fait partie d'une technique et surtout, d'un élément nécessaire au rétablissement de la communication » (Van Eeckhout, *Rééducation Orthophonique* 236, 2008, p142). Le massage constitue donc dans ce cadre une technique que peut utiliser l'orthophoniste. Il est cependant vrai que « dès que l'on parle de massages, on pense naturellement aux kinésithérapeutes. Pourtant, de plus en plus d'ouvrages présentent des techniques de mobilisation active et passive réalisées par des orthophonistes, notamment au niveau de la face, au niveau des organes phonateurs et bien sûr au niveau de la respiration » (Lerond, p151). L'utilisation du toucher thérapeutique n'est mentionnée dans les revues qu'à partir de la fin des années 2000. Cependant, dans la pratique orthophonique, notamment lors des manipulations laryngées dans les rééducations vocales ou lors des rééducations traditionnelles de l'articulation avec des guide-langues, le toucher était déjà employé. Le terme de « toucher thérapeutique » présente une terminologie assez récente, employée notamment pour positionner la pratique orthophonique par rapport aux autres professions. Nous pouvons nous attendre à rencontrer désormais davantage d'articles traitant de ce sujet, du fait de la « démocratisation » progressive de ce type d'approche, notamment grâce au développement de la formation OstéoVox.

2.4. La controverse pédagogie/ pathologie

Pendant longtemps, l'Éducation Nationale n'a pas souhaité reconnaître l'existence de la dyslexie. Ainsi, les rapports officiels ont mentionné que les troubles d'apprentissage (aussi bien du langage écrit, du langage oral que du calcul) sont considérés comme un problème de santé publique, mais ne citent pas la dyslexie. Les enseignants eux mêmes, pour beaucoup, estiment que les enfants dyslexiques relèvent de leurs techniques pédagogiques pour peu que celles-ci soient améliorées. Les psychopédagogues se demandent également en quoi les orthophonistes peuvent avoir à intervenir dans les états où les facteurs caractériels sont tellement intriqués aux problèmes pédagogiques et même aux problèmes de communication, que la rééducation de la parole et du langage peut apparaître de minime importance. (Borel, *Rééducation Orthophonique* 51-52, 1970) La dyslexie a toujours été un objet de débat passionné, aux multiples étiologies possibles selon les auteurs, les courants. « Si pour la plupart, la dyslexie est un trouble spécifique qui relève de la santé, pour d'autres, elle n'existe pas mais serait le résultat d'une mauvaise adaptation pédagogique » (Roustit, *L'Orthophoniste* 195, 1999, p 3). Les controverses idéologiques étaient donc de mise dans les années 1990, 2000. « Les orthophonistes se sont battus avec l'Éducation Nationale pour faire reconnaître la réalité de ce trouble, et pour qu'elle ne fasse pas obstacle aux rééducations » (Kremer, *L'Orthophoniste* 194, 1999, p 7). De même « qu'entre la maladie et la santé, il est malaisé d'établir une frontière

aux contours précis, la distinction entre pathologie et pédagogie présente bien souvent des difficultés qui paraissent insurmontables à certains » (*Rééducation Orthophonique* 2, 1964, p 2). Girolami-Boulinier, en cherchant un lieu neutre pour séparer les champs d'intervention, mentionne que « pour que l'orthophoniste trouve sa place vis-à-vis de la lecture et de l'orthographe, il ne faut absolument pas qu'elle empiète sur les soutiens scolaires et les réseaux actuels (RAS) organisés par l'éducation nationale » (*L'Orthophoniste* 127, 1993, p 2). Cet auteur exprime le fait que les frontières entre l'orthophonie et la pédagogie sont encore parfois floues. Les instituteurs craignent d'ailleurs que la rééducation orthophonique n'empiète sur leurs propres juridictions.

Ainsi et pour conclure, Borel fait remarquer que

« Si la phoniatrie n'est pas vraiment notre affaire, si l'éducation des sourds est plutôt dévolue aux professeurs des sourds [...] , si les troubles de la lecture et de l'orthographe doivent être un domaine réservé aux enseignants et aux rééducateurs de la dyslexie, si le fait d'intervenir sur les défauts de prononciation est plutôt de la domaine de la psychothérapie, si les troubles du langage dans l'aphasie ne semblent pouvoir être rééduqués valablement que par des aphasiologues, sous le regard des linguistes, si les IMC ne peuvent être aidés que par des éducateurs formés tout spécialement et non par des orthophonistes ignorant leurs problèmes (TARDIEU), si le gros des retardés de la parole est dévolu, dans les cas légers, aux jardinières d'enfants et institutrices de maternelle et, s'ils sont habités par quelque malaise d'ordre psychologique, doivent être envoyés en psychiatrie, si, si ... que nous restera-t-il ? » (*Rééducation Orthophonique* 62, 1971, p341).

Les orthophonistes sont alors pleinement conscients des professions concurrentes et cherche à prouver leur légitimité au sein des revues professionnelles.

2.5. L'exemple de la méthode Tomatis

Enfin, un dernier exemple frappant se rapportant aux luttes de territoire concerne une méthode, appelée méthode Tomatis. Décrite et critiquée dans *L'Orthophoniste* (Effet Tomatis, effet boomerang : Ferrand dans *L'Orthophoniste* 142, 1990) et dans *Glossa* (en tant que « mythe Tomatis » par Gomez et Tomkiewicz dans *Glossa* 32, 1992), la méthode Tomatis est vivement contestée par certains orthophonistes. Cette méthode « prétend » (p 42) prendre en charge un nombre croissant de tableaux pathologiques, qui concernent les pathologies prises en charge en orthophonie (dyslexie, troubles articulatoires, retard de parole, bégaiement, dysarthries, aphasies, retard de langage, dysgraphie, dyscalculie et dysphonie) en considérant l'oreille comme siège de la conscience. Le psychisme et l'audition se confondent, et la pathologie pour cette théorie résulte d'une victoire de

l'inconscient sur la conscience. Gomez et Tomkiewicz parlent même de caractère philosophico-religieux, qui aurait un succès auprès d'usagers à la recherche d'autres pratiques que celles médicales traditionnelles. Cette méthode se présenterait comme la thérapie de la dernière chance, quand la rééducation orthophonique ne montre pas d'efficacité. Le caractère virulent de ces deux articles montre la colère de certains orthophonistes – d'autres se retrouvant dans cette pratique - à l'égard de personnes, de professions ou de méthodes qui empiètent sur le territoire de l'orthophonie, et ceci est une nouvelle fois un bon exemple de lutte juridictionnelle. Cependant, il s'agit ici d'une lutte juridictionnelle pour exclure une pratique du champ orthophonique. En effet, les orthophonistes de l'époque se sont battus pour que la méthode Tomatis ne soit pas assimilée à de l'orthophonie. Ce combat s'est terminé par une affaire judiciaire, évoquée dans *L'Orthophoniste*.

2.6. Le paradoxe d'une légitimité offerte à d'autres professions

Certains articles ont attiré notre attention sur un point précis : dans certains cas et en contradiction avec les idées énoncées avant, les orthophonistes offrent une partie de leur légitimité à d'autres professions en leur transmettant une partie de leur savoir.

Les articles traitant du dépistage en sont un exemple frappant. Ainsi, les orthophonistes délèguent une partie de leur savoir dans les cas de dépistage des troubles du langage : « cela devient en quelque sorte une délégation de compétence dans un cadre très précis » (Kremer, *L'Orthophoniste* 134, 1993, p 3). Cette délégation s'effectue dans une optique de partage de savoir faire. Le dépistage a notamment pour but d'essayer d'enrayer l'illettrisme, qui concerne les personnes scolarisées en France et qui n'ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture et des compétences de base pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante. (sans auteur, *L'Orthophoniste* 266). L'illettrisme est considéré de nos jours comme un problème de société alarmant. Cependant, l'orthophonie n'a pas pour optique de médicaliser l'illettrisme. La profession ne cherche pas spécialement à étendre ses juridictions dans ce domaine. Ainsi, « le but n'est pas de faire de l'illettrisme une nouvelle pathologie relevant d'une rééducation » (Perrin et Nasser, *L'Orthophoniste* 141, 1994, p 26). En effet, dans la plupart des articles lus, « l'illettrisme n'est pas en soi une pathologie. C'est une situation qui est engendrée par plusieurs axes, tous présents et liés, et l'orthophoniste ne possède pas les compétences nécessaires à la résolution des problèmes pédagogiques, sociaux et psychologiques d'une personne illettrée » (Mocrette, *L'Orthophoniste* 164, 1994, p 23). L'orthophoniste intervient quand certaines d'entre elles souffrent de pathologies (à entendre comme trouble spécifique) du langage écrit, voire du langage oral. Dans ces cas là, la rééducation orthophonique est légitime. L'orthophoniste est cependant un des professionnels les plus qualifiés quant aux pathologies du langage écrit. Il possède donc des connaissances qui peuvent éclairer les professionnels entourant la personne illettrée tels que les médecins ou les éducateurs. Une collaboration entre médecins, orthophonistes et autres professionnels est considérée comme nécessaire : « il convient d'élargir notre

champ d'action, et de mettre à disposition de toute ceux qui ont un rôle à jouer auprès de l'enfant ou adolescent notre expérience, nos outils et notre conception de la prévention » (Kremer, *L'Orthophoniste* 170, 1997, p 8). L'orthophonie est impliquée dans l'illettrisme, mais davantage dans une fonction de transfert de savoir aux acteurs déjà engagés dans ce terrain, que dans une optique de prise en charge. Nous pouvons donc nous demander pourquoi les orthophonistes ne luttent pas pour acquérir la rééducation de l'illettrisme. L'illettrisme n'est pas en soi une pathologie puisqu'elle n'est pas médicalisée. Même si la conséquence de l'illettrisme est l'impossibilité de lire et écrire, les causes semblent être pour les professionnels qui en témoignent sociales et psychologiques. En cela, et dans le cadre d'une orthophonie axée sur le biomédical, nous pouvons comprendre que l'orthophoniste ne veut pas prendre une place dans la rééducation, même si sa place dans la prévention et le dépistage est revendiquée. Cependant, nous pouvons également nous demander si le fait que l'orthophonie contrôle le savoir qu'elle partage avec d'autres professions ne renforcerait pas ses juridictions dans d'autres domaines. Ainsi, l'orthophonie se positionne en temps que spécialiste de la rééducation du langage écrit, mettant ainsi en avant son contrôle de cette juridiction précise, pour par la suite déléguer une partie de son savoir aux personnes qui interviennent autour de l'illettrisme. Un mémoire de 2011 (Bourrié et Muzinsky) a permis de réaliser des entretiens avec des orthophonistes pour tenter de comprendre la place de l'orthophonie dans l'illettrisme. Il est donc possible de s'y référer pour obtenir davantage d'informations sur les mécanismes de partage de savoir et sur l'illettrisme.

