

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD. LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES et TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur : Professeur Yves MATILLON

**D'UNE FORMATION D'ORTHOPHONISTE A UNE PRATIQUE SPECIALISEE :
L'INVESTISSEMENT DANS LE DOMAINE DU BEGAIEMENT**

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

par

CIESIELSKI Laurence

Autorisation de reproduction



**Professeur Eric TRUY
Responsable de l'enseignement**

LYON, le 5 juillet 2007

N°1381

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président
Vice-Président CA
Vice-Président CEVU
Vice-Président CS
Secrétaire Général

Pr. Lionel COLLET
Pr. Joseph LIETO
Pr. Daniel SIMON
Pr. Jean-François MORNEX
M. Gilles GAY

FEDERATION SANTE

U.F.R. de Médecine LYON GRANGE BLANCHE	Directeur	Pr. MARTIN Xavier
U.F.R de Médecine LYON R.T.H. LAENNEC	Directeur	Pr. COCHAT Pierre
U.F.R de Médecine LYON-NORD	Directeur	Pr. ETIENNE Jérôme
U.F.R de Médecine LYON-SUD	Directeur	Pr. GILLY François Noël
U.F.R d' ODONTOLOGIE	Directeur	Pr. ROBIN Olivier
INSTITUT des SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES	Directeur	Pr. LOCHER François
INSTITUT des SCIENCES et TECHNIQUES de READAPTATION	Directeur	Pr. MATILLON Yves
DEPARTEMENT de FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur	Pr. FARGE Pierre

FEDERATION SCIENCES

Centre de RECHERCHE ASTRONOMIQUE DE LYON - OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur	M. GUIDERDONI Bruno
U.F.R. des SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES	Directeur	M. COLLIGNON Claude
I.S.F.A. (Institut de SCIENCE FINANCIERE ET d' ASSURANCES)	Directeur	Pr. AUGROS Jean-Claude
U.F.R. de GENIE ELECTRIQUE ET DES PROCEDES	Directeur	Pr. CLERC Guy
U.F.R. de PHYSIQUE	Directeur	Pr. HOAREAU Alain
U.F.R. de CHIMIE ET BIOCHIMIE	Directeur	Pr. PARROT Hélène
U.F.R. de BIOLOGIE	Directeur	Pr. PINON Hubert
U.F.R. des SCIENCES DE LA TERRE	Directeur	Pr. HANTZPERGUE Pierre
I.U.T. A	Directeur	Pr. COULET Christian
I.U.T. B	Directeur	Pr. LAMARTINE Roger
INSTITUT des SCIENCES ET DES TECHNIQUES DE L'INGENIEUR DE LYON	Directeur	Pr. LIETO Joseph
U.F.R. de MECANIQUE	Directeur	Pr. BEN HADID Hamda
U.F.R. de MATHEMATIQUES	Directeur	Pr. CHAMARIE Marc
U.F.R. D'INFORMATIQUE	Directeur	Pr. AKKOUCHE Samir

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

FORMATION ORTHOPHONIE

DIRECTEUR ISTR

Pr. MATILLON Yves

DIRECTEUR de la
FORMATION

Pr. TRUY Eric

DIRECTEUR des ETUDES

BO Agnès

DIRECTEUR de la RECHERCHE

Dr. WITKO Agnès

RESPONSABLES de la FORMATION CLINIQUE

PERDRIX Renaud
MORIN Elodie

CHARGÉE du CONCOURS D'ENTREE
PEILLON Anne

SECRETARIAT DE DIRECTION ET DE SCOLARITE
BADIOU Stéphanie
CLERC Denise

REMERCIEMENTS

Je remercie Caroline LECLERC qui m'a suivie et soutenue pas à pas dans cette longue entreprise qu'est le mémoire.

Je remercie Laurence TAIN pour son accueil chaleureux, ses précieux conseils et ses encouragements.

Par souci de confidentialité, je ne peux citer explicitement chacun des orthophonistes interviewés. Cependant, je souhaite les remercier pour avoir accepté de me faire part de leur précieuse expérience de la profession ainsi que de leurs réflexions personnelles à ce sujet.

Je remercie particulièrement Renaud PERDRIX pour l'impulsion que ses écrits ont donnée à ma réflexion.

Je remercie Marie-Joëlle MATHIEU et Christine CHOSSON-TIRABOSCHI qui m'ont suivi plusieurs mois en stage. Elles m'ont confortée dans l'idée que l'orthophonie est un métier passionnant. Elles ont largement concouru à l'élaboration de ma vision globale de la profession, fondation de ce présent mémoire.

Je remercie Agnès Witko pour sa rigueur dans l'encadrement de ce travail de recherche.

Je remercie Anne-Marie DENEDNIA -PARDON et Céline Fortunato de Almedia pour leur précieuse relecture.

Je remercie mes petits proches, Alexis et Julie pour leurs encouragements et leur compréhension.

J'ai enfin une pensée particulière pour celle qui n'a pas voulu être absente et je lui dédie ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
PARTIE I LE CADRE THEORIQUE.....	11
I Construction de la profession d'orthophoniste.....	12
II La dynamique de construction d'une identité professionnelle.....	16
III Les représentations du bégaiement : une approche plurielle.....	21
PARTIE II PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	27
PARTIE III METHODOLOGIE	29
I Protocole expérimental.....	30
II La population	34
II L'analyse des données	36
PARTIE IV PRESENTATION DES RESULTATS	41
I Essai de typologie.....	42
II Quatre portraits sur le continuum experts / non experts.....	46
PARTIE V DISCUSSION	59
I La rhétorique professionnelle, des formations et des compétences spécifiques comme creuset de la légitimité.....	60
II Le segment professionnel du bégaiement : adoption de normes particulières et construction d'un réseau	63
III Les modèles de représentation du bégaiement et du soin : de la formation initiale à l'exercice professionnel.....	67
IV Etiologie de la peur du bégaiement.....	69
V Les limites de la recherche.....	72
CONCLUSION ET OUVERTURES	74

INTRODUCTION

En Septembre 2002, le chanteur belge Arno (Arno Hintjens) était invité dans une émission de Marc-Olivier Fogiel pour la promotion de son nouvel album. Victime de son bégaiement, il ne parvint pas à exprimer la moindre phrase intelligible. Sous le regard médusé des téléspectateurs et face à la douleur visible du chanteur, le présentateur lui proposa alors d'interpréter « *Ils ont changé ma chanson* » de Dalida composée par M.Safka et M.Vidalin en 1970. « *Ils ont trahi ma chanson, ce n'était rien qu'une chanson. Ils ont changé mon tempo et ma musique et mes mots, ils n'ont rien compris* ». Son visage se détendit, ses spasmes disparurent, sa fluence fût parfaite : il transmet alors une émotion inoubliable. Le texte de la chanson est explicite et signe la souffrance que représente l'incapacité à pouvoir s'exprimer pour une personne bègue. A cela s'ajoute le fait que l'interlocuteur tente de comprendre le message du locuteur au risque d'en faire une mauvaise interprétation.

Le bégaiement est une pathologie lourde qu'il est nécessaire de prendre en charge précocement. Cette idée semble aujourd'hui communément acceptée par la plupart des orthophonistes. La rééducation du bégaiement représente néanmoins une prise en charge difficile et qui pose questionnement à nombre de thérapeutes de la communication. Preuve en est le nombre impressionnant d'écrits à ce sujet. Wingate (2002). Le bégaiement, bien qu'il soit ancestralement connu, constitue paradoxalement un motif de consultation peu fréquent. Nous verrons que sa faible prévalence (1 % chez les préadolescents et 0.8 % chez les adolescents) n'en est pas la seule raison. C'est pour cette raison que nous souhaitons mener une recherche sur l'élaboration du processus de spécialisation des orthophonistes appartenant au segment professionnel du bégaiement.

Il s'agira de présenter le cadre théorique de la recherche selon trois axes. Tout d'abord, nous tenterons de cerner la construction de la profession d'orthophoniste dans une perspective interactionniste. Puis, nous observerons la dynamique de construction d'une identité professionnelle spécifique à travers le bégaiement. Et enfin, nous définirons les différents modèles de représentation du bégaiement, ses différentes approches étiologiques en insistant sur le rôle central du corps dans la pratique thérapeutique.

Après avoir exposé la problématique et posé un certain nombre d'hypothèses, nous exposerons les principes de l'analyse qualitative sur lesquels nous avons fondé notre recherche. Il est apparu essentiel de concevoir le déroulement des entretiens dans une conception interactive des niveaux de communication. La manipulation des données a été facilitée par la construction d'une grille d'analyse comportant des thèmes et des sous thèmes. Ainsi, chaque discours a été analysé précisément pour déboucher sur la rédaction de quatre portraits et d'une typologie exposés en troisième partie.

Dans la quatrième partie, nous aborderons la discussion sous différentes thématiques transversales à l'ensemble des profils étudiés. Nous insisterons sur le segment des orthophonistes spécialistes du bégaiement qui construit sa légitimité selon trois axes. En effet, *leur modèle de représentation fonctionnel mixte* du soin impose *une rhétorique professionnelle spécifique*, ils revendiquent ainsi la *maîtrise de connaissances et de compétences singulières*. Ensuite, il paraît intéressant de se pencher sur les marqueurs les plus spécifiques de la pratique thérapeutique des orthophonistes experts en bégaiement. Enfin, nous tenterons d'explorer les « étologies » possibles du sentiment de peur du bégaiement qui semble être véhiculé dans la profession.

PARTIE I LE CADRE THEORIQUE

I Construction de la profession d'orthophoniste.

A Evolution théorique du concept de profession.

1 Profession versus activité : une approche fonctionnaliste.

Il est intéressant de se demander ce qui fait qu'une activité de travail peut être reconnue comme une profession. Il existerait une hiérarchie entre « *occupations* » et « *professions* ». Ces dernières s'appuieraient sur une définition tirée d'un article de Flexner (1915) cité par Cegan (1953) et répondraient à six critères communs à toutes les professions :

- les professions se bornent essentiellement à du traitement d'opérations intellectuelles associé à de grandes responsabilités.
- elles sont basées sur la science et le savoir théorique.
- leurs champs d'activité sont pratiques et utiles.
- l'enseignement des professions se fait par l'intermédiaire d'un enseignement formalisé
- elles tendent à s'organiser en associations
- les membres d'une même profession ont une motivation altruiste. (Aïach & Fassin, 1994 pp 63 64), (Dubar & Tripier, 1998 p 9).

Cette approche théorique est typique de ce que Chapoulié (1973) appelle la sociologie fonctionnaliste des professions. Actuellement, cette conception est largement réfutée car la différence entre « *activités* » et « *professions* » repose globalement sur des préjugés. En effet, c'est la société qui juge *a priori* qu'une activité devient profession.

2 La sociologie des groupes professionnels : l'approche interactionniste.

Les travaux des sociologues de Chicago, souvent qualifiés d'interactionnistes, viennent s'opposer à l'approche fonctionnaliste (Hughes, Becker & Strauss). Ils considèrent les groupes professionnels au travers des interactions situées à l'intérieur des professions elles-mêmes et à l'interface de celles-ci. Deux éléments majeurs viennent contredire la théorie fonctionnaliste :

- il n'existe pas de consensus au sein d'une même profession (Strauss A., 1961,1978).
- on peut relever les mêmes phénomènes au sein d'un même corps de métier défini comme « *profession* » ou non. (Dubar & Tripier, 1998).

Ainsi, le concept interactionniste de la profession s'articule selon quatre axes :

- les groupes professionnels font l'objet d'interactions entre les membres d'un même groupe qui tend à s'auto organiser, à défendre son autonomie, son territoire et à se protéger de la concurrence.
- du point de vue individuel, la vie professionnelle répond à un processus biographique qui construit une identité professionnelle propre à chacun.
- les interactions et les processus biographiques sont étroitement interdépendants.

L'évolution d'un groupe professionnel dépend des éléments biographiques de ses membres influencés par les relations qu'ils opèrent entre eux. Ainsi, chacun construit sa propre trajectoire professionnelle. La carrière (« *career* », Hugues, 1958) se définit comme « *Le parcours d'une personne au cours de son cycle de vie* ». Néanmoins, la carrière ne suit pas un développement rectiligne mais se caractérise par des points d'inflexion ou turning points. En orthophonie, le décret de compétence divise l'activité professionnelle en plusieurs domaines d'intervention dont le bégaiement qui est une pathologie à part entière depuis 1992. « *L'orthophonie se voyait officiellement reconnaître ses nouveaux champs de compétences* ». (Roustit, 1992, p3). Faire le choix de se spécialiser en bégaiement peut être considéré comme un tournant dans la trajectoire professionnelle. Ce choix peut être lié à des rencontres professionnelles, à une histoire personnelle ou bien encore à la manière dont la pratique est présentée ou perçue par le praticien lors de sa formation initiale ou des formations continues.

- les groupes professionnels cherchent à se faire connaître de leurs partenaires en développant des rhétoriques professionnelles et un statut protecteur. (Hughes, p 251).

Le fait que l'expression « *groupe professionnel* » ait supplanté le terme « *profession* » montre qu'il paraît difficile de définir les contours de ce concept. Le groupe professionnel n'est pas une unité définie une fois pour toute mais il est le fruit d'une négociation permanente entre des professionnels se définissant comme experts dans un domaine.

Pour Hughes (p78-87), cette négociation se fait sur la base du binôme « *licence* » (autorisation d'exercer) et « *mandate* » (obligation de mission). Chaque groupe professionnel aspire tout d'abord à être autorisé à exercer certaines activités (*licence*)

dans le but de délimiter la concurrence. Puis, une fois cette autorisation acquise, chacun cherche à revendiquer une mission (*mandate*) de façon à « *fixer ce que doit être la conduite spécifique des autres à l'égard des domaines concernés par son travail* » (Dubar & Tripier, p 104). Lorsqu'un groupe parvient à asseoir ce double concept, il devient une profession.

En résumé, la théorie interactionniste démontre qu'un groupe professionnel n'est pas une entité stable mais qu'il fait l'objet de perpétuelles renégociations. Il s'agit maintenant de comprendre comment, à l'intérieur d'un même groupe, se construit l'identité professionnelle de chaque individu.

B La profession d'orthophoniste : rapide historique.

En 1829, le docteur Colombat emploie pour la première fois le terme orthophonie qui vient du grec « *ortho* » qui signifie « *droit* » et de « *phonos* » qui signifie « *son* » ou « *voix* ». Il ouvre à Paris un établissement : l'Institut orthophonique de Paris destiné au traitement du bégaiement. Il est intéressant de noter la définition quelque peu réductrice de l'orthophonie à cette époque par rapport à l'ampleur du décret de compétence qui régit actuellement la profession. Paradoxalement, il semblerait que seul un nombre limité d'orthophonistes « experts » en bégaiement - notamment dans les grandes agglomérations- s'attacherait à prendre en charge ce type de rééducation. En 1995, sur 572 orthophonistes interrogés, seulement 2 % citent le bégaiement dans leurs types de prise en charge (Brugniau & Chambost, 1995). En 2002, en cabinet libéral, le nombre moyen de minutes consacrées au bégaiement est de 50 minutes contre 672 pour les dyslexies et dysorthographies. (Haberer & Voisin, 2003)

A partir de 1914, on observe la création de nombreux centres du langage. En 1924 naît l'Association Internationale de Logopédie et de Phoniatrie. Cependant, l'essentiel du développement de l'orthophonie en France tient à la personne de Suzanne Borel-Maisonny (1900-1995) qui mène les premières rééducations auprès d'enfants opérés après divisions palatines. Elle élargit ensuite son domaine d'intervention aux enfants bègues avec le docteur Pichon. Dans le même temps, sa collaboratrice, C.Dinville (1899-2001) met au point avec le docteur Tarnaud des rééducations pour les troubles pathologiques de la voix. (Kremer & Lederlé, 2005). Ainsi, dès l'origine, la profession d'orthophoniste appartient au champ de la médecine et s'inscrit dans l'ère de la médicalisation.

C L'orthophonie est née dans un phénomène de médicalisation

1 L'évolution quantitative

La médicalisation de la société a connu une progression massive tout au long du XXème siècle. La médicalisation est une construction sociale. Elle consiste à conférer une nature médicale à des représentations et à des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées en ces termes. (Aïach & Delanoë, 1998). C'est une transformation culturelle et pas seulement professionnelle. Elle s'est intensifiée au cours des quarante dernières années. Or, l'orthophonie est née dans cette même période. De 1970 à 1983, on a pu observer une croissance de 90% des professions paramédicales. En outre, entre 1963 et 2004, le nombre des orthophonistes est passé de 151 à 12202 (Kremer & Lederlé, 2005). On assiste à un développement de la médicalisation tant au point de vue quantitatif que qualitatif.

2 L'évolution qualitative

Bensaïd (1981) in *La lumière médicale : les illusions de la prévention*, dresse un tableau d'une société où règne l'optimisme. La santé y est devenue un objectif prioritaire. « *Elle (la société) avait déclenché la grande révolution de la qualité contre la quantité. Le mieux avait supplanté le plus* ». Dès le début des années 60, la clairvoyance de l'instituteur du petit Bonzi, un garçon de dix ans atteint d'un sévère bégaiement (2005, Chalandon) atteste de ce nouvel état d'esprit. Il conseille en effet à la mère de l'enfant de consulter « *un spécialiste de ce genre de trouble : un orthophoniste* ». Longtemps le bégaiement n'a pas été considéré comme une pathologie. L'apparition des thérapeutes du langage a libéré le monde des bègues de l'isolement. Le bégaiement a été identifié en tant que trouble de la parole et du langage, expliqué au patient ainsi qu'à son entourage dans le but de mettre en place une stratégie de rééducation adaptée.

Strauss (1997) précise que la médicalisation de la société a évolué de façon qualitative. Dans les sociétés européennes, aux USA, au Canada et en Union Soviétique, les maladies infectieuses ont tendance à disparaître pour laisser place à des maladies chroniques et à des troubles plus spécifiques. Le bégaiement qui s'inscrit dans

les troubles de la parole appartient à ces troubles spécifiques. On remarquera que les caractéristiques de ces troubles spécifiques définissent bien le bégaiement. Ils touchent le patient sur un long terme, ils sont incertains, ils demandent beaucoup d'efforts, leur étiologie est multifactorielle. Ils sont en outre très intrusifs dans la vie du patient et de sa famille, ils demandent enfin l'intervention de plusieurs thérapeutes spécialisés.

Nettleton (2006) remarque que les champs d'intérêt de la médecine et de la sociologie de la maladie et de la santé ont évolué ces vingt dernières années. On assiste à une évolution des maladies elles-mêmes mais aussi des réponses apportées par la médecine. On est passé d'une politique interventionniste à une politique de prévention et de surveillance « ... *from curing to caring...* » (Nettleton, p.10). Graduellement, la médecine et la sociologie ont porté leur attention sur la santé et non plus seulement sur la maladie. Preuve en est le nombre croissant de programmes de prévention médicale (campagne anti-tabac, de prévention du bégaiement dans les écoles...). « *Les réponses à la santé physique et mentale se trouve aujourd'hui dans la société et non plus dans l'univers confiné de l'hôpital* » (Nettleton, p10). La profession d'orthophoniste s'est ainsi construite dans un contexte de mutation sociologique de la médecine mais elle est également le fruit d'une construction identitaire propre.

II La dynamique de construction d'une identité professionnelle.

Le processus de construction de l'identité professionnelle s'articule autour de trois éléments : la formation initiale, une collaboration interprofessionnelle et des négociation entre membres d'un même groupe. Dans un texte célèbre, Hughes utilise l'expression « *la fabrication d'un médecin* ». (*The making of a physician*, 1955-58 p 116s) et définit sa recherche comme « *l'exposé d'une trame générale pour l'étude de la formation dans des professions variées* ». La culture médicale découle en effet, à la fois d'un apprentissage, d'une initiation et d'une conversion. « *Il ne suffit pas d'étudier les disciplines qui entrent dans le cursus universitaire, il faut aussi et surtout être initié au rôle médical et se convertir à la vision du monde et de soi qui permet la pratique de ce rôle* » (Dubar & Tripier, 1998, p 101). Ainsi, on peut noter que la formation initiale comme la formation continue sont des moments clés dans l'établissement d'une identité professionnelle.

A De la formation initiale à la formation continue.

1 La formation initiale.

En quoi consiste exactement le métier d'orthophoniste ? Selon Kremer et Lederlé (2005), « *l'orthophonie consiste :*

- à prévenir, à évaluer et à traiter les déficiences et troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que ceux associés à la compréhension du langage oral et écrit, à sa réalisation et à son expression.;

- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Dans l'exercice de son activité, l'orthophoniste prend en compte les dimensions psychologique, sociale, économique et culturelle de chaque patient à tout âge de la vie. »

Ainsi, cette mission et ce rôle déterminent le contenu de l'enseignement initial qui se décompose en quatre parties : l'acquisition des connaissances fondamentales, l'enseignement des matières spécifiques, le mémoire de recherche et les stages.

Une vision réductrice tendrait à pointer un nombre limité d'heures d'enseignement concernant le bégaiement. Les cours sur la rééducation spécifique du bégaiement représentent en effet entre 20 et 30 heures d'enseignement. Or, il est indispensable de souligner que ce type de prise en charge s'inscrit au carrefour de compétences qui sont enseignées tout au long des quatre années d'études.

La profession d'orthophoniste est encore récente et la recherche est en constante évolution. Il s'agit ainsi de s'inscrire dans une démarche de formation constante, de remise en question, en somme dans une avancée constructive. L'orthophonie est un métier en devenir et ce sont les orthophonistes en collaboration avec les professionnels médicaux qui inscrivent leur profession dans une approche évolutive.

Ainsi, la formation ne s'achève pas avec l'obtention d'un certificat de capacité mais se poursuit tout au long de l'exercice professionnel. La formation continue et la recherche permettent aux thérapeutes de poursuivre cette démarche holistique.

2 La formation continue et la recherche.

Si la formation initiale est primordiale dans l'élaboration de l'identité professionnelle, la formation continue et la recherche participent de façon non

négligeable à cette construction. Les choix de formations continues peuvent être considérés comme des *turning points* de la trajectoire professionnelle. Il est possible que l'objectif poursuivi soit de répondre à la demande de soins des patients mais aussi de satisfaire une volonté propre de démarcation par rapport au groupe professionnel.

En 1971 apparaît la loi sur la formation continue et permanente mais les orthophonistes avaient déjà mis en place de façon informelle des dispositifs de formation bien avant. Il existe de nombreuses structures permettant à chaque praticien en exercice de parfaire sa formation initiale. On peut penser notamment aux différents colloques qui donnent l'occasion de se tenir au courant de l'évolution des techniques et des recherches. Le 17 et 18 mars 2006 a eu lieu le Colloque International de l'association Parole Bégaiement sur le thème « *Art et Bégaiement* » à Toulouse. De nombreux professionnels (orthophonistes, psychothérapeutes, phoniatres...) ainsi que des personnes bègues ont exposé leurs travaux de recherches, leurs expériences et leur vécu. Les formations concernant la prise en charge du bégaiement sont également régulièrement proposées par les antennes de formation continue des universités ou par des associations ou par des syndicats professionnels. On peut donner l'exemple de la formation menée par J.De Chassey sur la rééducation du bégaiement et la thérapie comportementale et cognitive. (Formation continue des Orthophonistes- UCBL Lyon I) et qui a donné lieu à l'édition d'un ouvrage du même nom (De Chassey & Brignone, 2003). Selon une estimation des organismes de formation permanente des orthophonistes, près de 50 % d'entre eux suivent chaque année au moins une session de formation continue.

En résumé, on observe un engouement pour la formation continue de manière générale. Le bégaiement, pathologie plurielle et complexe, n'échappe pas à cette démarche de formation continue. Les propositions de formation continue et permanente, les colloques scientifiques et la recherche sur le bégaiement montrent une volonté de dynamique constructive de la part des orthophonistes. Ces observations démontrent que l'idée éventuelle d'un « *manque de formation* » qui circule dans le discours des thérapeutes ne représente peut-être pas l'élément principal de l'hésitation face à la prise en charge du bégaiement. Il s'agit de s'interroger sur les représentations du bégaiement qui sont véhiculées dans les formations actuelles, sur certaines dimensions de la réalité du trouble qui apparaissent peut être comme plus légitimes dans le contexte de médicalisation alors qu'il apparaît de façon consensuelle que la pathologie est multifactorielle (organique, psychologique, corporelle, sociale...)

B Vers l'identité professionnelle : un compromis entre collaboration et confrontation interprofessionnelle.

Si l'identité professionnelle se construit au travers d'une formation initiale commune, on remarque cependant qu'elle évolue entre deux tendances aux effets contradictoires. En effet, on constate que les fondations de l'identité reposent d'une part sur un socle commun qu'est la collaboration interprofessionnelle et d'autre part sur une volonté de démarcation et donc l'établissement de frontières professionnelles bien définies. Strauss (1992, p. 269-282) pense une théorisation sociologique en terme de « *mondes sociaux* ». Ainsi, on peut considérer qu'il existe un réseau interprofessionnel centré autour du bégaiement et qui comprend des orthophonistes spécialisés dans la prise en charge de cette pathologie, des médecins phoniâtres, des psychologues et des membres d'associations de personnes bègues. Dans cette perspective, on remarque que ce ne sont ni le statut ni la fonction de chaque partenaire qui constituent l'homogénéité du groupe mais l'objet qui le concerne et le rassemble au cours des colloques, de formations, de débats à savoir le bégaiement. Si l'identité professionnelle rassemble de nombreux éléments attestant d'interactions et de croyances partagées à l'intérieur d'un même groupe, elle se traduit également par l'établissement d'un territoire propre à chacun. Le groupe professionnel doit en effet se démarquer de l'intervention des autres groupes. Cette tendance engendre inévitablement des négociations avec les professions adjacentes qui concourent elles aussi à une reconnaissance officielle. Paicheler (1995) note qu'il existe pour les professionnels de santé, un certain flou dans les définitions officielles des activités de chacun. Ceci ouvre en conséquence la voie à des « *empiètements de territoires* ».

En conclusion, l'identité professionnelle se construit dans une tension entre deux tendances : le partage d'idées et d'actes communs et la définition d'un champ d'action et de missions spécifiques à chaque groupe.

C Discours de légitimation et spécialisation comme voie de valorisation professionnelle

1 De la nécessité d'un argumentaire

Toute stratégie de légitimation doit s'accompagner d'un travail d'argumentation. Le groupe professionnel s'attache ainsi à faire reconnaître sa capacité d'expertise dans son champ d'action. C'est ce que Paradeise appelle la « *rhétorique professionnelle* » (1985). Le groupe professionnel, pour asseoir sa légitimité, va s'appuyer sur un des registres de la production thérapeutique. En effet, si les médecins hospitaliers universitaires bâtissent leur légitimité sur des connaissances scientifiques, les médecins généralistes peuvent axer leur rhétorique professionnelle sur le caractère humain et global de leur prise en charge, éventuellement en complétant leur formation par des diplômes de médecines douces. (Aïach & Fassin, 1994, p 40). Ainsi, on ne peut parler d'un réel consensus au sein d'un groupe professionnel concernant la stratégie de légitimation et l'activité d'argumentation. Des lors qu'une rhétorique unitaire d'appartenance groupale apparaît, elle est souvent le résultat de rapports de force entre segments professionnels en opposition. Néanmoins, lorsque les points de vue sont trop divergents, on peut aboutir à de réels conflits au sein d'une même profession. Dans le domaine de l'orthophonie, on peut observer des types de prise en charge d'inspiration « neuro-cognitiviste » (*axe cognitif et technique*) qui viennent s'opposer à d'autres qui privilégient la notion de relation thérapeutique (*axe relationnel et affectif*), (Perdrix, 2003).

2 La spécialisation comme voie de valorisation professionnelle.

Bouchayer a mené une étude sur les trajectoires et les pratiques professionnelles des médecins généralistes qui ont choisi de se former à des disciplines médicales spéciales. Il apparaît que les médecins - et on peut faire l'hypothèse que la démarche est similaire pour les orthophonistes - qui se situent dans des champs de pratique différents, accèdent à un statut professionnel considéré comme plus valorisant. Cette recherche de différenciation ne correspond cependant pas seulement à un objectif économique. La mise en place d'une pratique spécifique traduit une volonté de trouver une orientation

professionnelle « *digne d'intérêt et vecteur de réenchantement* » (Bouchayer, 1985). Il s'agit parallèlement de s'ajuster à la demande de la patientèle qui cherche à être soignée différemment à travers des pratiques plus performantes, plus adaptées. La prise en charge doit répondre à une demande relevant d'un traitement global de la personne qui vient avec un trouble fonctionnel ou psychosomatique.

III Les représentations du bégaïement : une approche plurielle.

A Cadre théorique : la notion de représentation.

1. Définition de la représentation de la maladie.

Selon Laplantine (1989), la représentation de la maladie est un savoir construit par un groupe social au sujet de son existence en même temps qu'une interprétation étroitement lié au social. Ces deux composantes interagissent pour établir ce que Herzlich définit comme « *une réalité sociale collectivement partagée* ». (Adam & Herzlich, 2005, p 64).

2. Les représentations de la maladie dans la France contemporaine.

Nos systèmes de représentation de la maladie s'articulent autour de deux approches étiologico-thérapeutiques c'est-à-dire selon deux représentations de la démarche de soin mise en oeuvre. La première définit la maladie comme le résultat « *de la pénétration d'un élément étranger et hostile introduit de l'extérieur dans le corps ou l'esprit du malade* ». (Laplantine, 1986, p 235). En conséquence, la maladie se résume à un symptôme et une entité externe au malade. Le mal doit être isolé et traité afin de disparaître.

La seconde approche pense la maladie comme un élément qui « *vient de lui* » (le malade) (Laplantine, 1986, p 236). Le trouble n'est plus dissocié du malade mais il lui appartient. La pathologie est considérée comme un dysfonctionnement inscrit dans le continuum du fonctionnement ordinaire de l'être humain. (Canguilhem, 1993). La

maladie en elle-même n'existe pas, elle est un symptôme régulateur qui accorde ainsi un potentiel d'action au malade. Il peut devenir artisan de sa thérapie et être son propre thérapeute.

En outre, Laplantine propose une typologie des représentations de la maladie fondée sur trois modèles épistémologiques c'est-à-dire selon le savoir théorique auquel on se réfère :

* un modèle biomédical qui commande une médecine qui peut être qualifiée de « médecine des spécificités ». Cette dernière repose sur l'isolation des spécificités étiologiques et sur la différenciation des tableaux symptomatologiques. Le but est d'engager une attaque frontale des causalités pathologiques afin de faire disparaître le symptôme.

* un modèle psychologique (ou psychanalytique ou psychosomatique). Le symptôme trouverait son origine dans un conflit intrapsychique. C'est l'individu lui-même qui est l'investigateur de sa propre maladie.

* un modèle relationnel. La maladie n'est pas pensée comme une entité propre mais en terme « *d'harmonie et de dysharmonie, d'équilibre et de déséquilibre par rapport au milieu* » dans lequel évolue le malade (Herzlich, 1969). L'idée que la maladie découle d'un déséquilibre social se retrouve tant dans le discours « *savant* » (épidémiologique) que dans les représentations non savantes (stress, mode de vie urbain...). Bien qu'apparenté à un système réductionniste où le praticien est détenteur du savoir et le patient est sous son influence, le modèle biomédical a été très longtemps le modèle dominant. La sociologie de la santé et de la maladie place aujourd'hui le patient au centre de sa réflexion. Ainsi, les dimensions affective, relationnelle et sociale ouvrent de nouveaux champs d'actions aux thérapeutes. (Annandale, 2006)

En résumé, chaque individu s'inscrit dans un système spécifique de représentation de la maladie basé à la fois sur une approche étiologico-thérapeutique et sur un modèle épistémologique. Cependant, le thérapeute, même s'il adhère à l'un ou l'autre de ces grands systèmes de représentation, évolue entre des pratiques thérapeutiques divergentes car les deux modèles ne sont pas totalement dissociés. La rééducation du bégaiement par les orthophonistes s'est développée autour de deux grands axes : une approche plutôt « *fonctionnaliste* » issues des données scientifiques et médicales et une tradition « *holistique* » qui prône la prise en charge globale du patient. (Leahy, 1994, pp 48-51). Néanmoins, le bégaiement est aujourd'hui communément considéré par les

thérapeutes du langage comme une pathologie plurifactorielle et la frontière entre les deux approches tend à s'amenuiser.

B Le bégaiement : un trouble situé à la frontière des niveaux de représentation psychologique et biomédicale.

Van Hout et Estienne (2002) démontrent que l'on peut appréhender le bégaiement selon deux approches principales : une première qui fait référence à la psychologie et une seconde basée sur une étiologie biomédicale.

1. L'approche psychologique et fonctionnaliste

La dimension psychologique et psychopathologique est très présente dans le bégaiement. En amont, les facteurs de stress somatique (fatigue, maladie) et émotionnels (troubles psychologiques, conflits...) déclenchent ou amplifient le trouble. En aval, les répercussions sur le comportement individuel et relationnel font l'objet d'une attention toute particulière chez les thérapeutes du langage. La confiance du patient en lui-même, l'acceptation de ses difficultés, le développement de certains comportements, lui permettent de devenir maître de la situation.

Selon le DSM IX (1995, p.64), le bégaiement s'installe de façon insidieuse sur une période de plusieurs mois, les accidents de parole épisodiques deviennent peu à peu chroniques. L'enfant peut alors connaître des périodes de rémission et d'exacerbation avant de développer des mécanismes d'évitement et des perturbations émotionnelles. Alors que le trouble s'installe, l'enfant prend conscience de ses difficultés, ce qui a pour conséquence de modifier défavorablement sa relation à autrui. Le bégaiement se répercute sur son organisation psychoaffective et contribue ainsi à modifier sa personnalité.