Mis à part l'illettrisme, un seul autre exemple de légitimité offerte à d'autres nous est présenté par Suzanne Borel-Maisonny concernant les troubles de l'écriture : « mais autant, j'estime que l'éducation de l'écriture fait partie de l'orthophonie, autant je pense qu'ensuite, pour les corrections de l'écriture, il vaut mieux envoyer les gens chez un graphothérapeute » (*L'Orthophoniste* 15, 1982, p 2). Les troubles du graphisme ne sont d'ailleurs pas évoqués dans d'autres articles, ce qui ne nous permet pas de voir ce qu'il en est aujourd'hui. Le graphisme est un territoire partagé entre les orthophonistes et les psychomotriciens dont les frontières sont assez floues.

Ainsi, d'après nos analyses, les différents articles sont surtout les vecteurs de luttes juridictionnelles qui permettent d'étendre leurs territoires en éclaircissant les frontières de chaque profession et en expliquant l'intérêt de l'orthophonie dans chacune des prises en charge controversées, comme l'autisme ou la dyslexie.

Notre méthode est entièrement basée sur des corpus écrits. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer nos observations issues de l'analyse de la presse professionnelle avec des entretiens des professionnels concernés. Nous aurions ainsi pu obtenir des témoignages sur ces luttes juridictionnelles et comment elles sont vécues dans le quotidien de l'orthophoniste. Plus globalement, nous aurions pu également obtenir des

informations sur l'évolution de la prise en charge des pathologies et sur la façon dont ces pathologies sont progressivement devenues du ressort de l'orthophoniste autrement que dans les revues, porteuses d'un discours officiel et rhétorique avec un objectif de portée générale. Des entretiens auraient alors pu nous permettre de développer notre analyse qualitative. Cependant, ce choix nous aurait forcées à effectuer de nombreux entretiens pour comprendre le phénomène, puis à mettre ces entretiens dans une comparaison complexe avec les données des revues. S'il est vrai que ce travail aurait été particulièrement intéressant, l'analyse de trois revues a été un travail considérable dans le cadre d'un mémoire en orthophonie, et nous n'aurions pas eu le temps de poursuivre nos analyses avec des entretiens.

CONCLUSION

Ce mémoire a permis de comprendre en partie comment ont évolué les champs de compétences de l'orthophonie depuis les années 1960. D'un constat d'élargissement global des pathologies prises en charge en orthophonie au cours du temps, nous avons montré que l'orthophonie s'est servie de la médicalisation pour élargir et légitimer son champ d'intervention. Les discours montrent que, lorsque l'orthophonie prend en charge une pathologie avec ses symptômes, elle se légitime le droit de traiter d'autres pathologies qui comprennent le ou les même(s) symptôme(s), puisqu'il s'agirait de la même compétence professionnelle. De la même manière, lorsque l'orthophonie traite un syndrome, elle considère devoir et pouvoir s'occuper de tous les symptômes de celui-ci. Cette extension de territoire s'est alors accompagnée de multiples luttes juridictionnelles, dont certaines sont encore actuelles, avec les neuropsychologues ou les kinésithérapeutes par exemple.

L'étude de sources écrites telles que les revues ont permis de constater et d'interpréter le discours des professionnels à un moment historique donné. Ces revues ont progressivement intégré de nouvelles pathologies en expliquant en quoi celles-ci devaient faire partie du territoire. Elles ont en cela reflété les potentialités du territoire de l'orthophonie, et sont alors un matériau précieux pour la compréhension de l'histoire de l'orthophonie et de son développement. Il serait toutefois intéressant d'approfondir de manière plus précise le rôle différencié des revues observé lors de nos lectures. Pour pouvoir analyser en profondeur les différents discours, le rôle des revues par rapport à la profession d'orthophoniste et mieux comprendre les lignes éditoriales de chaque revue, il pourrait être pertinent de s'intéresser davantage à l'analyse des éditoriaux ainsi que de réaliser des entretiens avec les différents rédacteurs en chef.

Fait observable dans chacune des trois revues, nous avons remarqué que l'orthophonie est à un réel carrefour de pensées et de compétences professionnelles : « Les orthophonistes ne sont ni des phonéticiens, ni des linguistes, ni des philologues, ni des grammairiens, ni des neurologues, ni des psychologues : ils sont un petit peu de tout cela, bien qu'avant tout, ils soient des thérapeutes de la communication » (Kremer, *Rééducation Orthophonique* 178, 1994, p 168). A cette citation peuvent se rajouter d'autres professions, tels que les neuropsychologues, les kinésithérapeutes, les phoniâtres et bien d'autres, tant l'orthophonie puise sa pratique dans les professions connexes, tout en gardant une identité propre.

Aujourd'hui, l'orthophoniste prend en charge de très nombreuses pathologies, et s'occupe de plusieurs dizaines de symptômes. D'un spécialiste du langage, il est devenu un spécialiste de la communication et même pour certains un spécialiste de la sphère oro-faciale. Travailler sur ce mémoire nous a permis de réaliser ce que Grewel pointait déjà dans un article de *Rééducation Orthophonique* en 1968 : « le domaine de la logopédie est

tellement étendu qu'aucun logopède n'est plus en mesure de connaître complètement toutes ses applications » (*Rééducation Orthophonique* 33, 1968).

L'histoire de l'orthophonie est un sujet vaste, trop peu étudié et en cela passionnant pour un travail de mémoire de fin d'études. Si notre envie se portait sur l'ensemble de la prise en charge orthophonique, notre grand regret est de ne pas avoir pu rentrer dans les détails pour chacune des pathologies, en étudiant l'évolution de leurs définitions, de leurs théories et de leurs prises en charge. Il pourrait alors être intéressant de réaliser une monographie, ciblée sur une pathologie en particulier : la dyslexie par exemple, dont les théories n'ont cessé d'être riches de débats et de conflits ; la surdité, pour son caractère historique dans la profession ainsi que pour son parcours intégrant les méthodes d'implantation cochléaire ; la dysphasie, pour comprendre comment, au sein des revues, s'est passé la construction d'un trouble structurel et spécifique des apprentissages ; l'autisme, puisque pris en charge initialement par les psychiatres et très progressivement intégré en orthophonie ; les troubles de l'oralité, pour leur caractère si particulier dans la profession ; et toutes les autres pathologies, dont l'histoire ressemble à une autre mais sans être tout à fait similaire. Par conséquent, chacune des pathologies dans son histoire se révélerait être une nouvelle source de compréhension de notre profession. N'analyser que les articles traitant d'une pathologie particulière dans les trois revues permettrait de garder du temps pour effectuer des entretiens puis de les confronter aux sources écrites.

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT A. (1988). *The system of the professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago : University of Chicago Press.

AIACH P., DELANOE D. (1998). *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris : Anthropos

AIACH P., FASSIN D. (1994). *Les métiers de la santé*. Paris : Anthropos

BERTHIER N. (1998). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : Méthodes et exercices corrigés*. Paris : Armand Colin

BOREL-MAISONNY S. (1989). *Le domaine de l'orthophonie, ses limites, son extension*, dans Glossa, Cahiers de l'UNADRIO

BOURRIE F., MUSZYNSKI C. (2011) La place de l'orthophonie dans l'illettrisme : légitimité, territoire et frontières. Mémoire d'orthophonie. Université Claude Bernard. Lyon

BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V., (2004). *Dictionnaire d'orthophonie. Deuxième édition*. Isbergues : Ortho Edition

CHAMPY F.(2009). *La sociologie des professions*. Paris.PUF

DELAS J-P., MILLY B. (2005). *Histoire des pensées sociologiques*, 2^{ème} édition, Paris : Edition Dalloz

DE LUCA V., VILBOUX R.,(2007). L'émergence de l'orthophonie : à la croisée des chemins (1930-1940). L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp. 81-91). Rennes : ENSP

DENNI-KRICHEL N. (2005). *La place de l'orthophoniste dans la prise en charge multidisciplinaire des troubles du langage oral*, dans L'orthophoniste 251

DIETRICH P., LOISON M., & ROUPNEL M., (2010). Articuler les approches quantitative et qualitative. In S. Paugam (dir) *L'enquête sociologique*. Paris : PUF

-
- DRAPERI C., (2010). *La médecine réfléchie au miroir des sciences humaines*. Paris : Edition Ellipses
- DUBAR C., TRIPIER P. (1998), *Sociologie des professions*, Paris : Edition Armand Colin
- FAURE O., (1994). *Histoire sociale de la médecine*. Lassay-les-Châteaux : Edition Anthropos
- FOUCAULT M. (1963). *Naissance de la clinique*. Quadrige.
- FREIDSON E. (1984), *La profession médicale*. Paris : Payot
- GAUDILLIERE J-P. (2006). *La médecine et les sciences. XIXe-XXe siècles*. Paris : La Découverte.
- GRAWITZ M., (2001). *Méthodes des sciences sociales*, 11ème édition. Paris : Dalloz
- GRMEK M. D. (1999). Histoire de la pensée médicale en Occident, Tome 3, *Du romantisme à la science moderne*. Tours : Seuil
- HALIOULA B. (2009). *Histoire de la médecine*. Issy-les-Moulineaux : Masson
- HANONET C., (1998). *Les maladies neurologiques chroniques dégénératives et la réadaptation*, dans Glossa n°195, Cahiers de l'UNADRIO
- HERAL O. (2003), *Contribution à l'histoire des troubles du langage*, dans L'orthophoniste
- HERAL O. (2007). *L'orthophonie avant l'orthophonie*. Molvinghem : OrthoEdition
- ISRAEL L., (2010). L'usage des archives en sociologie. In S. Paugam (dir) *L'enquête sociologique*. (pp 167-188) Paris: PUF
- KREMER J.M., LEDERLE E.,(1994). *L'orthophonie en France*. Paris : PUF
- KUHN T. (1983), *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion
-

LACOURSE M.T. (2006), *Sociologie de la santé*, 2^{ème} édition. Montréal : Chenelière Education

LAPLANTINE (1992). *Anthropologie de la maladie*. Editions Payot.