Apparaît ainsi, entre le vécu du sujet (dimension subjective) et la réaction de l'entourage (dimension intersubjective), une relation conflictuelle. Par réaction circulaire, les parents de l'enfant bègue apparentent le trouble comme une volonté agressive. Il en résulte un accroissement de la tension familiale, tension qui à son tour, aggrave le symptôme. L'orthophoniste se doit d'être vigilant à cette relation dialectique. Il pourra ainsi se prononcer sur les priorités étiologiques et thérapeutiques à mettre en œuvre en tenant compte du contexte familial, social et scolaire donné.

L'expérience thérapeutique de nombreux professionnels démontre l'importance de la variable psychologique dans le traitement du bégaiement ainsi que la nécessité d'un travail rigoureux et ordonné. C'est pour cette raison qu'il semble peu probable de mener une rééducation efficace sans faire référence à une approche scientifique du bégaiement. Par conséquent, il paraît nécessaire de s'interroger sur le modèle épistémologique biomédical du trouble.

2. « Etiologies » biomédicales du bégaiement.

Une origine « organique » du bégaiement a été construite antérieurement aux hypothèses psychogéniques et ce, dès les origines de la médecine. Cette pathologie proviendrait d'un dysfonctionnement des organes producteurs de la parole. La localisation neurologique varie en fonction des différents concepts scientifiques.

Après imputation du mal à la seule langue (de nombreux bègues eurent une partie de la langue coupée !), c'est l'ensemble des organes phonatoires qui sera incriminé.

Selon la thèse neuropsychologique, ce sont les anomalies des muscles responsables de la motilité de ces organes ainsi que le mécanisme de leur commande en retour qui expliquerait le bégaiement. Plus récemment, les explorations neuropsychologiques et neurophysiologiques ont envisagé un trouble des commandes cérébrales du langage, « *en particulier de leur commande croisée avec organisation déviante de la latéralisation hémisphérique du langage* ». (Van Hout & Estienne, 2002, p 165).

En résumé, il paraît intéressant de considérer les différentes théories neurologiques sous l'angle de la complémentarité plutôt que de façon contradictoire. De plus, on peut souligner qu'à ce niveau de recherche, les données de l'analyse psychologique peuvent rejoindre celles de l'analyse scientifique. En effet, chez la personne bègue, toutes les études montrent que les émotions négatives générées par la situation langagière pourraient déterminer une utilisation de l'hémisphère « *émotionnelle* ». Autrement dit, le patient bègue activerait l'hémisphère droit avec en conséquence une supériorité de l'attention sélective pour l'oreille gauche.

En conclusion, on peut noter que les théories de nature psychologiques comme celles qui font référence à des données plus scientifiques sont nombreuses et variées. Les quelques approches développées ici n'ont pas un caractère exhaustif. Il paraît des lors intéressant de se pencher sur l'appréhension sociologique du corps qui se situe à la frontière des dimensions biologiques, psychologiques et sociales des représentations du bégaiement et de l'identité professionnelle.

C Le corps : choisir son identité et l'appliquer à la pratique médicale.

1. Construire son identité autour des pratiques corporelles

Selon Bourdieu (1979,1980), les groupes sociaux s'opposent dans leur mode de vie, leurs représentations et leurs pratiques (alimentation, soins, loisirs culturels et sportifs, les préférences artistiques) autrement dit dans leur habitus socio-culturels. Plus précisément, il parle d' « hexis corporelle » pour insister sur la nature intimement corporelle de l'identité sociale. Les pratiques vocales, que ce soit au niveau des caractéristiques de base (fréquence, timbre, intensité) de même que les pratiques vocales élaborées telles que le chant, ainsi que la maîtrise d'un instrument de musique appartiennent à cette « hexis corporelle ». Au modèle purement déterministe de Boltanski (1971) qui avance que le rapport au corps est socialement marqué vient s'opposer le point de vue des interactionnistes américains. Becker (1985) pense qu'il existe une liberté d'action et de pensée chez les individus : l'incorporation à une identité sociale est le résultat d'une implication volontaire et consciente de l'individu. Le segment des orthophonistes rééduquant le bégaiement se caractérise peut-être par des pratiques vocales et musicales héritées de la structure familiale. Cependant, on différenciera le capital culturel hérité du capital acquis. En effet, le capital acquis, développé au cours de la trajectoire professionnelle, permet à l'individu de devenir membre d'un segment professionnel selon son libre arbitre et ainsi de se distinguer des autres segments.

L'hexis corporelle ainsi héritée ou acquise va influencer le type de prise en charge des orthophonistes spécialistes du bégaiement.

2. La place du corps dans la prise en charge du bégaiement.

Goffman (1973-1974) inspiré de Palo Alto montre que dans les rituels d'interaction le corps est utilisé comme un moyen de communication (mimiques, regards, gestes, postures). Le discours trouve ainsi du sens et permet de faire passer un message à l'interlocuteur. Les signes communicationnels doivent donc être contrôlés sous peine de déformer le message initial. Or, Dinville (1980, p.5) décrit les manifestations corporelles du bégaiement. Quel que soit l'âge du sujet, on observe une tension anormale ressentie comme une sensation d'effort au niveau de la respiration, des

organes de la voix et de l'articulation. On note également de nombreuses syncinésies : frémissement des narines, des lèvres, des mouvements anormaux des sourcils, des paupières et des globes oculaires.

Aucun bégaiement ne se manifeste de la même manière mais on comprendra à quel point la partie du message transmise non verbalement peut être déformée. Selon Turner (1992), le corps est représenté comme un phénomène biologique et social qui n'est jamais terminé : le corps est à la fois « *socialement construit et organiquement fondé* ». On peut donc considérer un modèle circulaire où la réaction sociale du corps physique infléchit l'expérience corporelle qui, elle-même, en retour affecte le social. On se retrouve ainsi à l'interface des dimensions biologiques et sociales des représentations de la maladie et du corps.

En conséquence, on observe, depuis les années 80, l'apparition de pratiques corporelles dans de nombreuses pratiques médicales dont l'orthophonie n'est pas exempte. Pour Vigarello (1993) « *les thérapies corporelles, le yoga, la relaxation, la sophrologie ou les techniques orientales prônent la découverte de soi et la valorisation de l'épanouissement personnel* ». On rejoint la dimension psychologique et fonctionnaliste du soin qui implique la nécessité d'appréhender personnellement la thérapie sur soi pour la transmettre au patient

Nous avons ainsi observé dans un premier temps la construction de la notion de profession d'un orthophoniste dans une logique interactionniste globale et dans un second temps le processus d'élaboration de l'identité professionnelle de celui-ci. Avant d'établir une problématique de recherche et poser certaines hypothèses, il est enfin apparu nécessaire de mieux cerner la représentation du bégaiement et du soin qu'il implique.

PARTIE II PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Problématique : Comment s'élabore le processus de spécialisation des orthophonistes prenant en charge le bégaiement ?

Hypothèse 1 : Il semble qu'il y ait une évolution du mode de représentation du bégaiement et de la profession d'orthophoniste depuis la formation initiale jusqu'à l'exercice professionnel. En effet, les orthophonistes ont peut-être une approche plutôt biomédicale pendant les études alors que la pratique clinique les inscrit progressivement dans une dynamique fonctionnaliste.

Hypothèse 2 : L'appartenance au segment des professionnels de la rééducation du bégaiement correspond à des normes particulières.

Ces normes sont :

- une pratique vocale et/ou musicale acquise au moment de la formation initiale ou de l'exercice professionnel.
- une pratique corporelle acquise par goût personnel en vue d'une application à la rééducation.

Hypothèse 3 : La construction de la légitimité des thérapeutes spécialisées en bégaiement se base sur :

- la caution donnée par les formations en bégaiement.
- des compétences personnelles spécifiques. Elles se caractérisent d'une part par l'expérience individuelle des liens de parentalité du thérapeute et d'autre part par une certaine maturité dans les liens sociaux.

Hypothèse 4 :

L'expertise dans le domaine du bégaiement révèle des traits caractéristiques

- il existe un réseau professionnel autour de cette pathologie.
- l'accompagnement parental est courant dans la prise en charge du bégaiement des enfants.

PARTIE III METHODOLOGIE

I Protocole expérimental.

La démarche expérimentale choisie est une méthode qualitative : l'enquête par entretien. Il s'agira de recueillir des informations biographiques par l'intermédiaire d'interviews qui seront intégralement enregistrées et retranscrites. Selon Confucius « *Puisque vous avez deux oreilles et une bouche, il faut écouter deux fois plus que parler* ». Pour cette raison, nous choisirons des entretiens semi directifs qui sont selon Mucchielli (1991) basées sur cinq critères.

A Les cinq critères de base des entretiens semi directifs

- l'acceptation interne : les travaux de recherche et les résultats sont acceptés par les acteurs de la recherche.
- la complétude : il s'agit d'obtenir des résultats cohérents qui permettent d'apporter des réponses au questionnement.
- le principe de saturation : c'est un processus qui apparaît quand il semble que toutes les possibilités ont été abordées. La généralisation deviendra alors envisageable.
- La cohérence interne : l'analyse des données conduira à un modèle cohérent. Ce critère sera nécessaire pour la présentation des résultats.
- La confirmation externe : les résultats doivent être acceptés par les experts scientifiques participant à la recherche concernée.

Ces principes méthodologiques délimiteront le cadre et les modalités de notre recherche.

B Déroulement de l'enquête dans une conception interactive des niveaux de la communication.

1. La situation sociale de l'entretien de recherche.

Il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble de caractéristiques économiques, sociales (l'âge, le sexe et le milieu socioculturel) des deux protagonistes. (Blanchet, Ghiglione, Massonnat, Trognon, 2004)

La proximité sociale de l'interviewé et de l'interviewer facilite l'échange et le dialogue.

2. Le contrat de communication.

Il est constitué par des paramètres qui représentent les savoirs partagés minimaux des interlocuteurs sur les enjeux et les objectifs du dialogue. L'interviewer doit exposer les motifs et les objets de sa demande : Pourquoi cette recherche ? Pourquoi avoir choisi cet interviewé ? Le modèle de courrier envoyé aux orthophonistes est :

« Il s'agit d'une recherche menée dans le cadre de mes études au sein de l'école d'orthophonie. La question est d'essayer de comprendre comment se traduisent les trajectoires professionnelles des orthophonistes qui se spécialisent dans la prise en charge du bégaiement.

Le but de ce mémoire est à la fois de donner un nouvel éclairage à ceux qui hésitent encore à prendre en charge cette pathologie et de leur faire partager l'expérience des orthophonistes spécialistes du bégaiement.

Le principe étant celui de la confidentialité, toutes les données (noms et lieux cités) resteront anonymes.

Je prends contact avec vous pour solliciter un entretien d'une durée de une heure enregistré à votre cabinet. Je ne vous poserai pas de questions précises, le but étant de connaître votre expérience et votre point de vue concernant la prise en charge du bégaiement.

Je vous contacterai par téléphone dans quelques jours pour convenir d'un rendez-vous si vous acceptez de participer à cet entretien ».

Un premier niveau de pertinence du discours est ainsi défini.

3. Le système des interventions.

Selon Blanchet et al. (2004), les interventions de l'interviewer se distinguent principalement en consignes et commentaires. Les consignes vont déterminer le thème du discours de l'interviewé tandis que les commentaires sont des explications, des remarques, des questions et des observations ponctuant le propos de l'interviewé.

a. Les interventions consignes.

L'entretien doit débuter par une consigne inaugurale. Elle doit être claire, non contradictoire avec le contrat initial et plus précise que celui-ci :

« J'aimerais savoir comment les orthophonistes parviennent à se spécialiser ou non dans la prise en charge du bégaiement Nous pourrions débiter l'entretien par une question générale : « Qu'est-ce que représente le bégaiement pour vous ? La consigne énoncée sera toujours rigoureusement identique avec chacun des orthophonistes interviewés.

b. Les interventions commentaires.

Le commentaire a pour but de favoriser la production du discours. L'interviewer doit s'abstenir de tout abus dans l'usage des consignes thématiques qui entraînerait une rupture de la linéarité discursive.

Les interventions commentaires se distinguent par deux critères : l'acte de langage accompli par l'interviewer et l'instance discursive visée.

L'acte de langage accompli par l'interviewer peut être une déclaration par laquelle il expose son propre point de vue, une interrogation qui oblige à répondre à une question ou une réitération c'est-à-dire un acte par lequel est répété un énoncé de l'interviewé. L'instance discursive renvoie aux deux registres discursifs de tout discours :

- Un registre référentiel : c'est une identification et une définition de l'objet dont on parle. « *Quelles sont les personnes de l'environnement du patient avec lesquelles vous avez échangé ?* ». « *J'ai surtout eu des contacts avec la mère...* »
- Un registre modal : une opération psychique que le locuteur porte sur la représentation de l'objet. « *Que pensez-vous des échanges que vous avez pu avoir avec l'entourage scolaire et familial de vos patients ?* » « *Je pense que...* ».

4. Interventions et discours.

La composition des discours produits en entretiens sont essentiellement des énoncés assertifs (faire connaître un état de chose ou une conception tenue pour vraie).

a. Les déclarations.

Les complémentations sont des synthèses partielles, des anticipations incertaines, des inférences sur le contenu. Il ne s'agit pas de donner son point de vue mais de montrer qu'on écoute et qu'on veut en savoir plus.

b. L'interprétation.

L'intervention est focalisée sur la cause du dire de l'interviewé. Elle est perçue par l'interviewé comme une prise de pouvoir sur son discours.

c. Les répétitions.

Elles consistent à répéter un contenu déjà exprimé par l'interviewé. Elles manifestent une confirmation d'écoute et une demande d'explicitation.

- L'écho est une technique repérable et il ne faut pas en user systématiquement.
- Le reflet est une répétition qui reflète l'attitude du locuteur. Le risque est que l'interviewé se réfère davantage à sa position personnelle et que le discours s'oriente vers l'expression de pensées intimes et privées.

d. Les interrogations.

Il faut être prudent avec les questions trop nombreuses car elles peuvent perturber l'entretien de recherche. Ce n'est pas un interrogatoire. Nous allons maintenant préciser la manière dont on élabore une grille d'entretien qui est la trame de l'entretien semi directif.

C L'élaboration de la grille d'entretien

D'après Blanchet et Gotman (2005), la principale différence entre le questionnaire et l'entretien réside dans le fait que le premier vise à provoquer une réponse et le second un discours. De plus, « l'enquête par entretien ne peut prendre en charge les questions causales, les « pourquoi » mais fait apparaître les processus et les « comment » ». (Blanchet & Gotman, p 41). Bien que l'on se situe sur le registre du discours à visée du processus biographique, il est néanmoins nécessaire de concevoir un plan de l'interview matérialisé par la grille d'entretiens. Nous nous sommes pour cela inspiré de celle utilisée par l'équipe du projet Kalliopé en l'adaptant au travers de questions plus spécifiques au bégaiement (Cf annexe 1). La grille d'entretien s'articule autour de grands thèmes tels que la formation initiale et la formation continue, les contacts professionnels par exemple. Chaque thème est alors investigué de manière plus précise par un ensemble de questions. Le principe est d'approcher le sujet par une question très générale et de laisser ainsi la personne discourir. Des questions plus précises sont alors posées pour approfondir le thème et relancer le discours.

Il faut en outre considérer que la grille d'entretien constitue seulement un

guide et certains thèmes auront été plus ou moins creusés en fonction des personnes interviewées. Enfin, lorsque certains thèmes sont abordés spontanément, il n'est pas nécessaire de poser les questions afférentes systématiquement. L'ordre dans lequel sont abordés les thèmes n'est pas préjudiciable au déroulement des entretiens. De la même façon, les interviews se sont succédées dans un ordre totalement aléatoire quel que soit le degré d'expertise en bégaiement des orthophonistes. Nous allons maintenant aborder la constitution de la population étudiée.

II La population

A *Deux populations distinctes.*

Il semble intéressant d'interviewer deux types de praticiens : les spécialistes et les non-spécialistes du bégaiement afin d'analyser et de comparer les représentations qu'ils se sont construites de cette pathologie.

B *Les critères d'inclusion.*

1 Population des orthophonistes « experts du bégaiement ».

- des orthophonistes exerçant en libéral.
- localisation : une grande ville
- prise en charge régulière de patients bègues.
- les rééducations peuvent concerner des enfants ou des adolescents comme des adultes.
- ils doivent appartenir à l'APB (Association Parole Bégaiement)
- sexe : homme ou femme.

2 Population des orthophonistes « non experts du bégaiement ».

- des orthophonistes exerçant en libéral
- localisation : une grande ville

On s'attachera à éviter la périphérie ou l'isolement géographique. Il est nécessaire que les praticiens interviewés aient la possibilité de confier leurs patients bégues à un orthophoniste spécialiste du bégaiement.

- ils ne doivent pas appartenir à l'APB (Association Parole Bégaiement)
- ils doivent avoir eu un nombre limité de rééducations du bégaiement (nombre <3) durant leur exercice professionnel.

Les rééducations peuvent concerner des enfants ou des adolescents comme des adultes.

- le sexe : homme ou femme.

C L'échantillon.

L'échantillon est constitué de 10 orthophonistes dont 5 experts et 5 non experts. Cette dissociation quelque peu arbitraire a été mise en place pour les besoins de la recherche. Nous constaterons rapidement que le degré d'expertise sera établi par les praticiens eux-mêmes. Il se peut que parfois le degré d'expertise qu'ils s'auto attribuent lorsqu'on leur pose la question : « Vous considérez-vous comme un (e) orthophoniste spécialisé (e) ? », ne corresponde pas à ce que nous avons envisagé au départ. Nous conserverons néanmoins notre terminologie pour les besoins de l'élaboration d'une typologie.

Sur les 10 entretiens étudiés, 3 sont issus de l'étude Kalliopé

Les 5 experts sont mesdames Antoine, Valéry, Henry, Lucas et Pierre et les 5 non experts sont mesdames Tristan, Davy et Lazare, messieurs Rivière et Alexandre. Cf annexe 3

D La méthode de sélection et la prise de contact

La recherche s'est faite par connaissances directes des orthophonistes rencontrés pendant les stages par moi-même ou par d'autres étudiantes. Un courrier appelé contrat de communication (Cf. modèle exposé en B.2) a été envoyé à chaque praticien. Après un délai d'environ une semaine, nous avons pris contact par téléphone pour définir du lieu et de la date du rendez-vous. Le lieu d'expérimentation a toujours été le cabinet de l'orthophoniste. Il semble en effet propice à une communication détendue mais impose néanmoins un cadre de travail et une distance entre l'interviewer et l'interviewé.

Chaque entretien étant réalisé, il est alors retranscrit. Cette étape apparaît comme nécessaire à l'analyse des résultats

II L'analyse des données

A Principes de l'analyse du discours

Il s'agit tout d'abord de retranscrire intégralement et le plus fidèlement possible les interviews. Le corpus ainsi obtenu sert de base de travail à l'analyse du discours. Selon Blanchet et Gotman (2005), « *l'analyse du discours consiste à sélectionner et extraire les données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits* ». Le travail d'analyse se situe dès lors au niveau du sens du discours. Une fois les données recueillies, il s'agit de les traiter pour faire émerger le message qui a voulu être transmis par le locuteur. « *A près avoir fait parlé l'interviewé, l'enquêteur fait parler le texte par l'analyse du discours* » (Blanchet & Gotman, p.92).

B L'analyse thématique au travers de la construction d'une grille d'analyse.

On s'attachera à établir une cohérence thématique inter entretiens et à ignorer la cohérence singulière de l'entretien. L'identification des thèmes et la construction d'une grille d'analyse se fait sur la base des hypothèses de recherche éventuellement reformulées après lecture des entretiens. On établira une hiérarchie en fonction de thèmes principaux et secondaires. Il s'agira ensuite de découper les énoncés correspondants et de les classer dans des sous rubriques. On procède de façon identique pour chaque entretien qui est ainsi observé à travers le prisme des différents thèmes. La grille d'analyse à la différence de la grille d'entretien est un outil explicatif qui répond à une logique rigoureuse de décomposition d'un corpus. Ce processus permet de réaliser conjointement deux types de lecture. Un premier est dit « *horizontal* » (d'entretien à entretien) où chaque thème peut être abordé différemment d'une personne à l'autre. Un seconde lecture est dite « *verticale* » (interne à un entretien) et permet d'appréhender les différents thèmes chez un même individu.

Cette double lecture va déboucher sur deux formes d'analyse de résultats : l'élaboration de portraits et la construction d'une typologie. Une version détaillée de la grille d'entretien apparaît en annexe 2, nous présentons dans le tableau suivant une forme simplifiée de celle-ci.

Tableau n° 1 Grille simplifiée d'analyse des entretiens sur la pratique du bégaiement

thèmes	Sous thèmes	citations
<i>1. Le type de prise en charge : des débuts professionnels à aujourd'hui</i>	1.1. Mode d'exercice 1.2. Prise en charge au début de l'exercice professionnel 1.3. Prise en charge actuelle	
<i>2. Représentation de la profession : évolution de la formation initiale à l'exercice professionnel</i>	2.1. Au cours de la formation initiale. 2.2. Représentation actuelle de la profession	
<i>3. La représentation de la maladie : de la formation initiale à la formation continue.</i>	3.1. Représentation du bégaiement 3.2. Modèle dominant pendant les études : système de représentation biomédical. 3.3. Glissement vers un système de représentation étiologico-thérapeutique fonctionnaliste*.	* Registre thérapeutique fonctionnaliste mais on conserve une référence biomédicale.
<i>4. La spécialisation dans le domaine du bégaiement</i>	4.1. A quel moment apparaît la spécialisation ? 4.2. Qu'est-ce qui influence la trajectoire ? 4.3. Etiologie du besoin de spécialisation. 4.4. Spécialisation : considérations objectives et subjectives	
<i>5. Légitimité : de la formation initiale à la formation continue.</i>	5.1. Légitimité donnée par la formation initiale ou la formation continue 5.2. Positionnement clinique 5.3. La maîtrise de compétences spécifiques.	
<i>6. Réseau professionnel autour du bégaiement</i>	6.1 Pas d'interactions 6.2 Relation unilatérale 6.3. Collaboration 6.4. Les acteurs du réseau 6.5 Manifestations	

C Des portraits à la typologie

1. L'analyse entretien par entretien

Un premier niveau d'analyse consiste à se pencher spécifiquement sur chaque entretien. Guidé par la grille d'analyse, chaque thème et sous thèmes sont passés en revue pour tenter de repérer les trajectoires, les bifurcations, les représentations du soin ainsi que la pratique spécifique de chaque praticien. Kaufmann (1996, pp 79-80) prône ainsi pour chaque sujet, la rédaction d'une fiche individuelle, une sorte de « *résumé* » biographique qui permet d'accroître la lisibilité du positionnement des individus face à un processus. Parmi l'ensemble des entretiens, nous avons sélectionné quatre orthophonistes qui semblaient être les plus représentatifs des différents parcours et des différents modèles de représentation possibles face au bégaiement. Néanmoins, ces portraits n'ont pas la prétention de rendre compte de l'exhaustivité des différences inter individuelles. De plus, il y a une sélection de l'information au sein même de chaque entretien. Nous avons retenu les éléments qui nous semblaient les plus pertinents pour répondre à notre problématique.

2 Typologie et idéal type

L'analyse thématique permet également l'élaboration d'une typologie. En 1999, Schnapper fait remarquer que l'on peut parler de « *typologie* » lorsqu'on désigne l'analyse de plusieurs types idéaux. Un idéal type est une sorte de portrait robot : il est par essence construit et ne correspond pas à la réalité. Il est « *issu d'une synthèse à la fois verticale et horizontale des thèmes et dimensions* » (Blanchet & Gotman, 2005, p 101). On se situe donc au niveau du type de raisonnement et non face à un individu concret. La typologie n'est pas une classification de différents types au sens où selon Schnapper (1999), « *elle conduit à élaborer la logique des relations abstraites qui permet de mieux comprendre les comportements et les discours observés et donne une nouvelle intelligibilité aux interactions sociales* ». Cette technique d'analyse semble adaptée à notre démarche de recherche. En effet, il s'agit de mieux cerner le processus de l'orientation dans le domaine du bégaiement. Pour ce faire nous allons observer différents marqueurs : les représentations du soin, les parcours, les pratiques professionnelles ainsi que les

interactions avec les acteurs satellites de cette pathologie (les parents et les autres professionnels). Pour terminer, la typologie regroupera un nombre maximum de thèmes en essayant toutefois de ne pas nuire à la clarté de la présentation.

PARTIE IV PRESENTATION DES RESULTATS

I Essai de typologie

A *Elaboration de « types » autour de la notion de continuum.*

Dans une perspective interactionniste, nous avons choisi d'inscrire le segment professionnel des orthophonistes spécialistes du bégaiement sur deux axes : un axe biographique individuel et un axe d'interactions entre les membres d'un même groupe. Pour permettre une lecture plus limpide des marqueurs de parcours professionnels communs et spécifiques, nous allons construire une typologie articulée autour de trois profils types : les orthophonistes non experts, des semi experts et des experts en bégaiement. Il est important de préciser que ces « étiquettes » correspondent à une modélisation de la réalité. Elle résulte de la théorisation de la manière dont les orthophonistes se représentent leur activité dans le domaine du bégaiement. Elles sont le fruit des réponses apportées à la question de la grille d'entretien : « Vous considérez-vous comme un(e) orthophoniste spécialisé(e) ? ». En outre, face à cette typologie, le lecteur ne doit pas perdre de vue que c'est une synthèse de l'ensemble des entretiens conduits. Par conséquent, chaque « idéal type » ne correspond pas à un portrait réel mais à un regroupement de données similaires pour un même groupe. La notion de continuum apparaît ici indispensable pour induire une qualité de lecture « honnête » de la typologie. Ainsi, chaque orthophoniste peut se rapprocher d'un idéaltype tout en conservant des marqueurs de parcours différenciés. La réalité de l'identité de chaque professionnel est bien entendu beaucoup plus nuancée que l'inscription dans un modèle.

B *Les indicateurs de parcours*

Les indicateurs de parcours permettent de répondre aux hypothèses et sont basés sur la grille d'analyse. Ils sont en fait la synthèse de l'analyse des entretiens divisés en thèmes et sous thèmes. Pour simplifier le croisement des données de l'analyse thématique individuelle représentée par quatre portraits avec celles de la typologie, nous avons choisi de nous appuyer sur les mêmes marqueurs de parcours. Nous allons maintenant les définir.

1. La pratique professionnelle

La description de la pratique professionnelle s'attache à situer le thérapeute dans son contexte géographique et temporel ainsi que dans un mode de pratique (libéral ou mixte). Il s'agit également de procéder à l'observation de sa patientèle en indiquant la proportion d'adultes et d'enfants ainsi que le type de pathologies prises en charge. Enfin, on précisera si des tournants décisifs sont apparus au cours de la carrière et de quelle façon ils ont pu influencer la pratique professionnelle (rencontres de personnalité clé, formations...).

2. Le parcours professionnel.

Le parcours professionnel est tout d'abord marqué par les différentes formations suivies par les orthophonistes. L'orientation vers un type de formation correspond à un choix personnel et donc à un processus biographique purement individuel. La trajectoire professionnelle va s'appuyer sur le modèle de représentation de la profession et les différents modèles étiologico thérapeutiques du soin (psychologique, relationnel et biomédical). On observera plus particulièrement les pratiques corporelles, vocales et musicales qui, selon qu'elles sont héritées ou adoptées, orientent le parcours professionnel. En résumé, ce dernier peut se traduire par une évolution personnelle progressive, une adaptation à la demande ou un tournant dans la carrière.

3. La représentation du bégaiement et du soin.

Le modèle de représentation du bégaiement est étroitement lié au modèle de représentation de la profession. En effet, la manière dont est défini le bégaiement ainsi que les critères d'arrêt de la prise en charge sont des indicateurs précieux du type d'approche du thérapeute (psychologique, relationnel et biomédical). Enfin, nous tenterons d'observer la position de chaque orthophoniste concernant la nécessité de maîtriser des compétences spécifiques.

4. Les interactions avec les acteurs.

a. Réseau professionnel

Comme nous l'avons détaillé dans la première partie, la réalité d'un réseau professionnel se construit autour d'un même objet qui est dans le cas présent le

bégaiement. Cependant la palette des échanges entre les différents professionnels peut s'étendre de la collaboration à la confrontation en passant par de simples échanges.

b. L'accompagnement familial.

L'accompagnement familial n'est à ce jour plus considéré comme une guidance parentale. (Martin & Bo, 1998). Le thérapeute ne va pas seulement prodiguer des conseils mais il tentera également d'observer et de comprendre l'interaction entre le parent et l'enfant. Ainsi, il permet aux parents de devenir acteurs dans le soin aux côtés de l'orthophoniste. Nous verrons que suivant le type d'orthophoniste considéré, l'accompagnement familial ne revêt pas la même réalité : il est peut être pratiqué sous forme de simples échanges, de conseils ou de collaboration avec les parents.

C *Présentation de la typologie.*

Tableau n°2. Essai de typologie des orthophonistes face à la prise en charge du bégaiement.

<p>ORTHOPHONISTE TYPE</p> <p>MARQUEURS DE PARCOURS</p>		<p>NON EXPERTS & MISE A DISTANCE DU B</p>	<p>SEMI EXPERTS LE B, UNE PATHOLO GIE COMME LES AUTRES</p>	<p>LES EXPERTS, LE B COMME SPECIALISATION</p>
<p>PRATIQUE PROFESSIONNELLE</p>	<p><i>Fréquence</i></p>	0	+	++
	<p><i>Proportion enfants/adultes</i></p>	0	Adultes ou enfants	Spécialisation adultes versus enfants
	<p><i>Type de PEC</i></p>	individuelle	individuelle	Individuelle & groupe
<p>PARCOURS PROFESSIONNEL</p>	<p><i>Représentation de la légitimité</i></p>	Formation nécessaire	Formation utile	Formation nécessaire
	<p><i>Pratique corporelle, vocale & musicale</i></p>	aucune	adoptée	héritée
<p>MODELES DE REPRESENTATION</p>	<p><i>Représentation du B</i></p>	Trouble psy ou moteur	Trouble de la communication	Trouble de la communication
	<p><i>Représentation du soin</i></p>	biomédicale	Relationnelle & biomédicale	Relationnelle, psychologique & biomédicale
	<p><i>Critère d'arrêt de la PEC</i></p>	Disparition du B	Disparition du B ou vivre mieux avec	Vivre mieux avec son B
<p>INTERACTIONS AVEC LES ACTEURS</p>	<p><i>Le réseau professionnel (APB & autres professionnels)</i></p>	Pas d'échanges	Echanges limités	Adhésion forte & nombreux échanges
	<p><i>Accompagne ment parental</i></p>	Non pratiqué	ponctuel	systématique

II Quatre portraits sur le continuum experts / non experts

A *Madame TRISTAN*

Exercice libéral

* La pratique professionnelle.

Madame Tristan est diplômée depuis 1968 et est une des premières orthophonistes d'une ville moyenne de l'agglomération étudiée. Elle a eu quelques expériences du bégaiement avec des enfants et avec des adultes mais, dans la mesure du possible, c'est une pathologie qu'elle tente de ne pas prendre en charge. Sa patientèle est constituée pour moitié d'adultes (Accidents vasculaires cérébraux, maladie de Parkinson, Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique...). La seconde moitié représente des enfants et des adolescents avec des retards de langage, des retards de parole, des dyslexies, des dysorthographies et quelques pathologies autistiques. Elle ne pratique pas de rééducation de groupe mais exclusivement en individuel. Sa motivation dans le choix de la profession a tout d'abord été la relation à l'enfant : *« j'ai toujours pensé que je m'occuperai plus tard d'enfants »*. Pour elle, l'orthophoniste était assimilée à une *« institutrice spécialisée »*. D'ailleurs, elle pense que la profession est encore considérée de cette façon aujourd'hui. Selon son entourage *« L'orthophonie, c'était quand même en dessous de médecine »*, il semble qu'elle soit encore marquée par cette image même si sa représentation a tout de même évolué : *« On ne peut pas dire que c'est une façon d'être au service des autres mais c'est un peu ça et puis, c'est épanouissant aussi... je suis assez indépendante dans mon caractère et c'est quand même une profession où on se sent indépendant quand même. Et puis, c'est une profession où on peut évoluer »*. Il ne semble pas qu'elle ait connu des tournants importants dans sa carrière. Elle s'est intéressée progressivement aux maladies neuro dégénératives. Pour elle, l'exercice professionnel doit rester centré sur une perpétuelle remise en question : *« c'est une profession qui permet de tout le temps se renouveler »*. Elle apparaît toujours très enthousiaste vis-à-vis de l'évolution de la profession.

*** Le parcours professionnel.**

Le souvenir qu'elle a de la formation initiale est marqué par une approche essentiellement biomédicale. Elle a trouvé les cours passionnants : « *il y avait l'anatomie, de la physiologie, de la physique, de la sémiologie, de la linguistique, des techniques de rééducations évidemment, des cours sur la surdité et la division palatine* ». Elle trouve que les cours de psychologie étaient assez succincts. Elle a effectué de nombreux stages en hôpitaux où elle a assisté à des interventions chirurgicales. Selon elle, c'était nécessaire car « *il est important d'avoir quelque chose sous les yeux pour savoir comment ça fonctionne* ». Elle n'a pas suivi de formation dans le domaine du bégaiement mais elle considère que la formation continue est nécessaire d'une manière générale. Elle a participé à des formations en langage et en aphasiologie.

Son positionnement clinique évolue entre le modèle relationnel et le modèle biomédical mais elle ne se sent pas du tout légitime dans une prise en charge de type psychologique. Son domaine d'intervention se limite   l'orthophonie et elle se refuse à entrer dans un suivi psychologique du patient. Cela peut être expliquer sa réticence à prendre en charge le bégaiement : « *je ne me sentais pas compétente, pas psychologue, pas psychiatre et pas le droit non plus d'aller poser des questions personnelles* ».

Il est intéressant de constater qu'à l'origine les choix de madame Tristan étaient partagés entre professeur d'éducation physique et orthophoniste. Aujourd'hui, la pratique d'un sport ou de la relaxation ne fait pas partie de son hexis corporelle. Ses passe-temps favoris sont le jardinage et le bricolage. En outre, elle ne joue d'aucun instrument de musique et ne chante pas.