LE FEUVRE N. (2007). L'évolution des domaines d'intervention des orthophonistes. L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp 41-51). Rennes : ENSP

LOUBET DEL BAYLE J-L (2001) *Initiation aux méthodes des sciences sociales*. Paris : L'harmattan

PAUGAM S. (2010). Introduction. In S. Paugam (dir) *L'enquête sociologique*. (pp 1-4) Paris : PUF

PAUGAM S. (2010). S'affranchir des prénotions. In S. Paugam (dir) *L'enquête sociologique*. (pp 7-26) Paris : PUF

PENNEC S. (2007). « Les troubles du vieillissement » : une voie nouvelle pour les orthophonistes ? L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Rennes : ENSP

PERDRIX, R. (2007a). Élaborer des frontières interprofessionnelles: un enjeu de légitimité. In L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession* (pp.149-160). Rennes : ENSP.

PHILIPPE C. (2007). L'institutionnalisation de l'orthophonie : vers l'autonomie (1940-2005) ? L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Rennes : ENSP

POPPER K.(1973). *La logique de la découverte scientifique*. Bibliothèque scientifique Payo. France

QUIVY R., CAMPENHOUDT L.V.,(2006), *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3ème édition. Paris : Dunod

RONDAL J.-A., (2007). *Orthophonie contemporaine*, OrthoEdition

ROUSSEAU T., (2008). *Les approches thérapeutiques en orthophonie*. Isbergues : OrthoEditions

SAUTIER M. (2011) *Recherche scientifique, recherche de légitimité : Une analyse des discours syndicaux de 1970 à nos jours*. Mémoire d'orthophonie. Université Claude Bernard. Lyon

THUILLIER G. & TULARD J. (1986). *La méthode en histoire*. Paris : PUF

VINCK D., (1995). *Sociologie des sciences*. Paris : Edition Armand Colin

Sources citées :

Rééducation orthophonique :

ABADIE V., (2003) Démarche pédiatrique vis-à-vis d'un nouveau-né atteint d'une fente labio-maxillaire et/ou palatine. Rééducation orthophonique 216

ABADIE V., (2004) Troubles de l'oralité du jeune enfant. Rééducation Orthophonique 220

AGOSTINI B., PUYUELO R., SINDOU M.,(1974) Symbole, langage et psychose. Rééducation orthophonique 77

ALLALI A., (2010), Réhabilitation olfactive après laryngectomie totale, Rééducation Orthophonique 243

ANTHEUNIS P., ERCOLANI BERTRAND F.,ROY S., (2009) Un nouvel outil de soutien à la parentalité par le développement de la communication et du langage. Rééducation Orthophonique 244

AUZON, P., (2009) Définition et classification des dysarthries. Rééducation Orthophonique 239

BARON J-C. (1997) Apports de l'imagerie fonctionnelle cérébrale dans les AVC. Rééducation Orthophonique 190

BAUH D., (1966) D'un problème de langage professionnel à un profil de bilan orthophonique. Rééducation Orthophonique 24

BLUM L., (1966) La surdité. Rééducation Orthophonique 19-20

BOIFFIN A., (1995), Les frontières de la Maladie d'Alzheimer, Rééducation Orthophonique 181

BOREL-MAISONNY (1963) Editorial. Rééducation Orthophonique 1

BOREL-MAISONNY S., (1966) Orthophonie et logopédie. Rééducation Orthophonique 17

BOREL-MAISONNY S., (1967) Débilité mentale et dyslexie. Rééducation Orthophonique 30

BOREL-MAISONNY S., (1971) Éditorial. Rééducation orthophonique 62

BOREL-MAISONNY S., (1974) Troubles de l'installation de la parole : du retard simple de l'élocution aux dysphasies sévères. Rééducation Orthophonique 77

BOREL-MAISONNY S., (1975) Éditorial. Rééducation Orthophonique 86.

BOREL-MAISONNY S., (1989) Le domaine de l'orthophonie, ses limites, son extension. Rééducation Orthophonique 157

BOREL-MAISONNY S., (1970) Le rôle de l'orthophoniste dans l'équipe thérapeutique. Rééducation Orthophonique 51-52

BRAUNER A., (1978) Sourd, autistique, ni l'un ni l'autre ou les deux ? Rééducation Orthophonique 99

BRAUNER A., (1978) L'effort pré-scolaire pour les sous-doués. Rééducation Orthophonique 104

BROUSTET M-F., (1971) L'apport de la sonographie en rééducation phoniatrice. Rééducation Orthophonique 59

BRIHAYE S., (1998) L'orthophonie dans la sclérose latérale amyotrophique. Rééducation Orthophonique 195

BURSZTEJN C., (2001) Les troubles autistiques : données actuelles. Rééducation Orthophonique 207

COLLEAU A., (2004) Éditorial .Rééducation Orthophonique 217

COUTURE G., (2002) Éditorial. Rééducation Orthophonique 210

COUTOU-COUMES F., (1999) Réponses. Rééducation orthophonique 200

DELIGNIERES M., (1994) Le massage en gériatrie, Thérapie, langage et relation. Rééducation Orthophonique 177

DELOCHE G., ROUSSELLE M., MOULARD G., SERON X., (1978) Rééducation assistée par ordinateur de certaines dysorthographies. Rééducation Orthophonique 99

DELOCHE G., JUTIER P., ANDREEWSKY E.,(1982) Rééducation du langage écrit par micro-ordinateur. Rééducation Orthophonique 124

DENNI-KRICHEL N. (2000) Le partenariat parents orthophoniste dans l'éducation langagière d'un enfant porteur de handicap. Rééducation Orthophonique 202

DE WECK G., (1998) Apports de la pragmatique et de la psychologie du langage à la compréhension des troubles du développement du langage. Rééducation Orthophonique 196

DUBOIS G., LINDENFELD D.,(1983) De la rééducation à la thérapie du langage. Rééducation Orthophonique 132

DUBOIS G., (1988) De la rééducation à la thérapie du langage en pathologie du langage écrit. Rééducation Orthophonique 155

DUMONT A. (2004) Orthophonie et implant cochléaire : une rencontre en forme de défis. Rééducation Orthophonique 217

EYOUM I. ; (2008) Le toucher dans les maladies neuro-dégénératives. Rééducation Orthophonique 236

FAUVEL B., (1976) Mouvement, musique, orthophonie. Rééducation Orthophonique 91

FEL C., (2010) Un petit bout de chemin. Rééducation Orthophonique 241

FERRAND P., (2000) Nécessité du dépistage et du traitement précoce en orthophonie. Rééducation Orthophonique 2004

FERRAND VIDAL A-M (1978) La thérapie mélodique du langage. Rééducation Orthophonique 103

GIRARDOT F., (1973) Les bases de l'arithmétique enseignée aux enfants dyslexiques. Rééducation Orthophonique 71

GIROLAMI-BOULINIER A., (1972) A propos de la déglutition. Rééducation Orthophonique 68

GUICHARD J., (1970) A propos des tests de Mme Borel-Maisonny, la démarche du psychologue. Rééducation Orthophonique 55-56

HAMONET F., LEDUC V., SEROKA S., (1993) Apport de la synthèse vocale à la rééducation orthophonique. Rééducation Orthophonique 172

HAMONET F.,(1998) Les maladies neurologiques chroniques dégénératives et la réadaptation. Rééducation Orthophonique 195

HART J.,(1984) Bilan de l'enfant sourd. Rééducation Orthophonique 136

HERAL O., (1999) Editorial. Rééducation Orthophonique 198

KREMET J-M (1994), Langage et gestes, Rééducation Orthophonique 178

-
- LAMARGUE-HAMEL D., (2004) Éditorial. Rééducation Orthophonique 218
- LAMBERT J., (2001) Éditorial. Rééducation Orthophonique 208
- LANGEVIN C., () Rééducation Orthophonique 29
- LAUNAY C., (1976) Education du langage et psychiatrie d'enfants. Rééducation Orthophonique 88
- LECHEVALIER B., (1999) Aphasie et imagerie cérébrale fonctionnelle. Rééducation Orthophonique 198
- LECUYER J-B (1981) Matériel électrique sur la rééducation des enfants dyslexiques. Rééducation Orthophonique 122
- LEGROS C., (1980) Présentation d'un nouvel appareil pour l'éducation de la parole chez le jeune enfant sourd. Rééducation Orthophonique 111
- LEROND D., (2008) Le toucher en soins palliatifs. Rééducation Orthophonique 236
- LEVEQUE E., (1993) Les dysphasies : perspectives thérapeutiques. Rééducation orthophonique 173
- LEVRON-MOLINIER B.,(1969) Problème des malocclusions labiales. Rééducation Orthophonique 43
- MARCHAND M-H., (1998) Des moyens différents pour communiquer et développer le langage. Rééducation Orthophonique 193
- MARQUIS F., (1994) La maladie d'Alzheimer : la rééducation orthophonique. Rééducation orthophonique 180
- MARTIN F., (1998) La prise en charge orthophonique des maladies neurologiques. Rééducation Orthophonique 195
- MATILLON Y., (2002) Éditorial. Rééducation Orthophonique 209

MAZAUX J-M., (1996) La rééducation des traumatisés crâniens ; pratiques actuelles et perspectives d'avenir. Rééducation Orthophonique 188

METREAU J., HOUSSAY-CHAPRON A., VALLES M., COHER R., (1989) Apport de l'ordinateur dans le développement du langage oral et écrit et de l'imaginaire chez les enfants déficients auditifs. Rééducation Orthophonique 160

NALLET C. NEDELEC M., (1994) Douze ans de suivis de fentes vélo-palatines. Rééducation Orthophonique 179

NICOLAS-JEANTOUX C., (1994) Rééducation orthophonique 178

PERRIER D., LAMBERT J., DAVID-GRIGNOT D., (2001) Les troubles de la mémoire sémantique dans la démence sémantique. Rééducation Orthophonique 208

PLANTE, NEDELEC M., (1980) Orthopédie dento-faciale et orthophonie ds fentes faciales. Rééducation Orthophonique 111.