*** La représentation du bégaiement.**

Le bégaiement est plutôt analysé selon une approche biomédicale. Une personne b gue est : « *quelqu'un qui n'arrive pas à dire ce qu'il a à dire. Il fait un blocage* ». Cette approche se traduit dans la description du trouble comme dans celle de la prise en charge où il faut : « *savoir gérer ses cycles respiratoires, sa respiration, ne pas s'énerver quand on est en difficulté* » De plus, « *c'est (le bégaiement) souvent lié soit à un retard de langage soit à des problèmes de rythme. Mais par contre pour les adultes, à partir de l'adolescence, c'est beaucoup lié à la psychologie* ». On constate ainsi que madame Tristan fait référence à deux modèles épistémologiques de la pathologie : l'approche biomédicale et l'approche psychologique. Cependant, elle ne se sent pas légitime dans le

cas où le bégaiement est lié à une étiologie psychologique et elle préfère diriger le patient vers un psychologue.

Dans les quelques rééducations du bégaiement qu'elle a pu conduire, le critère d'arrêt de la prise en charge est : « *surtout l'arrêt du bégaiement parce que je ne vois pas comment on peut vivre mieux avec son bégaiement si on l'a toujours* ». Cette assertion va également en faveur d'une représentation biomédicale de la maladie.

Enfin, elle estime qu'il faut développer des compétences spécifiques pour rééduquer une personne bègue et pour cette raison, « *elle conseille facilement aux parents de diriger l'enfant vers un psychologue* ». Cependant, ces compétences spécifiques ne sont pas en lien avec des expériences personnelles mais plutôt avec les formations que le thérapeute a suivies.

*** Interactions avec les acteurs**

• Le réseau professionnel.

Madame Tristan ne fait pas partie de l'APB, elle n'a pas développé de réseau ni autour du bégaiement ni autour d'autres spécialités. Par contre, elle estime avoir de nombreux échanges avec des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des médecins, des instituteurs et les équipes éducatives ainsi qu'avec des psychologues scolaires essentiellement. On peut souligner que le développement de ses relations professionnelles s'est construit autour du monde médical et scolaire. Il n'existe aucune rivalité avec les orthophonistes et les psychologues mais les échanges sont peu nombreux. Elle se sent malgré tout un peu isolée dans sa pratique professionnelle.

• Les relations avec les parents.

« *J'imagine mal ma profession si on ne voyait jamais les parents par exemple. Je trouve qu'on perd 50 % d'efficacité, d'espoir de progrès* ». Madame Tristan attache une grande importance à l'investissement des parents dans la rééducation mais elle ne pratique pourtant pas l'accompagnement familial. Elle ne prend pas les parents séparément des enfants, les échanges qu'elle entretient avec eux se limitent à ceux de la fin de séance. Les parents participent rarement aux séances.

B Monsieur RIVIERE

Exercice mixte

*** La pratique professionnelle**

Monsieur Rivière partage son temps entre une activité en libéral et un poste salarié. Sa patientèle est constituée à 70 % d'adultes atteints de maladies neuro dégénératives telle que la maladie d'Alzheimer ainsi que des aphasiques. Parmi les adultes, un tiers est affecté de troubles neurologiques faisant suite à un AVC (Accident vasculaire cérébral), un tiers est concerné par une pathologie vocale ou des troubles de la déglutition. Le dernier tiers concerne des adultes dyslexiques et dysorthographiques. Enfin, il compte 30 % d'enfants et d'adolescents ayant des troubles d'apprentissage du langage écrit. Il ne compte qu'une faible part de jeunes enfants avec lesquels il ne se sent pas très à l'aise.

Ses expériences du bégaiement sont limitées parce, à son avis, il a eu peu de demandes. Il ne se considère donc pas expert dans ce domaine. Les quelques rééducations qu'il a pu conduire se sont déroulées en individuel. Il ne se souvient pas avoir refusé un patient si ce n'est par incommodité géographique. Il pense que *« sur l'ensemble d'une carrière, il n'est pas prétentieux de dire que l'on peut rééduquer à peu près tout »*.

*** Le parcours professionnel.**

Monsieur Rivière n'a pas suivi de formation en bégaiement mais il a participé à *« un certain nombre de stages d'approche familiale, de thérapies familiales et puis une supervision en groupe où la question du bégaiement est revenue plusieurs fois »*. Concernant les critères d'arrêt de la prise en charge, ils sont très liés au fait que la personne vive mieux avec son bégaiement. L'approche de la rééducation de monsieur Rivière est multimodale et axée à la fois sur des bases psychologique et biomédicale. *« Je n'aime pas les positionnements clivés dans l'orthophonie, je n'aime pas les gens qui se réfugient dans une technique parce qu'ils la maîtrisent bien. Je n'aime pas non plus les gens qui se cachent dans le relationnel qui cache une absence de travail, une absence d'expertise et de positionnement propre. Je prétends qu'on peut être extrêmement rigoureux et en même temps dans une approche clinique »*.

Il a également fait un travail analytique personnel qui selon lui est une nécessité pour tous les orthophonistes : *« Je me demande comment on peut être authentiquement dans une écoute qui permet un accueil clinique sans avoir un minimum travaillé sur soi »*.

En outre, la formation initiale lui a permis d'asseoir sa légitimité personnelle et professionnelle sur des bases théoriques solides. Il était des lors plus attiré par les matières psychologiques et il détestait la neuropsychologie cognitive car il avait souvent le sentiment qu'elle appréhendait le sujet de « *manière désincarnée et médicalisée* ». Aujourd'hui, sa position reste la même mais elle plus nuancée. Les formations continues semblent aussi importantes que tout le travail de réflexion que l'on peut mener sur sa propre pratique. Concernant le bégaiement, « *ce qui sort comme un consensus, c'est qu'il n'y a pas de méthode unique* ». En conséquence, il est nécessaire d'adapter sa rééducation à chaque patient en oscillant entre le travail moteur qui relève de l'orthophonie et une prise en charge psychologique qui peut relever du même thérapeute à condition qu'il soit formé pour. Le suivi d'une formation ne représente qu'un outil supplémentaire à la rééducation.

Monsieur Rivière ne pratique aucune activité corporelle mais utilise néanmoins la respiration et la relaxation dans ses rééducations. Il n'a pas de pratique vocale mais joue de la guitare et de plusieurs instruments pour lesquels il n'a pas une pratique experte. Selon lui, sa connaissance de la musique l'aide au cours de ses rééducations vocales pour « *apprécier la tessiture d'un patient, à apprécier un fondamental laryngé, à être capable de travailler sur différents intervalles, à avoir un vocabulaire qui me permet de qualifier facilement les choses* »

*** La représentation du bégaiement et du soin**

On note que le passage du modèle biomédical de la pratique orthophonique à une représentation fonctionnaliste s'est fait dès le début des études. « *C'était (L'orthophonie) connoté un peu scientifique, un peu médical, un peu biologie* » et très vite, il s'est aperçu « *qu'il y avait une espèce de continuité avec le social en même temps que le côté plus médical* ». Pour ce qui est de la définition du bégaiement, on retrouve ce modèle mixte puisque selon monsieur Rivière, ce peut être à la fois un trouble moteur et un trouble psychologique. « *Je crois que quand on en est à être bègue et non souffrir de bégaiement, je pense qu'il y a un peu une notion d'abdication* ». Le bégaiement se situe à la frontière de l'expression du trouble et de la manière dont il est vécu. Enfin, il n'est pas persuadé qu'il faille des compétences spécifiques pour rééduquer le bégaiement de même que cette pathologie n'a rien de spécifique. Cependant, il y aurait des priorités données par l'enseignement. Ainsi, les orthophonistes se sentent peut être moins légitimes face au bégaiement que face à des pathologies tels que les troubles du langage écrit. En outre, le discours sur la spécificité du bégaiement serait entretenu par les spécialistes pour

argumenter leur pratique et ainsi délimiter un territoire propre en se protégeant de la concurrence.

*** Les interactions avec les acteurs.**

• Le réseau professionnel.

Monsieur Rivière n'a pas développé un réseau professionnel autour du bégaiement ni même de manière générale. Cependant, il a de nombreux échanges avec d'autres orthophonistes. Il envoie facilement ses patients vers d'autres professionnels tels que les ORL ou les orthoptistes pour des vérifications sensorielles. Il lui arrive également de diriger ses patients vers des psychologues, des psychiatres ou des professeurs de chant. Les enfants ou les adolescents souffrant de troubles logico mathématiques pour lesquels il n'est pas formé seront dirigés vers des orthophonistes spécialistes en la matière. Il semblerait que l'appartenance à un réseau professionnel soit surtout l'apanage des thérapeutes se considérant comme spécialistes. Pour ce qui est des autres, les interactions se limiteraient à des échanges plus ponctuels.

• Relation avec les parents.

Monsieur Rivière ne prône pas l'accompagnement familial au sens de conseils « *Je ne crois pas à la pertinence des conseils ou du moins pas posés comme cela : « Ah ! Vous avez un bégaiement, il faut faire comme ça ou comme ça... ».* Parce que tant qu'on n'est pas rentré dans le jeu de la famille, on ne peut pas comprendre ce qui s'y passe, ce qui se joue ». Les relations avec les parents sont nécessaires pour comprendre le fonctionnement de l'enfant dans son environnement et pour ainsi orienter la rééducation. L'accompagnement familial n'est en ce sens pas une nécessité, une finalité. Ce sont les échanges bi directionnels avec les parents qui permettent d'axer la rééducation. En ce qui concerne le bégaiement de l'enfant, la prise en charge doit se faire avant tout en individuel. Monsieur Rivière possède néanmoins l'expérience d'une prise en charge parentale basée sur l'écoute analytique et durant laquelle il rencontrait uniquement les parents.

C **Madame ANTOINE**

Exercice libéral

*** Pratique professionnelle.**

Madame Antoine a obtenu son diplôme il y a une dizaine d'année et a débuté son exercice professionnel dans la banlieue de l'agglomération étudiée. Elle prenait dès lors essentiellement de jeunes enfants avec des retards de parole et des retards de langage alors qu'elle était plutôt spécialisée en neurologie et en gériatrie durant ses stages en formation initiale. Elle n'a pas l'impression que sa carrière a connu des tournants majeurs, elle s'est adaptée progressivement à la demande des patients. Aujourd'hui, elle estime avoir une patientèle « classique » avec des dyslexies, des dysorthographies et des retards de parole et de langage. Concernant le bégaiement, elle ne se considère pas comme experte malgré un certain nombre de prise en charges notamment avec des enfants. La majorité des séances se déroule en individuel et lorsqu'elle reçoit des adultes, elle les envoie facilement à une autre orthophoniste qui anime des groupes de personnes bègues : *« ça me paraissait vraiment fondamental »*

*** Parcours professionnel.**

Dès la fin de ses études, elle a éprouvé la nécessité de suivre plusieurs formations en bégaiement. Elle débute actuellement un cycle de formation en voix. Pour l'instant, elle ne prend pas de rééducation vocale en charge car elle ne se sent pas légitime. Elle a également suivi une formation universitaire de neuropsychologie appliquée aux jeunes enfants. Son discours traduit bien le glissement d'un modèle biomédical vers un modèle psychologique et relationnel : *« je suis passée à des formations plutôt techniques et après à des formations qui sont techniques mais qui peuvent le paraître moins, du genre sophrologie et gestion mentale »*.

Dès le début de sa carrière, l'assimilation de l'orthophonie à une pratique médicale est très prégnante, c'était *« quelque chose de très technique, des techniciens »*. Alors même qu'elle a passé le concours d'orthophonie, elle hésitait avec *« une orientation telle qu'assistante de production à l'opéra, enfin, dans la voix toujours »*. Pendant un certain temps, elle a partagé son temps entre une agence artistique pour chanteur lyrique et son cabinet. La pratique du chant et d'un instrument de musique (la clarinette) sont des hexis

corporelles héritées familialement. « *Le chant, la musique, ça fait partie de ma vie* ». A contrario, l'orientation vers des activités autour du corps a été insufflée par la profession. « *Je me suis rendue compte qu'il fallait attirer sur d'autres plans... que les gamins étaient parfois stressés et qu'on pouvait les stresser même en rééducation* ». Ainsi, elle s'est formée à la sophrologie, à la relaxation tonique et au yoga.

*** La représentation du bégaiement et du soin.**

Madame Antoine assimile le bégaiement à « *un trouble de la communication particulièrement important* ». Concernant l'arrêt de la prise en charge, elle estime que c'est seulement lorsque « *la personne se sent beaucoup mieux, elle se sent moins dépendante* » qu'on peut arrêter la rééducation. Ainsi, elle affirme : « *si elle mieux adaptée à son entourage, je pense qu'elle vivra mieux avec son bégaiement* ». On peut néanmoins ajouter un bémol à cette approche fonctionnaliste car elle ajoute qu'elle fait une distinction entre le bégaiement des adultes et celui des enfants. Pour ces derniers, elle mettra un terme à la rééducation « *quand il n'y aura plus de bégaiement du tout* ». On se situe ainsi plus sur le versant biomédical du soin qui prône la disparition du symptôme. En résumé, madame Antoine est passée d'une représentation biomédicale dominante pendant les études à une approche étiologico thérapeutique mixte à la fois biomédicale et relationnelle au cours de son exercice professionnel.

A propos de la maîtrise des compétences spécifiques du thérapeute qui prend en charge le bégaiement, elle avance que c'est peut-être une idée reçue : « *Oui, c'est spécifique mais comme d'autres (pathologies) le sont* ». Le fait qu'elle se positionne en tant que thérapeute non spécialiste en même temps qu'elle banalise le trouble montre qu'elle a une volonté de désacraliser la représentation du bégaiement.

Enfin, d'un point de vue social et culturel, elle a pu observer que la représentation du bégaiement a évolué au cours des dernières années. D'après son expérience : « *plus on est dans le Sud et plus le bégaiement est vécu comme un handicap et on est vraiment dans le déni...* ». Auparavant, les parents venaient consulter pour un retard de langage ou de parole mais se refusaient à considérer le bégaiement comme motif de consultation. Progressivement, il semble que ce trouble sorte du non-dit grâce à un travail de sensibilisation qui s'est fait tant au niveau des thérapeutes que des enseignants et ce à travers les médias. « *Maintenant certains médecins nous adressent une demande claire qui n'était pas tout à fait claire avant* »

*** Les interactions avec les acteurs.**

• Le réseau professionnel

Madame Antoine fait partie de l'Association Parole Bégaiement mais elle avoue ne plus la fréquenter à ce jour. Les échanges avec d'autres orthophonistes spécialistes du bégaiement sont peu nombreux mais elle n'hésite pas à diriger ses patients vers ceux-ci pour participer notamment à des groupes. D'une façon générale, elle assiste assez souvent à des réunions inter professionnelles avec des médecins scolaires, des assistantes sociales, des médecins de PMI. « *On est obligé de communiquer. On ne peut pas travailler dans son petit coin tout seul et du coup, c'est passionnant. Alors qu'en rural, il fallait souvent courir après les instits, ce qui est bien ici, c'est que c'est interactif* ». Elle ne ressent pas de souci de hiérarchie avec les différents thérapeutes, ils échangent, collaborent mais chacun dans leur domaine de compétences. Elle souligne néanmoins une relation qui reste encore taboue avec les psychologues avec lesquels les interactions sont peu nombreuses. Enfin avec les instituteurs, elle trouve que l'échange se fait surtout de manière unilatérale. La situation n'est pas équilibrée, elle a l'impression de donner des informations voire des conseils aux enseignants. Ce phénomène semble être spécifique à la pathologie du bégaiement : « *Ce n'est pas pareil que les échanges que l'on peut avoir sur les autres pathologies* ».

• Relation avec les parents.

La prise en charge du patient inscrit dans un environnement implique la considération des interactions entre les parents et l'enfant. Madame Antoine reçoit systématiquement les parents dans la mesure du possible ou du moins la mère avec l'enfant. Le but est de donner des conseils et de s'informer sur les événements qui ont eu lieu à la maison et sur les améliorations. Après ce temps de la séance, elle demande aux parents de sortir pour continuer avec l'enfant en individuel. Elle pense que les parents doivent accompagner l'enfant dans une démarche personnelle. Pour cela, elle les dirige régulièrement vers l'APB parce qu'elle « *aime bien qu'ils fassent aussi leur propre démarche* ». Ainsi, l'accompagnement familial ne représente qu'une partie de la

rééducation. Elle ne considère pas que sa position d'orthophoniste lui permette de prendre en charge la globalité des relations parents / enfants.

D Madame VALERY

Exercice libéral

*** Pratique professionnelle.**

Madame Valery exerce en libéral et se considère comme spécialiste du bégaiement. Les deux tiers de ses prises en charge sont des bégaiements, le tiers restant concerne des rééducations vocales. Elle rééduque aussi bien des enfants que des adolescents ou des adultes. Chez les adultes, il y a 80 % d'hommes et 20 % de femmes. Pour ce qui est des enfants, il y a 60 % de garçons et 40 % de filles. Elle pratique des prises en charge en individuel et en groupes.

Dès l'obtention du diplôme, elle a commencé à prendre en charge des rééducations de la voix et du bégaiement. Son orientation est en grande partie due à des rencontres professionnelles. D'une part des orthophonistes spécialisées en rééducation vocale et d'autre part un phoniatre. Ensuite, elle pense que l'obtention de son diplôme universitaire de thérapie cognitive et comportementaliste a été un tournant important de sa carrière : « *Il y a eu l'avant TCC et l'après TCC. (Thérapie comportementale et cognitive).* »

*** le parcours professionnel**

Il semble que madame Valery soit passée d'une approche biomédicale pendant ses études à une représentation plus fonctionnaliste lors de son exercice professionnel. En ce qui concerne le bégaiement, la formation initiale ne lui semble pas suffisante. La formation qu'elle a reçue lui paraissait très médicale mais néanmoins passionnante, « *c'était toute la partie connaissance, de l'oreille, de l'appareil phonatoire, les fondements du langage* ». La formation continue lui paraît essentielle dans la prise en charge des personnes bègues. Elle a obtenu un diplôme universitaire de psychologie comportementale et cognitive qui lui a permis de se positionner en tant que thérapeute, d'évaluer ses

rééducations et de poser des objectifs avec le patient. Elle a également suivi des formations en voix, en bégaiement et la formation Feldenkreis.

Ainsi, madame Valéry se positionne en thérapeute de la communication : *« mon domaine de compétence se limite à tout ce qui touche la communication »* en même temps qu'orthophoniste *« Je suis d'abord orthophoniste et j'ai cette formation complémentaire qui est un enrichissement qui permet de faire des groupes, d'approfondir certains points mais quand ça sort du domaine de la communication, j'arrête »*.

A ses débuts professionnels, elle intègre un ensemble vocal réputé. Elle fait aujourd'hui partie d'une autre chorale et elle a pris des cours particuliers de chant. Elle pratiquait déjà le chant quand elle était enfant. La culture musicale est donc héritée et a été développée et enrichie au moment de l'entrée dans la profession. Elle n'a pas de pratique corporelle personnelle. Néanmoins, la relaxation corporelle est au cœur de la prise en charge du patient bègue car le bégaiement se traduit aussi par le langage corporel. *« Il y a des personnes qui bégayent avec leur visage, y'a des personnes qui bégayent avec leurs mains. Quand je dis bégayant c'est-à-dire qu'ils enlèvent certaines paroles et les gestes ne sont pas des gestes qui accompagnent la parole mais qui sont incohérents avec la parole, qui peuvent avoir des saccades, ils pointent quelque chose avec leur parole mais le geste ne va pas pointer ou il va dire l'inverse »*.

*** La représentation du bégaiement et du soin.**

Elle considère le bégaiement comme une souffrance, une incohérence, *« cela me renvoie à toute cette souffrance de la personne qui bégaye, entre les images qu'elle renvoie, l'image qu'elle a l'impression d'avoir aux yeux des autres et l'image qu'elle a d'elle-même »*.

C'est un trouble de la communication où le bégaiement s'apparente à un symptôme : *« l'approche ressemble certainement à celle que j'ai avec des gens qui bégayent c'est-à-dire qu'il y a le symptôme... et il y a aussi comment la personne vit avec. »*

Concernant l'arrêt de la prise en charge, madame Valéry pense que le terme n'est pas approprié : *« Le terme d'arrêt n'est pas forcément juste, c'est un arrêt dans cette période-là du soin. »* *« Quand la personne sent que le bégaiement ne mènera plus sa vie, ça peut suffire »*. On constate ainsi qu'elle se situe dans une approche fonctionnaliste de la maladie où la personne bègue s'inscrit dans un environnement avec un trouble individuel centré sur le symptôme bégaiement.

Enfin, il apparaît que sa légitimité s'est également construite autour de son expérience personnelle de la parentalité : « *Depuis que j'ai des enfants, je me sens beaucoup mieux, beaucoup plus légitime avec les parents que je reçois parce que dans les problématiques que l'on va soulever, je vais leur faire comprendre que je comprends très, très bien ce qu'ils me disent* ». Une certaine maturité dans les liens sociaux, la parentalité notamment, serait ainsi considérée comme un atout chez les orthophonistes experts en bégaiement.

*** Interactions avec les acteurs**

• Le réseau professionnel.

Madame Valery occupe un poste clef dans une association de personnes bègues. Elle est en relation quasi quotidienne avec elles et notamment avec son co délégué qui est lui-même une personne bègue. Elle rencontre ainsi régulièrement d'autres orthophonistes spécialistes de la voix et du bégaiement et des phoniatres. Il existe des liens avec les psychologues mais il semble qu'il y ait des rivalités avec les psychiatres : « *Il peut y avoir une incompatibilité de soins en commun, le fait que le soin se passe en même temps. C'est peut-être des querelles un peu idiotes, des rivalités professionnelles etc. J'ai souvent eu des meilleurs contacts avec des psychologues* ».

• L'accompagnement parental.

L'accompagnement parental se situe à plusieurs niveaux. Il existe tout d'abord « *une relation de collaboration avec les parents* ». Madame Valery tente de faire en sorte que les parents deviennent acteurs dans le soin. Elle se retrouve parfois confrontée à une difficulté qui est de « *ne pas faire culpabiliser les parents* ». Il faut pouvoir donner des conseils en tenant compte de la diversité et de la personnalité de chaque famille « *C'est très varié en fonction des parents, en fonction de leur capacité à s'investir dans le soin, en fonction des capacités à entendre les difficultés de leur enfant, à être acteur dans le soin* ». Dans un second temps, l'accompagnement familial peut également se traduire par la proposition d'un suivi psychologique tant pour les parents que pour l'enfant. « *J'envoie aussi facilement les parents des enfants chez le psychologue quand visiblement le bégaiement de leur enfant est difficile à accepter à la vue de ce que ça leur renvoie, de leur image de parents, de leur propre souffrance* ».

Enfin, madame Valery a le projet de constituer des « *groupes de parents d'enfants bègues* » afin qu'ils puissent échanger sur le trouble de leur enfant. Elle a en effet constaté que naturellement les parents échangeaient entre eux dans la salle d'attente lors des groupes d'enfants.

En résumé, on constate que la prise en charge du bégaiement est fortement marquée par l'accompagnement familial que ce soit en terme de collaboration et d'investissement, d'écoute et d'analyse que de partage des expériences communes. On se situe à l'interface du modèle psychologique et relationnel de l'approche épistémologique de la maladie.

PARTIE V DISCUSSION

I La rhétorique professionnelle, des formations et des compétences spécifiques comme creuset de la légitimité.

A *La rhétorique professionnelle*

Selon Paradeise, la rhétorique professionnelle est le discours sur lequel s'appuie le professionnel pour asseoir sa légitimité. La plupart du temps, il se base sur un argumentaire scientifique mais cela est à nuancer suivant le degré d'expertise. Certains semi experts estiment que la formation initiale est suffisante pour prendre en charge le bégaiement mais ils ajoutent rapidement qu'ils ont suivi des formations en thérapie familiale qui les ont fortement aidés. D'autres semi experts énumèrent leurs formations en bégaiement et le fait qu'ils aient obtenu un diplôme universitaire en psychologie adaptée aux jeunes enfants. Les experts enfin mettront en avant l'obtention d'un diplôme universitaire en thérapie cognitive et comportementaliste, le suivi d'une formation Feldenkreis ou encore leur expérience en pédiatrie. On note à nouveau le glissement du discours biomédical pendant les études vers un système de représentation qui engendre une rhétorique fonctionnaliste au cours de l'exercice professionnel. Les experts et les semi experts s'appuient sur une double référence : un système épistémologique qui est le savoir théorique employé et un système étiologico thérapeutique correspondant aux représentations de la maladie et de l'intervention thérapeutique. Lorsque les orthophonistes du segment professionnel du bégaiement font référence à des données épistémologiques biomédicales, ils pointent des savoirs qui appartiennent et qui sont reconnus par la médecine officielle. Dans cette optique, la rééducation orthophonique du bégaiement aurait pour but de normaliser la parole qui est devenue déviante.

On note cependant, qu'une autre référence apparaît de façon répétée chez les experts et les non experts. La normalisation du langage oral ne semble pas aussi centrale qu'il n'y paraît. L'arrêt ou la suspension de la prise en charge est souvent conditionné par l'atteinte d'un objectif qui peut être : « *mieux vivre avec son bégaiement* ». Que signifie ce constat ? Un patient peut de lui-même - ou en concertation avec son thérapeute- décider de suspendre sa rééducation si ses objectifs sont atteints. Ainsi ce n'est pas tant la disparition du bégaiement que la gestion de celui-ci et de ses conséquences qui importe. Ne plus employer de techniques d'évitement, gérer son stress, coordonner le souffle et la phonation, travailler sur l'estime et la confiance en soi sont autant d'outils qui entrent dans

la rééducation du bégaiement sans pour autant l'éliminer. Ainsi, les orthophonistes du segment professionnel du bégaiement appartiennent à un système de **représentation mixte** du trouble et du soin : l'étiologie du bégaiement serait **plurifactorielle** (biomédicale, relationnelle et psychologique) et en conséquence l'intervention thérapeutique serait de type fonctionnaliste. (Le patient est acteur du soin).

B Les formations continues et les compétences spécifiques

Les non experts en bégaiement n'ont jamais ou rarement suivi de formation dans ce domaine. On peut penser qu'il existe une relation de cause à effet : les thérapeutes se considèrent peu légitimes et hésitent en conséquence à prendre en charge ce type de pathologie. Ce raisonnement peut être complété par un autre processus : la représentation du bégaiement étant appréhendée comme un trouble particulier nécessiterait des compétences spécifiques qui peuvent se matérialiser par une formation ou une expérience dans les liens sociaux. Monsieur Alexandre nous dit : « *Il y a des rééducations qu'on ne peut pas faire si on n'a pas une formation de ce style-là ou équivalente surtout quand on parle de bégaiement... Quand une personne a des dysfonctionnements, une pathologie, il va falloir faire prendre conscience à la personne de comment elle fonctionne* ». Ce type d'affirmation revient régulièrement dans le discours des non experts. Pour beaucoup d'entre eux en effet, le fait que le bégaiement ait une étiologie principalement psychologique ne les autorise pas à accepter la rééducation.

Les orthophonistes semi experts ne conduisent pas régulièrement de rééducations de bégaiement mais ne les refusent jamais. Ils ne se considèrent pas comme des spécialistes quel que soit leur domaine de prédilection d'ailleurs (rééducation vocale, aphasiologie ou bégaiement) bien qu'ils soient régulièrement confrontés à ce type de pathologie. Ils se diront « *plus spécialistes que d'autres mais pas spécialisés* ». La nuance est à souligner car elle atteste d'une représentation particulière du soin.

L'orthophonie se situe dans cette optique à l'interface du relationnel et du biomédical. Les semi experts ont éprouvé un besoin de formation dans le domaine du bégaiement ou dans des domaines plus larges qui, selon eux sont nécessaires à la maîtrise de ce type de rééducation. Monsieur Rivière a suivi des stages d'approche de thérapie familiale. Madame Antoine avance : « *je suis passée à des formations plutôt techniques et*

après à des formations qui sont techniques mais qui peuvent le paraître moins, du genre sophrologie et gestion mentale ».

A propos des compétences spécifiques, on peut noter une certaine volonté de désacraliser la particularité du bégaiement. Madame Antoine pense que *« ce serait une idée reçue, c'est une pathologie spécifique mais après tout pas plus que d'autres ne le sont telles que l'aphasiologie ou la rééducation des chirurgies laryngées »*. Pour d'autres, ce discours sur la spécificité du bégaiement serait un discours entretenu par les spécialistes pour *« délimiter »* leur territoire. Les orthophonistes spécialistes du bégaiement considèrent que le trouble est marqué d'une forte spécificité. En conséquence, des formations supplémentaires sont nécessaires avant toute prise en charge. Le bégaiement est trop spécifique pour être abordé sans expérience préalable. Pour certains, c'est la formation elle-même qui a été le déclencheur de la spécialisation. Madame Pierre pense que *« ... sans formation, quand on n'a pas cette approche-là, on ne peut pas se lancer... j'y suis maintenant très attachée (au bégaiement) une passionnée »*. Outre les techniques de rééducation, il semble également préférable de posséder certaines habiletés spécifiques face au bégaiement. Le fait que les liens de parentalité facilitent la compréhension des parents dans le travail d'accompagnement parental revient de façon récurrente dans le discours des experts. Madame Valery nous dit : *« aujourd'hui que je suis mère, je comprends très bien ce qui se passe »* tandis que madame Pierre soutient : *«... une maturité dans les liens sociaux doit être présente... il y a très souvent des reports de vécus, peut-être des conflits, des reports transgénérationnels et quand on est jeune, on ne comprend pas ça, on n'a pas ce recul-là »*.

En résumé, on constate que la légitimité des thérapeutes du bégaiement se traduit par une approche fonctionnaliste de la prise en charge et qu'elle s'appuie sur le consensus de plurifactorialité du trouble. La rhétorique professionnelle d'un segment professionnel permet d'asseoir cette légitimité. Nous allons maintenant observer comment ce segment s'organise autour du bégaiement.

II Le segment professionnel du bégaiement : adoption de normes particulières et construction d'un réseau

Il s'agit maintenant de tenter de synthétiser nos observations concernant l'appartenance au segment des professionnels du bégaiement : partagent-ils des normes particulières dans leur pratique et dans leurs interactions avec les acteurs du soin ? Nous avons résumé nos observations dans le tableau suivant :

Essai de typologie des marqueurs de la pratique thérapeutique autour du bégaiement (Tableau n°4)

	NON EXPERTS & MISE A DISTANCE DU B	SEMI EXPERTS LE B, UNE PATHOLOGIE COMME LES AUTRES	LES EXPERTS, LE B COMME SPECIALISATION
PRATIQUE CORPORELLE, VOCALE & MUSICALE	aucune	adoptée	héritée
LE RESEAU PROFESSIONNEL (APB & AUTRES PROFESSIONNELS)	Pas d'échanges	Echanges limités	Adhésion forte & nombreux échanges
ACCOMPAGNEMENT PARENTAL	Non pratiqué	ponctuel	systematique

A *Pratique corporelle, vocale et musicale*

Il semble intéressant de montrer que le corps joue un rôle prépondérant dans la représentation du bégaiement ainsi que dans la pratique thérapeutique et ce, aussi bien pour l'orthophoniste que pour le patient. Le corps se trouve ainsi à la frontière des trois dimensions épistémologiques du bégaiement : biomédicale, psychologique et sociale.

Tableau n°5. Rôle et manifestations du corps pour le thérapeute et le patient

	POUR L'ORTHOPHONISTE	POUR LA PERSONNE BEGUE
RÔLE DU CORPS	Construction de l' identité sociale au travers de l'hexis corporelle	Construction de l'individualité au travers des rituels d'interactions (mimiques, regards, gestes & postures)
MANIFESTATIONS	Pratique vocale Pratique d'un instrument de musique Pratique corporelle	Manifestations corporelles du B (tensions des muscles phonateurs, altération du rythme respiratoire, syncinésies)

Pour le thérapeute, la notion d'habitus socio culturel est un marqueur important de délimitation du groupe social. On entend par ce terme d'habitus les loisirs culturels et sportifs, les préférences artistiques, les habitudes alimentaires ...Concernant les orthophonistes spécialistes du bégaiement, nous nous sommes attachés à observer plus précisément leur hexis corporelle qui est liée à une certaine identité sociale de l'individu. Il est apparu que ceux-ci ont souvent une pratique musicale et vocale héritées socialement. Ils sont issus de familles de musiciens, de chanteurs et ont la plupart du temps fait partie d'une chorale dans leur enfance. Le plus souvent, ils continuent à s'investir dans ce type d'activité (cours de chant, piano...).

Les pratiques corporelles telles que le yoga ou la sophrologie sont plutôt acquises au cours des études ou de l'exercice professionnel. Le loisir personnel et le besoin d'appréhender l'expérience corporelle pour l'appliquer à la rééducation sont souvent liés. Dans quelle mesure le patient bègue peut-il bénéficier des connaissances de son thérapeute autour du corps ?