PORTMANN M., (1971), Orthophonie et Oto-Rhino-Laryngologie, Rééducation Orthophonique 62

REVOL F.(1998) Infirmités motrices d'origine cérébrale. Généralités. Rééducation Orthophonique 193

ROBIN N., MALQUARTI P., MARTIN M., (2004) De l'intérêt de l'évaluation neuropsychologique et cognitive dans la prise en charge d'un enfant sourd. Rééducation Orthophonique 217

ROCH D., (2007), Pluridisciplinarité, transdisciplinarité, quels modèles de prises en charge ? Rééducation Orthophonique 231

ROUSSEAU T., (2002) Bilan du patient suspecté de démence. Rééducation Orthophonique 212

ROUSTIT J., (2007) Éditorial. Rééducation Orthophonique 231

ROUSTIT J., (1994) Editorial. Rééducation Orthophonique 180

SADEK KHALIL D., (1973) Réflexions tirées de la rééducation des aphasiques. Rééducation Orthophonique 70

SARINI J., (2010), Voix et chirurgie dans le traitement des cancers des voies aéro-digestives supérieures, Rééducation Orthophonique 243

SENEZ C., (2004) Hypernauséux et trouble de l'oralité chez l'enfant. Rééducation Orthophonique 220

SENEZ C., (2008) Le toucher thérapeutique en orthophonie : les massages de désensibilisation dans les troubles de l'alimentation et de l'oralité de l'enfant et de la personne polyhandicapée. Rééducation Orthophonique

TELLEZ Dr (1965) Classification quantitative des pertes auditives périphériques. Rééducation Orthophonique 16.

TESSIER J-F., (1995) Stimulation et rééducation du dément sénile. Rééducation Orthophonique 18

THIBAUT C., (2008) Les enjeux de l'oralité. Rééducation Orthophonique 233.

THIBAUT C ., (2004) Éditorial. Rééducation Orthophonique 220

TRIDON P., (1972) Aspects actuels des séquelles des traumatismes crâniens graves de l'enfant. Rééducation Orthophonique 65

VALDOIS S., (1997) Apport de la neuropsychologie cognitive à la pratique orthophonique. Rééducation Orthophonique 192

VAN EECKHOUT P., (2008) Le toucher thérapeutique dans l'éveil de coma et la démutisation de l'aphasique. Rééducation Orthophonique 236

VANTALON V., (2003) Le Trouble Déficitaire de l'Attention-Hyperactivité : aspects cliniques et évaluation diagnostique. Rééducation Orthophonique 214

VEXIAU A-M., (1987) Démythification de l'autisme. Rééducation Orthophonique 150

VEXIAU A-M.,(1994) Parents d'autistes : boucs émissaires ou partenaires ? Rééducation Orthophonique 180

Sans auteur (1990) La psycholinguistique : contribution théorique et méthodologique pour la formation d'orthophoniste. Rééducation Orthophonique 161

Sans auteur (1964) Éditorial. Rééducation Orthophonique 2

Sans auteur (1975) Editorial. Rééducation Orthophonique 82

Sans auteur (1997) Editorial. Rééducation Orthophonique 192

Réunion de l'ARPLOE (1970) Rééducation Orthophonique 51-52

Glossa

ANGELMANN C., DENNI-KRICHEL N. ,(2000) Apport de l'orthophonie dans la prise en charge de l'enfant autiste. Glossa 70

BAKCHINE S.,(1993) La rééducation de l'aphasie : le point de vue du neurologue. Glossa 37

BAYLON-CAMPILLO H. , P. MONTOYA, J. PIETRERA (1987) Résultats phonétiques de 33 enfants présentant un bec de lièvre avec division palatine opérés à 3 mois et à 6 mois. Glossa 5

BIGOT DE COMITE A-M (1999) Trisomie 21 : du dépistage à l'élaboration de stratégies d'accompagnement. Glossa 65

BRIHAYES S. (1997) Éditorial. Glossa 55

BRIN (1998), Editorial, Glossa 62

BROUSSE C. (2000) L'orthophoniste, face à l'autisme. Glossa 70.

CHEVRIE-MULLER C.,(1991) Évaluation neuropsycholinguistique chez l'enfant. Glossa 26

CHOKRON S.,(1996) Sémiologie, évaluation et principes de rééducation des troubles neurovisuels d'origine centrale. Glossa 51

CREVIER-BUCHMAN L., ARABIA-GUIDET C., RIGOARD M-T., CHEVRIE-MULLER C., (1991) Méthode pour le bilan phoniatrique. Glossa 26

COT F., (1987), La rééducation de la dysphagie chez l'adulte : étude de cas. Glossa 7

CUNY F., GASSER F., (2000) Évaluation des capacités de communication verbale et non verbale chez l'enfant autiste. Glossa 70

DANSART P., (2000) L'autisme, handicap de communication. Glossa 70

DELAROCHE F., RICHARD A., (1997) Étude de la faisabilité et de l'intérêt d'une grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer. Glossa 55

DENNI- KRICHEL N., ANGELMANN C., (2000) Apport de l'orthophonie dans la prise en charge de l'enfant autiste . Glossa 70

DENNI- KRICHEL N., (2000) Analyse du rapport de l'ANDEM sur l'autisme. Glossa 70

DEPOORTER D., (1989), Editorial, Glossa 14

DESSAILLY P., (1990), Editorial, Glossa 19

DESSAILLY P., (1990) Évaluation des perspectives offertes par l'intégration du diagnostic cognitif dans l'analyse clinique d'un cas d'amnésie. Glossa 20

DIEULOUARD L., ISENBRANDT B., (1998) La brûlure : un nouveau monde en orthophonie. Glossa 63

DU PENHOAT A., EUSTACHE F., TEIL S., MARINA I., (1992) Le langage des déments. Glossa 28

FERRAND P., (1986), Editorial, Glossa 1

GERARD C-L., (1995) Que peut attendre, de la part des neurosciences, le clinicien confronté aux troubles des apprentissages des enfants ? Glossa 47

GIROIRE J-M., (1987), Le rôle des orthophonistes auprès des traumatisés crâniens, Glossa 7

GOMEZ M., TOMKIEWICZ S., (1992) Le mythe Tomatis. Glossa 32

HAMONET C., (1998) Les maladies neurologiques chroniques dégénératives et la réadaptation. Glossa 195. Cahiers de l'UNADREO

HAMONET F.,(1993) Nouvelles modalités de la prise en charge des cérébro-lésés sévères en milieu familial. Apports et limites de la notion de case manager. Glossa 37

HERAL O., (1987), Editorial, Glossa 5

HERAL O., (1987), Editorial, Glossa 7

HERAL O., (1989), Editorial, Glossa 12

KRAETSCHMER K., (1990) L'approche environnementaliste. Glossa 18

LADOUCEUR R., (1996), Editorial, Glossa 54

LEBRUN Y., (1991) L'apraxie de la parole. Glossa 23

MOUSSET M-R., (1987), Intervention précoce et recherche. Glossa 5

ROGER-DALBERT P., (1995) L'orthophoniste en service de post-réanimation. Glossa 45

RONDAL J-A., (1990), L'enfant handicapé mental, Glossa 22

ROUSTIT J., (1995), Editorial, Glossa 46-47

SICHEZ-AUCLAIR (1997) Éditorial. Glossa 58

TEIL S, MARINA I., (1992), La désintégration lexico-sémantique dans les démences de type Alzheimer : intérêt d'une prise en charge spécifique à propos de quatre observations. Glossa 28

THIBERGE M.,CHATEAU J., (1994) Approche clinique de deux enfants polyhandicapés. Glossa 42

WIROTIUS J-M., PICHARD B.,(1993) La rééducation des aphasiques : approche de la médecine de rééducation. Glossa 37

Travail d'équipe du CESAP (1994) Polyhandicap et communication. Glossa 42

L'Orthophoniste

BOREL S., (1982) Entretien avec Suzanne Borel-Maisonny. L'Orthophoniste 15

BRABANT A., (2007) Orthophonistes en soins palliatifs : quelles prises en charge ? L'Orthophoniste 272

CALBOUR C., (2000) La prise en charge orthophonique des personnes handicapées. L'Orthophoniste 200

COQUET F., (1991) Du cornet acoustique à l'implant cochléaire. L'Orthophoniste 106

CUILLERET, M.(1981) Les trisomiques parmi nous où les mongoliens ne sont plus. L'Orthophoniste 8

CUNY F., GASSER F. ,(1998) Évaluation de la capacité de la communication verbale/non verbale chez l'enfant autiste. L'Orthophoniste 181.