Madame Valery affirme : « *Il y a des personnes qui bégayent avec leur visage, y'a des personnes qui bégayent avec leurs mains* ». Le langage passe en effet par toutes une séries de manifestations non verbales dont les mimiques, les regards, les gestes et les postures. Le patient souffrant de bégaiement voit souvent ces rituels d'interactions corporels sensiblement modifiés. Le parasitage du message verbal se traduit par des syncinésies, des tensions des muscles phonateurs, des clignements des yeux...Les dimensions supra segmentales du message oral sont également atteintes : le rythme, l'intonation, la prosodie les pauses. « *Le bégaiement désorganise l'articulation et la*

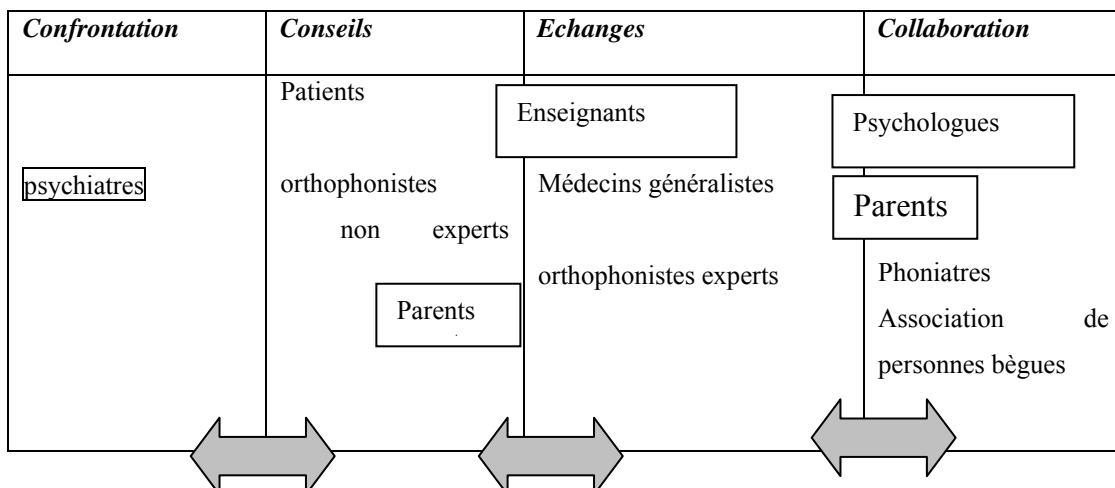
synchronisation de la parole. La gestion du silence est également perturbée » (Vincent, 2004, p 7). L'expérience de la relaxation comme des pratiques vocales prend ainsi toute son importance dans la rééducation du bégaiement.

B Les interactions avec les acteurs du soin.

1. Emergence d'un réseau professionnel autour du bégaiement.

Dans la perspective interactionniste, on a pu également observer la constitution d'un réseau autour du bégaiement. Il est intéressant de noter que cette construction va de pair avec la spécialisation. En effet, plus le niveau d'expertise en bégaiement est important, plus la notion d'interaction professionnelle est importante. Cf tableau n°4. Les semi experts adhèrent par exemple à l'association Parole & Bégaiement mais la fréquenteront de manière irrégulière. A contrario, les experts sont beaucoup plus assidus dans leur fréquentation et ils s'impliquent plus dans son fonctionnement. De même les échanges avec d'autres thérapeutes tels que les phoniatres et les psychologues sont plus nombreux. Comme dans toute édification de réseau, il existe des collaborations mais aussi des clivages inter professionnels. Certains travailleront par exemple volontiers de concert avec des psychologues mais pas des psychiatres.

Essai de construction d'une échelle des interactions professionnelles et interprofessionnelles des experts en bégaiement. (Tableau n°6)



Ce tableau tente de démontrer les différents types d'interactions entretenues entre les spécialistes du bégaiement et les différents acteurs du soin sous la forme d'un continuum qui part de la confrontation pour arriver à la collaboration. Il est intéressant de remarquer que les relations avec les parents peuvent osciller entre le conseil et la collaboration suivant la pratique thérapeutique adoptée.

2. L'accompagnement parental

Un des marqueurs de la pratique orthophonique des thérapeutes experts en bégaiement est l'accompagnement familial. On remarque en effet que les non experts se limitent à de simples échanges avec les parents. Ils adoptent la même attitude quelle que soit la pathologie rencontrée. Les semi experts ne sont pas contre le fait de pratiquer l'accompagnement parental mais cela reste ponctuel et non systématique. Ils ne l'envisagent pas sous forme de conseils : *« Je ne crois pas à la pertinence des conseils ou du moins pas posés comme cela : « Ah ! Vous avez un bégaiement, il faut faire comme ça ou comme ça... ». Parce que tant qu'on n'est pas rentré dans le jeu de la famille, on ne peut pas comprendre ce qui s'y passe, ce qui se joue. (Monsieur Rivière).*

Les orthophonistes experts considèrent la prise en charge des parents comme une partie intégrante de la rééducation mais leur point de vue semble diverger en ce qui concerne la manière dont elle est conduite. Madame Henry assure que le travail d'accompagnement parental représente 70 % de la durée de ses séances. Cependant sa pratique est très proche de la guidance familiale et les interactions avec les parents se limitent à des conseils. Une autre forme d'accompagnement émerge chez les experts et l'on se situe plus dans la collaboration, dans la poursuite d'un but commun : comprendre le bégaiement de l'enfant avec les parents et optimiser ainsi la rééducation.

Dans un article de 1989, S.Borel-Maisonny insiste sur l'importance de l'attitude de l'orthophoniste auprès des parents et de l'entourage. En effet, l'accompagnement est conduit autour et avec les parents mais également avec les personnes qui sont le plus souvent avec l'enfant. (Grands-parents, professeurs, nourrice...). Il apparaît nécessaire d'avoir des contacts réguliers avec les deux parents en dehors de la présence du sujet pour s'informer de la façon dont ils se situent par rapport au comportement du bégue ainsi que de leur attitude face au trouble. Les parents donneront des informations précises sur les effets de la rééducation en dehors du cabinet.

La pratique orthophonique fait ainsi référence au modèle étiologico thérapeutique relationnel de la maladie. Le soin se pratique par et avec l'environnement du patient.

III Les modèles de représentation du bégaiement et du soin : de la formation initiale à l'exercice professionnel

Les modèles de représentation du bégaiement et du soin des différents types d'orthophonistes définis dans la typologie sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau n°3. Modèles de représentation du bégaiement et du soin

	NON EXPERTS EN B	SEMI EXPERTS	EXPERTS
Représentation du B pendant la formation initiale	biomédicale	biomédicale	biomédicale
Représentation du B pendant l'exercice professionnel	trouble psy ou moteur	trouble de la communication	trouble de la communication
Représentation du soin	biomédical	Relationnel & biomédical	Relationnel & psychologique & biomédical
Compétences spécifiques nécessaires	Oui	Non, idée reçue	Oui

A *La représentation biomédicale de la formation initiale*

Il apparaît de façon transversale que, quelle que soit la catégorie à laquelle appartient l'orthophoniste, l'évocation de la formation initiale traduit un marquage assez net de l'approche biomédicale de la maladie. Deux types de discours sont régulièrement repris par les thérapeutes.

Tout d'abord, le nombre d'heures d'enseignement consacrées au bégaiement paraît faible comparativement à d'autres pathologies. Qu'est-ce que ce type d'assertion traduit comme représentation du trouble ? Il semblerait qu'à chaque pathologie corresponde un traitement spécifique. Nous nous situons là dans l'approche étiologico thérapeutique de la maladie où le symptôme doit être isolé et traité pour disparaître. Le bégaiement est une entité externe au patient.

Ensuite, l'énumération et la description des matières enseignées durant la formation initiale démontrent une approche biomédicale dominante. Les interviewés se souviennent principalement de la biologie, de l'anatomie, de la neurologie, de la neuropsychologie, de la psychologie. La majorité des discours montre qu'il existe une approche morcelée de l'enseignement. Si elle ne correspond pas à la réalité, il semble néanmoins que ce soit la représentation que les orthophonistes gardent de la formation initiale. Il apparaît évident que ce découpage est nécessaire pour les besoins d'organisation et de planification. Ce sont peut-être ces besoins qui conditionnent le modèle de représentation des thérapeutes.

Comment se situe la rééducation du bégaiement au sein de l'enseignement ? Ce dernier se décompose selon quatre axes : l'acquisition des connaissances fondamentales, l'enseignement des matières spécifiques, le mémoire de recherche et les stages. Le bégaiement se situe dans l'enseignement des matières spécifiques mais pas seulement. Comme de nombreuses autres pathologies, il se situe au carrefour de compétences qui sont enseignées tout au long des quatre années d'études.

En conclusion, l'étudiant futur professionnel doit peut-être se situer en tant qu'artisan de sa formation dans le cadre des exigences de l'université. Il s'agit d'observer l'enseignement proposé comme un ensemble de connaissances et d'outils mis à notre disposition. La rééducation du bégaiement, comme toute prise en charge d'ailleurs, doit être considérée dans une approche pluridisciplinaire et globale. Durant les quatre années d'étude, l'étudiant doit constamment faire des liens entre les différentes matières enseignées, l'observation clinique, son travail de recherche voire un travail

d'approfondissement personnel. On se situe ainsi à la croisée des modèles de pratique de l'approche fonctionnaliste : la dimension biomédicale se traduit dans l'enseignement de matières spécifiques comme le bégaiement. L'apprentissage des conduites professionnelles se fait pendant les stages et fait écho au modèle relationnel. Enfin, la dimension psychologique est aussi bien acquise au travers de l'enseignement des connaissances fondamentales (psychologie de l'enfant) qu'expérimentée au cours des stages.

B Evolution du mode de représentation du bégaiement au cours de l'exercice professionnel

Il existe trois grands idéaux types de thérapeutes face au bégaiement. Pour les non experts, le bégaiement s'enracine soit dans une *étiologie* psychologique soit dans une *étiologie* fonctionnelle (neurologique, motrice...). Ainsi, le modèle biomédical appréhendé pendant les études perdure au cours de l'exercice professionnel. A chaque pathologie correspond une *étiologie* et en conséquence une rééducation particulière. Les semi experts prônent une *étiologie* pluri factorielle du bégaiement qui est défini comme un trouble de la communication. Leur prise en charge oscille entre le modèle biomédical et le modèle relationnel. Enfin, les experts pour qui le bégaiement est également un trouble de la communication se retrouvent à l'interface des approches biomédicale, relationnelle et psychologique. En résumé, on observe pour les thérapeutes prenant en charge le bégaiement un passage progressif d'une approche biomédicale à une approche fonctionnaliste du soin. Il paraît probable que cette évolution se fasse au cours de l'exercice professionnel lorsque le thérapeute est confronté au patient. Cette confrontation avec la personne bègue revêt souvent une image taboue et une certaine appréhension sur lesquelles il paraît intéressant de s'interroger.

IV Etiologie de la peur du bégaiement

« *C'est une pathologie qui fait peur* » nous dit madame Henry pourtant spécialiste du bégaiement depuis de nombreuses années ou encore « *tout comme la voix, ça fout la*

trouille quelquefois » affirme madame Antoine. En 1971 déjà, Wingate titre un premier ouvrage « the fear of stuttering » (la peur du bégaiement) qui atteste de l'image taboue du bégaiement. Dans un article de 1993, Rustin et Kuhr tentent de démontrer quelles seraient les raisons qui font du bégaiement une pathologie aussi spécifique.

A *Etre bègue : un comportement ou une personnalité ?*

Il existe une croyance selon laquelle les personnes bègues auraient des traits de personnalité spécifiques. En 1984, Cooper et Rustin ont recensé en Grande Bretagne et aux USA, un nombre important de praticiens qui pensent que les patients bègues ont des caractéristiques particulières. (Perceptions faussées de leurs relations sociales, sentiment d'infériorité...). Il reste néanmoins un manque de données significatif pour maintenir de telles croyances. Qu'en est-il des thérapeutes que nous avons interviewés ? Madame Pierre, spécialiste du bégaiement avance « *je ne pense pas qu'il y ait des personnalités, je ne pense pas que l'on peut dire à l'avance que cet enfant va devenir bègue alors qu'il ne bégaie pas à la naissance. On ne naît pas bègue, on le devient* ». De même, madame Henri acquiesce : « *je pense qu'il existe un seul bégaiement, ensuite la pathologie se traduit différemment selon les personnes* ».

De nombreuses assertions confortent ce positionnement et traduisent le fait que la personne bègue ne se construit pas sur une personnalité particulière. Il se peut que certains comportements apparaissent chez certaines personnes bègues mais ils seraient plutôt la conséquence du trouble et non la cause ancrée sur une forme de personnalité. Par exemple le bégaiement engendre la fuite du regard du fait de la honte engendrée par l'incapacité à communiquer oralement sans heurt.

En résumé, le bégaiement serait une pathologie particulière dans le sens où elle se traduit différemment selon les individus. En ce sens, il n'existe pas de « *méthode* » unique à mettre en œuvre en rééducation face à un comportement donné. Il s'agit d'observer le patient, de tenter de le comprendre pour adapter la prise en charge le plus efficacement possible. On peut se demander si les orthophonistes interviewés tiendraient le même discours face à toutes les pathologies et c'est peut-être là que réside la difficulté de la rééducation en bégaiement. Il n'existerait pas une typologie des bégaiements mais une personne avec une certaine histoire et un processus identitaire qui feraient du bégaiement un symptôme unique.

B La question de la formation des orthophonistes.

Les orthophonistes souffrent-ils d'un déficit de formation en rééducation du bégaiement ou ont-ils une représentation univoque de cette pathologie donnée par l'enseignement ? On peut faire l'hypothèse que l'approche biomédicale de la maladie donnerait une vision partielle du bégaiement qui n'en engloberait pas toute la réalité.

Il est évident que ce type de rééducation s'enseigne difficilement en cours magistral ou même en travaux dirigés. La prise en charge s'observe essentiellement au cours des stages. Or les opportunités d'observer voire de prendre en charge des patients bègues au cours des stages sont peu nombreuses. Les raisons sont d'une part la faible prévalence du bégaiement, d'autre part le fait que certains thérapeutes hésitent à le prendre en charge ou dirigent les patients vers des orthophonistes reconnus comme spécialistes. On peut néanmoins souligner que la gestion des prises en charge complexes est entendue et discutée au cours de l'analyse de la pratique qui fait partie du cursus universitaire en troisième et quatrième année, le cas du bégaiement à toute sa place en ce lieu.

On peut se demander si les étudiants français en orthophonie tout comme les anglo-saxons reçoivent peu de formation en ce qui concerne l'approche du bégaiement de façon émotionnelle c'est-à-dire de la relation patient/thérapeute. Selon Mahoney (1991), la personne qu'est le thérapeute est au moins huit fois plus importante que sa méthode. Les thérapeutes pour comprendre et gérer le côté relationnel de façon adéquate doivent mener une réflexion sur leur rôle de soignant, sur l'importance qu'il revêt et sur ce qu'ils espèrent en retirer. Or, le bégaiement est avant tout défini en rapport avec une norme de langage et de communication établie par la médecine. Les savoirs légitimes sont essentiellement basés sur les représentations biomédicales et ne favorisent pas toujours la réflexion sur les interactions du patient avec son thérapeute.

Il se pourrait que la réussite d'une rééducation se situe dans une double approche : un diagnostic profondément juste et une compréhension des processus complexes de l'interaction humaine. Cette réflexion ouvre le débat sur deux questions :

- Est-ce que les étudiants investissent suffisamment l'enseignement qui leur permet de s'interroger sur la relation patient et thérapeute ?
- Ont-ils conscience de l'importance d'un travail d'analyse personnel facilitant l'accompagnement du patient dans des interventions thérapeutiques complexes ?

En résumé, il est intéressant d'observer que l'appréhension du bégaiement traverse le discours de la plupart des orthophonistes qu'ils soient spécialistes ou non. Ceci peut s'expliquer par les deux points précédemment développés : l'adaptation au comportement spécifique de chaque patient et la nécessité d'une réflexion sur l'interaction du thérapeute avec son patient.

Face à cette peur du bégaiement, on peut souligner trois comportements types chez les orthophonistes rencontrés :

- * Les non experts préfèrent dans la mesure du possible rediriger leur patients vers des spécialistes.
- * Les semi experts ne refusent aucune prise en charge du bégaiement et tentent de désacraliser l'image taboue de la pathologie. Selon eux, la spécificité du bégaiement serait une idée reçue.
- * Les experts en bégaiement confortent l'idée de la singularité et de la complexité du trouble. Le moyen de juguler cette difficulté est de s'appuyer et de multiplier les formations. Certains vont même jusqu'à développer « *une spécialité dans la spécialité* » par exemple en privilégiant la prise en charge d'enfants par rapport aux adultes.

V Les limites de la recherche

Choisir de présenter quatre portraits parmi les plus représentatifs de l'attitude des orthophonistes par rapport au bégaiement donne un aspect plus vivant à l'analyse des résultats. Cependant, ces choix sont arbitraires et peuvent dissimuler des parcours qui diffèrent d'une personne à l'autre. En outre, la construction d'une typologie, même si elle révèle des profils plus transparents au lecteur cache également parfois des variations inter individuelles non négligeables. Pour modéliser les différents idéaux types de la manière la plus juste possible, il faut atteindre ce qu'on appelle le critère de saturation. Il est souhaitable que pour un thème étudié, l'analyse ne débouche plus sur de nouvelles données. Pour cela, il est nécessaire de se baser sur un nombre important d'entretiens or notre population s'élève à 10 thérapeutes. Certains entretiens auraient mérités d'être complétés par une nouvelle interview pour approfondir ou développer certaines questions. Nous pensons notamment aux entretiens qui étaient issus du projet Kalliopé. Le sujet du

bégaiement y était en effet abordé mais peut être pas de façon aussi approfondie qu'au travers du guide d'entretien qui a été construit spécifiquement pour notre recherche.