DENNI KRICHEL N., (2005) La place de l'orthophoniste dans la prise en charge multidisciplinaire des troubles du langage oral. L'Orthophoniste 247

DENNI KRICHEL N., (2005) Partenariat FNO-Fondation Caisse d'Épargne : Pour une meilleure prise en charge des personnes porteuses de la maladie d'Alzheimer. L'Orthophoniste 251

DENNI KRICHEL N., (2007) La prise en charge de l'enfant porteur d'autisme. L'Orthophoniste 270

EYOUM I., DELABATRE-LONGUET C., (2007) L'éducation précoce de la sphère oro-faciale, au carrefour de la néonatalogie et de l'orthophonie. L'Orthophoniste 267

FRANCOIS C., (2001) La prise en charge à long terme des cérébro-lésés. L'Orthophoniste 204

GAUDIER I., (1999) Orthophonie et maladie de Parkinson. L'Orthophoniste 188

GENOUVRIER E. (2009) Le champ orthophonique : la langue comme lieu de travail. L'Orthophoniste 286

GIROLAMI-BOULINIER A., (1993) Test de lecture et d'orthographe. L'Orthophoniste 127

HAYART R., SIBELET E., (2004) La séquence de Pierre Robin : place de l'orthophonie dans la prise en charge transdisciplinaire. L'Orthophoniste 244

JARZAGUET C., (1994) Effet Tomatis : effet boomerang. L'Orthophoniste 142

KREMER J-M (1994) Prévention, un second souffle. L'Orthophoniste 134

KREMER J-M (1997) Éditorial. L'Orthophoniste 167

KREMER J-M (1997) L'orthophonie, la prévention et la lutte contre l'illettrisme et l'exclusion sociale. L'Orthophoniste 170

KREMER J-M (1999) Dyslexie : l'éternel débat. L'Orthophoniste 194

KREMER J-M (1999) Dyslexie : enjeu idéologique, corporatiste ou politique ? L'Orthophoniste 197

LEGEAY M-P. MOREL L., (2003) Différentes définitions de la dyscalculie liées à des champs théoriques divers. L'Orthophoniste 227

MANTEAU M. (2005) Le service d'implantation cochléaire de Bordeaux. L'Orthophoniste 245

MOCRETTE D., (1997) L'orthophonie au service de la lutte contre l'illettrisme. L'Orthophoniste 164

MOCRETTE D., (1988) Illettrisme. L'Orthophoniste 77

NASSER L., PERRIN S., (1994) Illettrisme et orthophonie. L'Orthophoniste 141

PUCCINI-EMPORTES M., (2009) Une expérience d'ateliers-contes en accueil de jour avec les patients Alzheimer. L'Orthophoniste 286

RINGARD (2001) A propos de l'enfant dysphasique, de l'enfant dyslexique. L'Orthophoniste 201

ROUSSEAU T., (1998), Maladie d'Alzheimer : une grille d'évaluation. L'Orthophoniste 178

ROUSSEAU T., (2005), La prise en charge des patients Alzheimer par les orthophonistes. Nécessité et urgence. L'Orthophoniste 252

ROUSSEAU T., (1986) Pourquoi pas ? L'Orthophoniste 63

ROUSTIT J., (2002) L'Orthophoniste 217

ROUSTIT J., (1999) Éditorial : orthophonie et neuropsychologie. L'Orthophoniste 195

ROUSTIT J., (1999) A propos de la rééducation du langage écrit. L'Orthophoniste 195

SANTOS R., (2003), A propos de la dyslexie : théorie et pratique, des rapports complexes. L'Orthophoniste 230

SCREPEL M-A (1997) Les troubles de l'oralité dans l'alimentation parentérale. L'Orthophoniste 162

TIBERGHIEU (1992) La dysphasie de développement. L'Orthophoniste 118

THIBAUT (2002) Orthophonie/neuropsychologie : propos croisés. L'Orthophoniste 215

VEXIAU A-M (1986) Démythification de l'autisme. L'Orthophoniste 61

VEXIAU A-M (1992) Autisme : orthophonistes: vous êtes concernés. L'Orthophoniste 120

Sans auteur (2002) La paralysie faciale périphérique : livret d'information destiné aux patients et à leur entourage. L'Orthophoniste 223

Sans auteur (1982) Vaut-il mieux prévenir que guérir ? L'Orthophoniste 16

Sans auteur (2007) L' ANLCI, L'Agence Nationale de Lutte contre l'Illettrisme. L'Orthophoniste 266

Sans auteur (2006) Editorial L'Orthophoniste 261

ANNEXES

Annexe I :

1. Décrets de compétences

1.1. Décret de 1993

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

**Décret n° 83-766 du 24 août 1983 fixant la liste
des actes professionnels accomplis par les orthophonistes.**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de la
solidarité nationale,

Vu le code de la santé publique, et notamment les arti-
cles L. 372 et L. 504-I ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. — Les orthophonistes accomplissent, dans les condi-
tions fixées par le code de la santé publique, les actes profes-
sionnels suivants :

Les actes de dépistage ;

Les bilans orthophoniques ;

La rééducation des troubles de la voix, d'origine organique
ou fonctionnelle, congénitale ou acquis ;

L'éducation précoce et la rééducation des divers handicaps
du jeune enfant, qu'ils soient moteurs, sensoriels ou mentaux ;

La rééducation des troubles de l'articulation de la parole,
isolés ou liés à des déficiences perceptives ou motrices ;

La rééducation des retards et des troubles de la parole et du
langage, quelle qu'en soit l'origine ;

La rééducation des troubles de la phonation, liés aux divi-
sions palatines, aux insuffisances vélares et aux dysarthries
neurologiques ;

L'apprentissage de la lecture labiale dans les surdités ;

La démutisation dans les surdités précoces ;

La rééducation ou la conservation du langage, de la parole
et de la voix dans les surdités acquises ;

La rééducation du langage écrit : dyslexie, dysorthographe,
dyscalculie, dysgraphie ;

La rééducation de l'aphasie, de l'alexie, de l'acalculie, de
l'agraphie ;

La rééducation de la déglutition ;

L'apprentissage de la voie œsophagienne.

Art. 2. — Le ministre des affaires sociales et de la solidarité
nationale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera
publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 24 août 1983.

PIERRE MAUROY.

Par le Premier ministre :

*Le ministre des affaires sociales
et de la solidarité nationale,*

PIERRE BÉRÉGOVOY.

*Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires
sociales et de la solidarité nationale, chargé de
la santé,*

EDMOND HERVÉ.

1.2. Décret de 1992

Décret no 92-327 du 30 mars 1992 modifiant le décret no 83-766 du 24 août 1983 fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes

NOR : SANP9102800D

Le Premier ministre, Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de l'intégration, Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L.372 et L.504-1; Vu le décret no 83-766 du 24 août 1983 fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes; Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 11 juin 1991; Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète:

Art. 1er. - Le dernier membre de phrase de l'article 1er du décret du 24 août 1983 susvisé est remplacé par les mots suivants: <<L'apprentissage de la voix oesophagienne.>>

Art. 2. - L'article 1er du décret du 24 août 1983 susvisé est complété par les dispositions suivantes: <<La rééducation du bégaiement; <<La rééducation tubaire dans le cadre des traitements des anomalies de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit. <<Tous ces actes doivent être accompagnés, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.>>

Art. 3. - Dans le décret du 24 août 1983 susvisé, il est ajouté un article 2 ainsi rédigé: <<Art. 2. - Les orthophonistes peuvent participer, par leurs actes ci-dessus énumérés, à des actions de prévention au sein d'une équipe pluridisciplinaire.>>

Art. 4. - Le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 30 mars 1992.

EDITH CRESSON Par le Premier ministre: Le ministre des affaires sociales et de l'intégration, JEAN-LOUIS BIANCO Le ministre délégué à la santé, BRUNO DURIEU

1.3. Décret de 2002

Selon le **décret de compétence n° 2002/721 du 2 Mai 2002** :

Art. 1er.-L'orthophonie consiste:

- à **prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible**, par des actes de rééducation constituant un traitement, les **troubles de l'oralité alimentaire et verbale, de la voix, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression** ;
- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale (*langage des signes par exemple*) permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Art. 2. - Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Art. 3. - L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :

1. Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :

- la **rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental** ;
- la **rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral** (dysphasies, bégaiements, retards de parole/langage) quelle qu'en soit l'origine ;
- la **rééducation des troubles de la phonation** liés à une division palatine ou à une incompétence vélo-pharyngée ;
- la **rééducation des troubles du langage écrit** (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) **et des dyscalculies** ;
- l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication.

2. Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :

- la rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ;
- la rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de **suppléance de la surdité** ;
- la **rééducation des troubles de la déglutition** (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-lingo-faciale) ;
- la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle

3. Dans le domaine des pathologies neurologiques :

- la rééducation des dysarthries et des dysphagies ;
- la rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales

localisées (aphasie, alexie, agnosie, agraphie, acalculie) ;
- le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

Art. 4. - La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.

L'orthophoniste peut proposer des actions de **prévention**, d'éducation sanitaire ou de **dépistage**, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie. »

Annexe II :

1. Tableaux de fréquences des pathologies par tranche de 5 ans

1.1. Glossa

Pathologies	total 86;90	% 86;90	total 91;95	% 91;95	total 96;00	% 99;00	total 01;05	% 01;05	total 06;10	% 06;10
surdité: trouble du langage	12	24,0%	9	8,1%	2	2,6%	8	11,6%	3	6,8%
Aphasie	7	14,0%	11	9,9%	10	13,2%	5	7,2%	8	18,2%
surdité: trouble de la voix	5	10,0%	1	0,9%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
handicap mental	5	10,0%	1	0,9%	1	1,3%	1	1,4%	1	2,3%
Dyslexie dysorthographe	4	8,0%	10	9,0%	9	11,8%	14	20,3%	4	9,1%
IMC	4	8,0%	20	18,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
fentes palatines	2	4,0%	3	2,7%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
trouble de la lecture chez les aveugles	2	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%
surdité: implantés/ appareillés	1	2,0%	2	1,8%	3	3,9%	4	5,8%	1	2,3%
Bégaiement	1	2,0%	12	10,8%	5	6,6%	1	1,4%	1	2,3%
retards de Langage oral	1	2,0%	3	2,7%	3	3,9%	5	7,2%	0	0,0%
Polyhandicap	1	2,0%	2	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
autisme/TED	1	2,0%	1	0,9%	5	6,6%	5	7,2%	3	6,8%
Amnésie	1	2,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%
traumatismes craniens	1	2,0%	3	2,7%	6	7,9%	1	1,4%	1	2,3%
Dysphagie	1	2,0%	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
trisomie 21	1	2,0%	0	0,0%	3	3,9%	0	0,0%	1	2,3%
déglutition atypique	0	0,0%	1	0,9%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
Dysphasie	0	0,0%	10	9,0%	7	9,2%	3	4,3%	3	6,8%
trouble tubaire, vélo tubo tympanique	0	0,0%	2	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
trouble de la voix/ dysphonie	0	0,0%	3	2,7%	1	1,3%	1	1,4%	0	0,0%
dyscalculie/ acalculie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,3%	0	0,0%
maladies neurologiques	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
maladie d'Alzheimer	0	0,0%	3	2,7%	4	5,3%	6	8,7%	9	20,5%
Démence	0	0,0%	1	0,9%	3	3,9%	1	1,4%	0	0,0%
SLA	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%
X fragile	0	0,0%	2	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%
dysfonctions neuromusculaires	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Héminégligence	0	0,0%	1	0,9%	1	1,3%	1	1,4%	0	0,0%
dysarthrie/anarthrie	0	0,0%	2	1,8%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%
dyspraxie/apraxie	0	0,0%	2	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%
Agnosie	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

paralysie faciale	0	0,0%	1	0,9%	1	1,3%	1	1,4%	0	0,0%
Laryngectomie	0	0,0%	1	0,9%	2	2,6%	0	0,0%	0	0,0%
trouble du raisonnement logico-maths	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%
maladie de Parkinson	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	1	1,4%	3	6,8%
neurofibromatose	0	0,0%	0	0,0%	2	2,6%	0	0,0%	0	0,0%
williams beuren	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
trouble dans la prématurité	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	1	1,4%	1	2,3%
aphasie primaire progressive	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
prader willi	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%
trouble d'articulation	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%
syndrome de turner	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	1	2,3%
Dysgraphie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%
Total	50		111		76		69		44	

1.2. L'orthophoniste

Pathologies	total 80;85	% 81;85	total 86;90	% 86;90	total 91;95	% 91;95	total 96;00	% 99;00	total 01;05	% 01;05	total 06;10	% 06;10
trisomie 21	1	25,0%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,5%
Surdité	1	25,0%	5	20,8%	6	17,6%	7	9,7%	5	7,8%	8	14,0%
surdité, implant cochléaire	0	0,0%	0	0,0%	2	5,9%	1	1,4%	2	3,1%	0	0,0%
handicap mental	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
handicap sensoriel	0	0,0%	1	4,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
dyslexie/ dysorthographe	0	0,0%	2	8,3%	1	2,9%	11	15,3%	4	6,3%	4	7,0%
Autisme	0	0,0%	2	8,3%	1	2,9%	1	1,4%	8	12,5%	9	15,8%
trouble du langage	0	0,0%	3	12,5%	1	2,9%	0	0,0%	9	14,1%	4	7,0%
Illetrisme	0	0,0%	6	25,0%	4	11,8%	9	12,5%	1	1,6%	2	3,5%
Aphasie	0	0,0%	3	12,5%	4	11,8%	2	2,8%	4	6,3%	1	1,8%
trouble de la voix	0	0,0%	1	4,2%	1	2,9%	3	4,2%	1	1,6%	0	0,0%
X fragile	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	1	1,4%	1	1,6%	0	0,0%
infirmité motrice cérébrale	0	0,0%	1	4,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
neurofibromatose	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%
Handicap	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,8%	0	0,0%	0	0,0%
trouble du langage écrit	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,8%	0	0,0%	0	0,0%
maladie d'alzheimer	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	5,6%	6	9,4%	9	15,8%
Démence	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	2	3,1%	0	0,0%
sclérose en plaques	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%
maladie de Parkinson	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,8%	1	1,6%	0	0,0%

Bégaiement	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	4	5,6%	4	6,3%	3	5,3%
Dysphasie	0	0,0%	0	0,0%	2	5,9%	3	4,2%	5	7,8%	0	0,0%
séquence de Pierre Robin	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%
paralysie faciale	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	1	1,6%	0	0,0%
Dyscalculie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	2	3,1%	1	1,8%
Malentendance	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%
Laryngectomie	0	0,0%	0	0,0%	2	5,9%	4	5,6%	0	0,0%	0	0,0%
Sans langage	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%
Hyperlexie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,8%	0	0,0%	0	0,0%
troubles cognitifs	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,8%	0	0,0%	0	0,0%
Myopathie	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Dysgraphie	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
trouble d'articulation	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
trouble de déglutition	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
syndrome moebus	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
trouble de l'oralité	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	1	1,8%
syndrome de rett	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%
Apraxie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%
locked in syndrome	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%
fente labiale	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%
Cérébro-lésés	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	1	1,6%	0	0,0%
SLA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%
trouble psychomoteur	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%
cérébro-lésés	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%
maladie de recklinghausen	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%
syndrome asperger	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,5%
troubles non-verbaux	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
trouble prématurité	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
Polyhandicap	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
troubles neurovisuels	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
troubles mnésiques	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
enfants épileptiques	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
trouble des apprentissages	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
TED	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,5%
Narcolepsie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
maladie wilson	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
Total	4	100,0%	24	100,0%	34	100,0%	72	100,0%	64	100,0%	57	100,0%

1.3. Rééducation Orthophonique

Pathologies Rééducation ortho	total 63;65	% 63;65	total 66;70	% 66;70	total 71;75	% 71;75	total 76;80	% 76;80	total 81;85	% 81;85	total 86;90	% 86;90	total 91;95	% 91;95	total 96;00	% 96;00	total 01;05	% 01;05	total 06;10	% 06;10
Surdité,	8	29,6%	9	14,5%	16	30,8%	39	52,7%	19	27,9%	18	30,5%	8	9,9%	0	0,0%	3	1,9%	2	2,3%
Surdité, tble voix, parole	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	2	3,4%	3	3,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Surdité, implant cochléaire	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	14	9,1%	8	9,2%
Division palatine, fentes	1	3,7%	4	6,5%	3	5,8%	1	1,4%	2	2,9%	1	1,7%	3	3,7%	0	0,0%	13	8,4%	0	0,0%
Aphasie	2	7,4%	1	1,6%	3	5,8%	8	10,8%	16	23,5%	14	23,7%	9	11,1%	3	8,3%	6	3,9%	6	6,9%
Laryngectomie, immobilité laryngée	1	3,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	6,5%	9	10,3%
Dyslexie	4	14,8%	12	19,4%	2	3,8%	3	4,1%	3	4,4%	8	13,6%	6	7,4%	8	22,2%	5	3,2%	3	3,4%
Dysorthographe	2	7,4%	5	8,1%	0	0,0%	3	4,1%	4	5,9%	2	3,4%	1	1,2%	2	5,6%	1	0,6%	0	0,0%
Déficience mentale	1	3,7%	4	6,5%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,5%	0	0,0%	2	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Retard de parole	1	3,7%	1	1,6%	2	3,8%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,8%	0	0,0%	0	0,0%
Trouble de l'articulation	2	7,4%	3	4,8%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,5%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Dysgraphie	1	3,7%	1	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Tbles du langage	2	7,4%	6	9,7%	5	9,6%	2	2,7%	1	1,5%	1	1,7%	2	2,5%	0	0,0%	2	1,3%	3	3,4%
Dysphonie	1	3,7%	0	0,0%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,5%	2	3,4%	1	1,2%	8	22,2%	0	0,0%	0	0,0%
Débilité	1	3,7%	4	6,5%	1	1,9%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Dysphasie	0	0,0%	1	1,6%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,5%	4	6,8%	4	4,9%	0	0,0%	3	1,9%	10	11,5%
Tble de l'évocation	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Bégaïement	0	0,0%	3	4,8%	2	3,8%	1	1,4%	5	7,4%	0	0,0%	6	7,4%	2	5,6%	17	11,0%	1	1,1%
Difficultés mathématiques	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Schizophrénie	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Retard de langage	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%	4	5,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Cécité	0	0,0%	0	0,0%	2	3,8%	0	0,0%	2	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
IMC	0	0,0%	0	0,0%	4	7,7%	0	0,0%	4	5,9%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	1	0,6%	2	2,3%
Agnosie	0	0,0%	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Tble de la personnalité	0	0,0%	1	1,6%	1	1,9%	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Troubles du comportement	0	0,0%	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Dyscalculie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%	1	1,1%
Dysarthrie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,3%	7	8,0%
Alexie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Autisme	0	0,0%	0	0,0%	1	1,9%	2	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,5%	0	0,0%	9	5,8%	3	3,4%
Méningite	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Apraxie/dyspraxie	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	1	1,2%	0	0,0%	1	0,6%	2	2,3%
Syndrome de Landau Kleffner	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	5,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Psychose	0	0,0%	1	1,6%	2	3,8%	0	0,0%	1	1,5%	2	3,4%	1	1,2%	0	0,0%	1	0,6%	1	1,1%
Démences	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	7	8,6%	2	5,6%	4	2,6%	1	1,1%
Hémiplégie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,5%	1	2,8%	0	0,0%	0	0,0%
Dyskinésie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Polyhandicap	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Troubles mnésiques	0	0,0%	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	4,9%	1	2,8%	2	1,3%	0	0,0%
Maladie d'Alzheimer	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	4,9%	3	8,3%	1	0,6%	3	3,4%
Trisomie 21	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	3,7%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%
Handicaps moteurs	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	1	2,8%	0	0,0%	0	0,0%

Maladie de Parkinson	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,5%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%
Myopathie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	3,7%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%
Paralysies faciales	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	1	0,6%	2	2,3%
Ataxie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Traumatisés crâniens	0	0,0%	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	5,6%	2	1,3%	2	2,3%
Locked in syndrom	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,8%	0	0,0%	0	0,0%
Bredouillement	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%
AVC	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,8%	0	0,0%	0	0,0%
Maladies génétiques	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	6,5%	1	1,1%
Prader Willi	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,3%	0	0,0%
Syndrome de Moebius	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,3%	0	0,0%
Syndrome de DiGeorge	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,3%	0	0,0%
X fragile	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,3%	0	0,0%
Troubles déglut	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,9%	8	9,2%
Maladies neuro	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	3,9%	4	4,6%
Cancers, trauma face	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	6	3,9%	1	1,1%
TDAH	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	5,8%	0	0,0%
Séquence de Pierre Robin	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%	1	1,1%
Troubles de l'oralité	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	4,5%	1	1,1%
Troubles pragmatiques	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%
TED	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
Troubles dans la prématurité	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	4,6%
	27		62		52		74		68		59		81		36		154		87	

Annexe III :

2. Tableaux de fréquences des professions des auteurs écrivant sur les pathologies, par tranche de 5 ans

2.1. Glossa

professions des auteurs des articles sur les pathologies	total 86;90	% 86;90	total 91;95	% 91;96	total 96;00	% 96;00	total 01;05	% 01;05	total 06;10	% 06;10
Orthophoniste	34	48,6%	65	45,5%	47	54,7%	50	53,8%	25	40,3%
Psychomotricien	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ergothérapeute	1	1,4%	6	4,2%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%
Kinésithérapeute	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%
Médecin	0	0,0%	3	2,1%	5	5,8%	3	3,2%	2	3,2%
Stomatologue	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
psychologue clinicien	7	10,0%	14	9,8%	6	7,0%	8	8,6%	3	4,8%
psychologue génétique	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
psychologue cognitif	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	3,2%	2	3,2%
Neuropsychologue	1	1,4%	10	7,0%	3	3,5%	1	1,1%	3	4,8%
psychologue expérimental	4	5,7%	2	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Psychosomaticien	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%
chercheur CNRS ou INSERM	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%	3	3,2%	4	6,5%
chercheur sans précision de profession	1	1,4%	3	2,1%	2	2,3%	2	2,2%	3	4,8%
Neurologue	3	4,3%	11	7,7%	3	3,5%	3	3,2%	1	1,6%
chirurgien plasticien	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
chirurgien/neurochirurgien	2	2,9%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%
Audiologiste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%
Audiophonologiste	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
ORL	1	1,4%	1	0,7%	1	1,2%	1	1,1%	0	0,0%
Phoniatre	3	4,3%	3	2,1%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%
Psychanalyste	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%
psychiatre/pédopsychiatre	1	1,4%	1	0,7%	3	3,5%	0	0,0%	0	0,0%
Neurolinguiste	0	0,0%	2	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gériatre	0	0,0%	0	0	0	0%	0	0%	2	3,2%
Psycholinguiste	1	1,4%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,2%
linguiste/phonéticien	0	0,0%	2	1,4%	1	1,2%	7	7,5%	2	3,2%
maitre de conférence	0	0,0%	1	0,7%	1	1,2%	2	2,2%	4	6,5%
éducateur spécialisé	1	1,4%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%
professeur de sciences du langage	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	7	11,3%

profession inconnue	7	10,0%	3	2,1%	3	3,5%	2	2,2%	0	0,0%
professeur sans précision	0	0,0%	2	1,4%	2	2,3%	3	3,2%	1	1,6%
autre profession	1	1,4%	0	0,0%	4	4,7%	2	2,2%	0	0,0%
Association	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
travail d'équipe	0	0,0%	3	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ingénieur	0	0,0%	3	2,1%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%
TOTAL	70		143		86		93		62	

2.2. L'orthophoniste

Professions	total 80;85	% 80;85	total 86;90	% 86;90	total 91;95	% 91;95	total 96;00	% 96;00	total 01;05	% 01;05	total 06;10	% 06;10
orthophoniste	4	80,0%	17,8	71,2%	23	82,1%	52	76,5%	60	92,3%	52	85,2%
Médecin	1	20,0%	4,2	16,8%	1	3,6%	1	1,5%	0	0,0%	2	3,3%
Association	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,1%	0	0,0%
professeur de lettres	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%
neuropédiatre	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Neurologue	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,4%	1	1,5%	1	1,6%
neuropsychologue	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%
profession inconnue	0	0,0%	2	8,0%	2	7,1%	6	8,8%	1	1,5%	2	3,3%
psychomotricien	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%
orthodontiste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%
Psychiatre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%
pédopsychiatre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%
Autres	0	0,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	2	3,3%
psychanalyste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%
ergotherapeute	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%
Total	5		25		28		68		65		61	

2.3. Rééducation Orthophonique

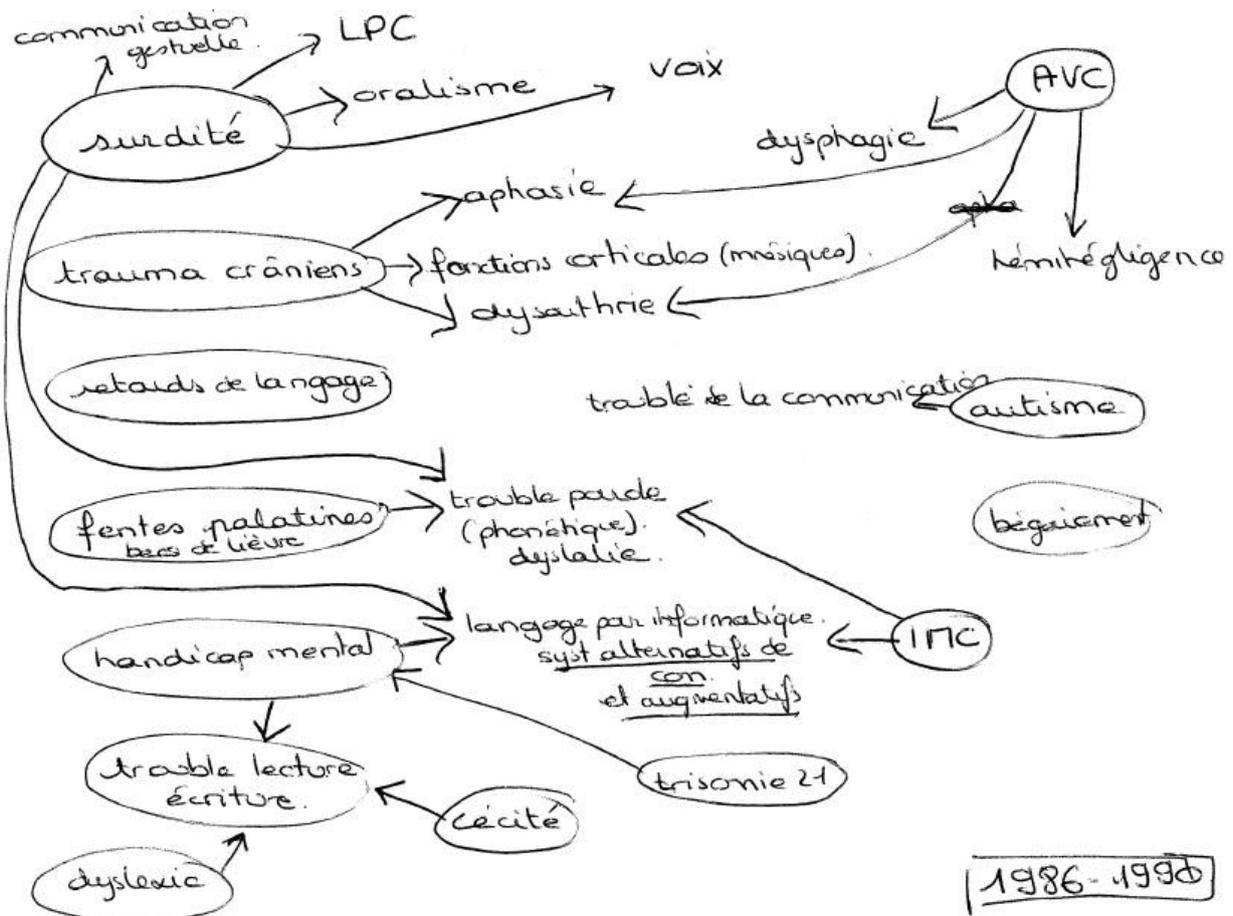
Professions	total 63;65	% 63;65	total 66;70	% 66;70	total 71;75	% 71;75	total 76;80	% 76;80	total 81;85	% 81;85	total 86;90	% 86;90	total 91;95	% 91;95	total 96;00	% 96;00	total 01;05	% 01;05	total 06;10	% 06;10
Pédiatre	1	4,5%	3	5,6%	1	2,0%	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	2,1%	0	0,0%
Orthophoniste	14	63,6%	27	50,0%	25	49,0%	38	48,1%	33	42,9%	18	24,7%	31	33,3%	17	44,7%	87	44,8%	82	64,1%
Assistant en lettres	1	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Dr en lettres	1	4,5%	1	1,9%	1	2,0%	2	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Neurologue	1	4,5%	1	1,9%	2	3,9%	2	2,5%	6	7,8%	7	9,6%	9	9,7%	2	5,3%	5	2,6%	2	1,6%
ORL	2	9,1%	0	0,0%	2	3,9%	3	3,8%	3	3,9%	3	4,1%	5	5,4%	0	0,0%	9	4,6%	6	4,7%
Phoniatre	1	4,5%	0	0,0%	1	2,0%	0	0,0%	2	2,6%	4	5,5%	1	1,1%	4	10,5%	3	1,5%	1	0,8%
Grapho-thérapeute, graphologue	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Médecin	0	0,0%	5	9,3%	6	11,8%	4	5,1%	0	0,0%	6	8,2%	7	7,5%	1	2,6%	9	4,6%	3	2,3%
Enseignant	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	1	1,4%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
Directeur CMPP	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Professeur	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	3	3,9%	2	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%
Psychosociologue	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Psychologue	0	0,0%	1	1,9%	1	2,0%	3	3,8%	7	9,1%	7	9,6%	8	8,6%	2	5,3%	6	3,1%	2	1,6%
Neuro-psychiatre	0	0,0%	1	1,9%	2	3,9%	0	0,0%	2	2,6%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%
Psychiatre	0	0,0%	0	0,0%	2	3,9%	1	1,3%	0	0,0%	4	5,5%	4	4,3%	1	2,6%	6	3,1%	0	0,0%
Président, membre association	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	2,1%	0	0,0%
Chercheur	0	0,0%	1	1,9%	1	2,0%	2	2,5%	4	5,2%	5	6,8%	3	3,2%	4	10,5%	5	2,6%	6	4,7%
Témoignages de patients	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	5,1%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,0%	0	0,0%
Psychanalyste	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	1	1,3%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,5%	0	0,0%
Equipe pluri	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	7	8,9%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	1	2,6%	2	1,0%	0	0,0%
Stomatologue	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,5%	0	0,0%
Neuro-psychologue	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	1	1,3%	3	3,9%	1	1,4%	3	3,2%	2	5,3%	8	4,1%	2	1,6%

Chirurgien	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	2,1%	3	2,3%
Neurolinguiste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,6%	1	1,4%	4	4,3%	1	2,6%	1	0,5%	0	0,0%
Pédo-psychiatre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	3	4,1%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,5%	0	0,0%
Dr en SDL	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Infirmière	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Psychologue expérimental	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	1	2,6%	0	0,0%	1	0,8%
Neuropsycholinguiste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	1	1,3%	3	4,1%	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%	0	0,0%
Psychologue cognitiviste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	1	1,1%	1	2,6%	3	1,5%	4	3,1%
Linguiste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%	1	0,8%
Psychomotricien	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	4	2,1%	1	0,8%
Psycholinguiste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%	2	2,2%	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%
Neuro pédiatre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%	4	3,1%
Audioprothésiste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%	1	1,4%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
Epidémiologiste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ophthalmologue	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%
Gériatre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	5	2,6%	0	0,0%
Kinésithérapeute	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,6%
Généticien	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	4,6%	0	0,0%
Ergothérapeute	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
Orthopédiste dento-facial	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
Orthodontiste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,6%
Ostéopathes	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
Orthoptiste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
Autres professions	0	0,0%	1	1,9%	1	2,0%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	3,2%	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%
Professions inconnues	1	4,5%	7	13,0%	3	5,9%	7	8,9%	2	2,6%	1	1,4%	1	1,1%	0	0,0%	2	1,0%	0	0,0%
TOTAL	22				51		79		77		73		93		38		194		128	

Annexe IV :

1. Regroupements des pathologies par symptômes évoqués dans les articles, sur tranche de 5 ans : l'exemple de Glossa

1.1. 1986-1990



Annexe V :

1. Grille d'analyse

Titre de l'article	
Date de parution de l'article	
Profession auteurs	
Pathologies développées/ mot clef	
Définition de la pathologie et causes	
Moyens et méthodes de rééducation	
Mention de la rééducation orthophonique. Si oui, quel lien avec la profession de l'auteur.	
Type de discours, tendance, courant (psycho, enseignement, neurosciences..)	
Remarques	

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Frise chronologique des dates d'apparition des pathologies : p 41

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1. <i>Université Claude Bernard Lyon1</i>	2
1.1 Secteur Santé :.....	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :.....	2
2. <i>Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE</i>	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE	9
I. APPORT DE LA SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS	10
1. <i>Professions et divergences de définitions.....</i>	10
1.1. Le courant fonctionnaliste.....	10
1.2. Le courant interactionniste.....	11
2. <i>Système des professions et construction de juridictions.....</i>	12
2.1. Les juridictions	12
2.2. Le savoir abstrait et la quête de légitimité.....	13
II. LA MEDICALISATION VUE AU TRAVERS DE L'HISTOIRE DES SCIENCES	14
1. <i>Evolution de la science et paradigme</i>	14
2. <i>Enjeux et formes de la médicalisation.....</i>	15
3. <i>La création de « nouvelles pathologies »</i>	17
3.1. La définition de la maladie selon Freidson	17
3.2. Les multiples enjeux de la « pathologisation »	18
III. DE L'EMERGENCE DE L'ORTHOPHONIE A L'ORTHOPHONIE CONTEMPORAINE.....	19
1. <i>Emergence de l'orthophonie</i>	19
2. <i>L'ancrage de l'orthophonie dans des disciplines connexes</i>	21
3. <i>Parcours historique : légitimité et segments.....</i>	22
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	24
PARTIE EXPERIMENTALE	26
I. S'APPROPRIER UNE DEMARCHE : LA POSTURE SOCIO-HISTORIQUE.....	27
1. <i>Délimitation du sujet de recherche</i>	27
2. <i>Eviter les interprétations dues à notre formation</i>	28
II. L'ENQUETE DOCUMENTAIRE	29
1. <i>L'analyse quantitative</i>	29
2. <i>L'analyse qualitative</i>	30
III. LE CHOIX DES SOURCES	31
1. <i>Rééducation orthophonique</i>	32
2. <i>Glossa</i>	33
3. <i>L'Orthophoniste.....</i>	34
PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	36
I. ELARGISSEMENT DES PATHOLOGIES ET EVOLUTION DE L'ORGANIQUE VERS LE FONCTIONNEL.....	37
1. <i>Un fait : une explosion du nombre de pathologies prises en charge.....</i>	37
2. <i>Technicisation et intérêt pour les troubles organiques</i>	42
3. <i>L'orthophonie vers la prise en compte du fonctionnel.....</i>	44
3.1. Du trouble organique au trouble fonctionnel	44
3.2. Du trouble langagier à la prise en compte de ce qui pourrait influencer sur le langage.....	45
3.3. Aujourd'hui, une double rééducation : du neuropsychologique à l'écologique	48
II. L'ORTHOPHONIE DANS LE PROCESSUS DE MEDICALISATION	51
1. <i>Modifications sociales et enjeux pour l'orthophonie</i>	51
2. <i>L'évolution terminologique : médicalisation de nouveaux territoires professionnels par l'orthophonie.....</i>	54
3. <i>Questions de classification et quête de légitimité</i>	56
III. UNE EVOLUTION SELON LES INFERENCES INVESTIES ET LA QUESTION JURIDICTIONNELLE.....	59
1. <i>Les frontières de l'orthophonie par rapport aux disciplines connexes</i>	59

1.1.	Des inférences psychanalytiques aux inférences neuropsychologiques	59
1.2.	L'orthophonie aux confins de disciplines paramédicales connexes	62
2.	<i>Une conséquence de l'explosion : les luttes juridictionnelles entre les professions</i>	65
2.1.	Objets de lutte entre les neuropsychologues et les orthophonistes	66
2.2.	Luttes juridictionnelles entre l'orthophonie et la psychiatrie	68
2.3.	Un champ de compétence commun entre les kinésithérapeutes et les orthophonistes	69
2.4.	La controverse pédagogie/ pathologie.....	70
2.5.	L'exemple de la méthode Tomatis	71
2.6.	Le paradoxe d'une légitimité offerte à d'autres professions.....	72
CONCLUSION.....		75
BIBLIOGRAPHIE.....		77
ANNEXES.....		94
ANNEXE I :		95
1.	<i>Décrets de compétences</i>	95
1.1.	Décret de 1993	95
1.2.	Décret de 1992.....	96
1.3.	Décret de 2002	97
ANNEXE II :		99
1.	<i>Tableaux de fréquences des pathologies par tranche de 5 ans</i>	99
1.1.	Glossa	99
1.2.	L'orthophoniste.....	100
1.3.	Rééducation Orthophonique	102
ANNEXE III :		105
2.	<i>Tableaux de fréquences des professions des auteurs écrivant sur les pathologies, par tranche de 5 ans</i> 105	
2.1.	Glossa	105
2.2.	L'orthophoniste.....	106
2.3.	Rééducation Orthophonique	107
ANNEXE IV :		109
1.	<i>Regroupements des pathologies par symptômes évoqués dans les articles, sur tranche de 5 ans : l'exemple de Glossa</i>	109
1.1.	1986-1990	109
1.2.	1991-1995	110
1.3.	1996-2000	110
1.4.	2001-2005	111
1.5.	2006-2010	111
ANNEXE V :		112
1.	<i>Grille d'analyse</i>	112
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....		113
TABLE DES MATIERES		114

Lauren Magnin, Solène Poncet

EVOLUTION DES CHAMPS DE COMPETENCES EN ORTHOPHONIE : Analyse historique à travers la presse spécialisée

115 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2012

RESUME

A l'aide d'une double approche historique et sociologique, notre mémoire se propose d'étudier l'évolution des champs de compétences en orthophonie. Notre analyse a été réalisée via l'ensemble des articles traitant des pathologies de trois revues professionnelles consacrées à l'orthophonie : *Glossa*, *L'Orthophoniste* et *Rééducation Orthophonique*, de 1963, date du premier numéro, à 2011. Les apports théoriques concernant la sociologie de la santé développés notamment par Aiach (1998), et traitant des notions telles que la médicalisation ont été un socle de notre réflexion, ainsi que l'éclairage procuré par la sociologie des professions d'Abbott (1988) qui permet d'aborder l'histoire de l'orthophonie en termes de juridictions et ainsi de chercher à définir les frontières de la profession. Notre volonté a été de tenter de comprendre le cadre dans lequel une pathologie a pu être intégrée dans les prises en charge attribuées à l'orthophoniste et donc comment la profession a progressivement élargi son territoire professionnel et légitimé sa pratique. D'un premier constat d'explosion des pathologies, notre étude indique ensuite que l'orthophonie s'est servie de la médicalisation et de l'investissement de certains courants pour étendre son champ de compétences, mais que cet élargissement a provoqué des luttes juridictionnelles entre les professions, dont certaines subsistent encore actuellement.

MOTS-CLES

Histoire de l'orthophonie – Pathologies – Sociologie des professions – Sociologie de la santé – Médicalisation – Légitimité – Champs de compétences – Luttés juridictionnelles.

MEMBRES DU JURY

Jaubert Guillaume, Perdrix Renaud, Tain Laurence

MAITRE DE MEMOIRE

Nicolas Guilhot, Caroline Leclerc

DATE DE SOUTENANCE

28 juin 2012