Enfin, à propos des critères d'inclusion de la population, nous avons décidé d'interviewer des thérapeutes installés dans une grande agglomération. On peut se demander si les parcours observés auraient été similaires en zone rurale ou bien encore dans une autre grande ville. Nous avons choisi une population exerçant en ville par souci de commodité mais également parce que les orthophonistes spécialistes du bégaiement sont naturellement situés dans de grandes agglomérations. En zone rurale, il est plus courant de rencontrer des thérapeutes qui doivent faire face à un panel de pathologies beaucoup plus large.

CONCLUSION ET OUVERTURES

Le travail de recherche en sociologie revêt une particularité : de nouvelles données émergent des hypothèses posées au début de l'investigation. Les réponses apportées aux hypothèses couplées aux éléments nouveaux relevés dans l'analyse qualitative des entretiens semi directifs nous ont ainsi permis de répondre à la problématique posée. Comment se construit, de la formation initiale à la pratique professionnelle, l'orientation des orthophonistes vers la spécialisation en bégaiement ? Au-delà d'une tentative d'éclaircissement de la question, nous verrons que les différents discours ont fait émerger de nouvelles interrogations.

Si l'on tente de synthétiser le parcours et les modèles de pratique des orthophonistes face au bégaiement, nous constatons l'apparition d'un continuum autour de trois idéaux types.

Le premier type regroupe les thérapeutes plutôt réticents à prendre en charge le bégaiement qu'ils considèrent soit comme un trouble moteur soit comme un trouble psychologique. Ils ont une représentation biomédicale du soin : ils sont dans une démarche de remédiation et l'arrêt de la rééducation est conjoint avec la disparition du trouble. Ils ont rarement une pratique vocale, musicale ou corporelle, ils n'adhèrent pas à un réseau professionnel et ne pratiquent pas l'accompagnement parental.

Le deuxième type d'orthophonistes considèrent le bégaiement comme « *une pathologie qui est spécifique mais pas plus que d'autres ne le sont* » (Madame Antoine) et n'hésitent pas à le prendre en charge. Ils ont adopté un mode de représentation mixte du soin en se situant à la frontière du biomédical et du relationnel. Le bégaiement est défini comme un trouble de la communication. L'objectif de la rééducation est surtout de faire en sorte que le patient vive mieux avec son trouble. Un bémol est à ajouter concernant les jeunes enfants pour lesquels ils visent plutôt la disparition du bégaiement. Les interactions avec les autres professionnels sont limitées et l'accompagnement parental se cantonne à des échanges ponctuels. Enfin, ils se rapprochent déjà des spécialistes du bégaiement par leur *hexis* héritée du milieu familial pour la pratique vocale et musicale. La « culture corporelle » est à contrario acquise au cours de la formation initiale ou de l'exercice professionnel.

Le troisième type de thérapeutes revendique son appartenance au segment professionnel des spécialistes du bégaiement. Ils se situent à la croisée des inférences psychologique, relationnelle et biomédicale du modèle étiologico thérapeutique mixte de la pratique médicale. Le bégaiement est un trouble de la communication accepté de façon consensuelle comme résultant d'une étiologie plurifactorielle. La rééducation s'établit dans une démarche globale d'amélioration du vécu du trouble de l'individu inscrit dans un environnement. Ainsi, l'accompagnement familial est un élément central du soin. On note une forte adhésion et de nombreux échanges à l'intérieur d'un réseau professionnel et associatif. Enfin, les pratiques vocales, musicales sont souvent héritées socialement alors que les activités corporelles font partie d'une *hexis* adoptée.

Deux éléments importants sont à préciser dans la synthèse de notre recherche. Il est entendu que nous présentons des résultats compulsés de plusieurs biographies et que par conséquent cette technique gomme parfois les nuances propres à chaque parcours. En outre, tous les marqueurs que nous avons étudiés (les modèles de représentation du soin, la pratique, le parcours professionnel et les interactions avec les acteurs) sont observés au travers du prisme de la rééducation du bégaiement. Il serait imprudent de généraliser les modèles de pratique des différents types d'orthophonistes en se basant exclusivement sur leur attitude face au bégaiement. D'autres mémoires se sont déjà penchés sur la construction de l'identité professionnelle des orthophonistes de manière globale ou dans le cadre de segments particuliers telle que la voix. Notre mémoire s'inscrit comme un élément supplémentaire dans le processus de description et de réflexion globale sur la profession qui a déjà été mené dans le projet Kalliopé. Deux voies semblent intéressantes à approfondir à ce stade de notre recherche. La première pourrait être d'étudier plus précisément le fait que les orthophonistes soient souvent spécialisés conjointement dans le domaine du bégaiement et de la voix. La seconde serait de comparer les motivations de deux types de spécialisations telles que la rééducation logico mathématique et le bégaiement.

Au-delà d'un approfondissement des connaissances autour du bégaiement et de sa prise en charge, l'ensemble de cette recherche nous a permis de modifier la représentation qui semble s'être construite autour de la spécificité de la pathologie. Tenter de comprendre le processus de spécialisation du segment professionnel du bégaiement avait en effet un double objectif que nous espérons avoir modestement approché. Tout d'abord, l'idée était de faire partager l'expérience des thérapeutes avec des futurs professionnels et de faire émerger une réflexion personnelle pour chacun d'eux notamment sur la représentation du

soin. Puis, il semblait important de sensibiliser l'ensemble de la profession à sa légitimité dans la prise en charge des personnes bègues.

I TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	9
PARTIE I LE CADRE THEORIQUE.....	11
I Construction de la profession d'orthophoniste.....	12
A Evolution théorique du concept de profession.....	12
1 Profession versus activité : une approche fonctionnaliste.....	12
2 La sociologie des groupes professionnels : l'approche interactionniste.....	12
B La profession d'orthophoniste : rapide historique.....	14
C L'orthophonie est née dans un phénomène de médicalisation.....	15
1 L'évolution quantitative.....	15
2 L'évolution qualitative.....	15
II La dynamique de construction d'une identité professionnelle.....	16
A De la formation initiale à la formation continue.....	17
1 La formation initiale.....	17
2 La formation continue et la recherche.....	17
B Vers l'identité professionnelle : un compromis entre collaboration et confrontation interprofessionnelle.....	19
C Discours de légitimation et spécialisation comme voie de valorisation professionnelle	20
1 De la nécessité d'un argumentaire.....	20
2 La spécialisation comme voie de valorisation professionnelle.....	20
III Les représentations du bégaiement : une approche plurielle.....	21
A Cadre théorique : la notion de représentation.....	21
1 Définition de la représentation de la maladie.....	21
2 Les représentations de la maladie dans la France contemporaine.....	21
B Le bégaiement : un trouble situé à la frontière des niveaux de représentation psychologique et biomédicale.....	23
1 L'approche psychologique et fonctionnaliste.....	23
2 « Etiologies » biomédicales du bégaiement.....	24
C Le corps : choisir son identité et l'appliquer à la pratique médicale.....	25
1 Construire son identité autour des pratiques corporelles.....	25
2 La place du corps dans la prise en charge du bégaiement.....	25
PARTIE II PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	27
PARTIE III METHODOLOGIE.....	29
I Protocole expérimental.....	30
A Les cinq critères de base des entretiens semi directifs.....	30
B Déroulement de l'enquête dans une conception interactive des niveaux de la communication.....	30
1 La situation sociale de l'entretien de recherche.....	30
2 Le contrat de communication.....	31
3 Le système des interventions.....	31
a. Les interventions consignes.....	31
b. Les interventions commentaires.....	32
4 Interventions et discours.....	32
a. Les déclarations.....	32
b. L'interprétation.....	33
c. Les répétitions.....	33
d. Les interrogations.....	33
C L'élaboration de la grille d'entretien.....	33

II La population	34
A Deux populations distinctes.....	34
B Les critères d'inclusion.....	34
1 Population des orthophonistes « experts du bégaiement ».....	34
2 Population des orthophonistes « non experts du bégaiement ».....	34
C L'échantillon.....	35
D La méthode de sélection et la prise de contact.....	35
II L'analyse des données.....	36
A Principes de l'analyse du discours.....	36
B L'analyse thématique au travers de la construction d'une grille d'analyse.....	36
C Des portraits à la typologie.....	39
1. L'analyse entretien par entretien.....	39
2 Typologie et idéal type.....	39
PARTIE IV PRESENTATION DES RESULTATS	41
I Essai de typologie.....	42
A Elaboration de « types » autour de la notion de continuum.....	42
B Les indicateurs de parcours.....	42
1. La pratique professionnelle.....	43
2. Le parcours professionnel.....	43
3. La représentation du bégaiement et du soin.....	43
4. Les interactions avec les acteurs.....	43
a. Réseau professionnel.....	43
b. L'accompagnement familial.....	44
C Présentation de la typologie.....	44
II Quatre portraits sur le continuum experts / non experts	46
A Madame TRISTAN.....	46
B Monsieur RIVIERE.....	49
C Madame ANTOINE.....	52
D Madame VALERY.....	55
PARTIE V DISCUSSION	59
I La rhétorique professionnelle, des formations et des compétences spécifiques comme creuset de la légitimité.....	60
A La rhétorique professionnelle.....	60
B Les formations continues et les compétences spécifiques.....	61
II Le segment professionnel du bégaiement : adoption de normes particulières et construction d'un réseau.....	63
A Pratique corporelle, vocale et musicale.....	63
B Les interactions avec les acteurs du soin.....	65
1. Emergence d'un réseau professionnel autour du bégaiement.....	65
2. L'accompagnement parental.....	66
III Les modèles de représentation du bégaiement et du soin : de la formation initiale à l'exercice professionnel.....	67
A La représentation biomédicale de la formation initiale.....	68
B Evolution du mode de représentation du bégaiement au cours de l'exercice professionnel.....	69
IV Etiologie de la peur du bégaiement	69
A Etre bègue : un comportement ou une personnalité ?.....	70
B La question de la formation des orthophonistes.....	71

V Les limites de la recherche.....	72
CONCLUSION ET OUVERTURES.....	74

II. TABLE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 : Grille simplifiée d'analyse des entretiens sur la pratique du bégaiement

Tableau n°2 : Essai de typologie des orthophonistes face à la prise en charge du bégaiement

Tableau n° 3 : Modèles de représentation du bégaiement et du soin. Trois idéaux types.

Tableau n°4 : Essai de typologie des marqueurs de la pratique thérapeutique autour du bégaiement

Tableau n°5 : Parallèle entre le rôle du corps pour le thérapeute et le patient.

Tableau n°6 : Essai de construction d'une échelle des interactions professionnelles et interprofessionnelles des experts du bégaiement

III. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Grille d'analyse détaillée

Annexe 3 : Liste des entretiens

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, P., & Herzlich, C.(2005). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Saint-Germain-du-Puy : Armand Colin.
- Aïach, P., & Delanoë, D. (1998). *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas*. Paris : Anthropos.
- Aïach, P., & Fassin, D. (1994). *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos.
- Annandale, E., Elston M.A., & Prior L. *A sociology of health and illness reader*. Oxford : Blackwell Publishing
- Blanchet, A., & Ghiglione, R. (2004). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*.Malesherbes : Dunod.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2005). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*. Barcelone : Armand Colin.
- Becker, H.S. (1985). *Outsiders, étude de sociologie de la déviance*. Trad. De l'américain par J.P. Briand & J.M. Chapoulié. Paris : Métailié
- Bouchayer F.(1994). Les voies du réenchâtement professionnel. In P.Aïach & D. Fassin. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. (pp. 202-223), Paris : Anthropos.
- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques*. Paris : Fayard.
- Brugniau, C. & Chambost S. (1995). *Enquête visant à comparer les pratiques des orthophonistes hommes et femmes*. Mémoire d'orthophonie. Lyon

- Canguilhem, G. (1993). *Le normal et le pathologique*. Vendôme : Presses Universitaires de France.
- Chalandon, S. (2005). *Le petit Bonzi*. Saint-Amand-Montrond : Grasset.
- De Chassey, J., & Brignone S. (2003). *Thérapie comportementale et cognitive*. Isbergues : Ortho Edition.
- Dell, C.W (1999). *L'enfant bègue et sa rééducation*. Paris : Masson.
- Dinville, C. (1997). *Le bégaiement, symptomatologie et traitement*. Paris : Masson.
- DSM IV « Critères diagnostiques », (1997). Paris : Masson.
- Dubar, C., & Tripier, P. (1998). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin.
- Dubois, G. (2001). *L'enfant et son thérapeute du langage*. Paris : Collection orthophonie.
- Fabre, N. (2004). *Bégayer. Des cailloux plein la bouche*. Lisieux : Editions Fleurus.
- Goffman E. (1974). *Les rites d'interactions*. Paris : Minuit.
- Haberer C., & Voisin M.L. (2003). *L'importance des spécialités dans la construction de l'identité professionnelle orthophonique*. Mémoire d'orthophonie. Lyon.
- Hertzlich C. (1970). *Médecine, maladie et société*. Recueil de textes présentés et commentés. La Haye : Les Textes Sociologiques.
- Hughes, E.C. (1958). *Men and their work*. Glencoe: The Free Press
- Kremer, J.M. & Lederlé, E. (2005). *L'orthophonie en France*. Vendôme : Que sais-je ? Presses Universitaires de France.

Kuhr, A., Cooper E.B., & Rustin, L. (1984). *Clinicians attitudes towards stuttering : an international survey*. Edinburgh IALP. Published in proceedings of conference.

Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.

Laplantine, F. (1989). *Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie*. In D. Jodelet & coll., *Les représentations sociales.* , (pp.297-318). Paris : P.U.F. Collection Sociologie d'aujourd'hui.

Leahy M. (1994). *Vers une épistémologie unitaire*. In Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne : *2° Congrès Européen de Pathologie de la Parole et du Langage*. (pp 46-55). (Anvers – 18-21 septembre 1994). Trad. de l'anglais par F. Brin. Athènes : Ellinika Grammata.

Leclerc C. (2003). *Un processus de construction d'une identité professionnelle en orthophonie : l'orientation dans le domaine de la voix*. Mémoire d'orthophonie. Lyon.

Mahoney, M.J. (1991). *Human changes processes*. New York : Basic Books

Martin, S & Bo, A (1998). *Comment inclure les parents dans un programme d'intervention langagière*. Paris : Ortho Mag

Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Paris : Presses universitaires de France.

Mucchielli-Bourcier,A. (1979). *Educateur ou thérapeute*. Paris : E.S.F.

Nettleton, S. (2006). *The sociology of health and illness*. Malden USA : Polity Press.

Paicheler G. (1995). *Les professions de soins : territoires et empiètements*. Sciences sociales et santé. 13 (3)

Paradeise, C. (1985). *Rhétorique professionnelle et expertise in Sociologie du Travail*, (27)1,17-31.

- Perdrix, R. (2003). *L'identité professionnelle des orthophonistes : dynamique d'une construction sociale*. Mémoire d'orthophonie. Lyon
- Rey-Lacoste, J. (2001). *Histoire d'un bégaiement*. Paris : Collection Orthophonie.
- Roustit, J. (1992). *Compétences : un débat fort attendu*. L'orthophoniste, 117, 3-5
- Rustin, L. & Khur, A. (1993). *Attitudes dans la thérapie du bégaiement : le patient et le thérapeute. Est-ce que le thérapeute a besoin du bègue ?* Glossa, les cahiers de l'Unadrio, 33, 4-7.
- Safka M., & Vidalin M. (1970). « *Ils ont changé ma chanson* » interprétée par Hintjens A. (2002)
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1997). *Social organization of medical work*. New Brunswick, USA : Transaction Publishers.
- Strauss, A. (2004). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. Logiques sociales. Paris : L'Harmattan.
- Turner B.- S. (1992). *Regulating bodies*, Routledge, London
- Van Hout, A., & Estienne, F. (1996). *Les bégaiements : histoire, psychologie, évaluation, variétés*. Paris : Masson.
- Vigarello, G. (1993). *Le sain et le malsain. Santé et bien-être depuis le Moyen-Âge*. Paris : Seuil.
- Vincent, E. (2004). *Le bégaiement. La parole désorchestrée*. Toulouse : Editions Milan.
- Wingate, M.E. (1971). *The fear of stuttering*. ASHA- Journal, 13, 3-5.
- Wingate, M.E. (2002). *Foundations of stuttering*. London : Academic press.

Annexe 1

- Présentation du projet.
- Il est important de connaître l'histoire de chacun pour comprendre ce que représente le bégaiement. Il s'agit d'une recherche menée dans le cadre de mes études au sein de l'école d'orthophonie. La question est d'essayer de comprendre ce qui fait que certaines orthophonistes se dirigent vers la prise en charge du bégaiement.
- Le principe est celui de la confidentialité. Toutes les données resteront anonymes. (Noms et lieux cités).
- Protocole : enregistrement audio.
- « Cet entretien porte sur le déroulement de votre carrière d'orthophoniste. Les questions pourront porter aussi bien sur votre parcours professionnel que personnel. Je ne vous poserai pas de questions précises afin de connaître votre expérience et votre point de vue concernant la prise en charge du bégaiement ».

1. Question générale.	
Qu'est-ce que vous évoque le bégaiement dans votre profession ?	
2. Le choix professionnel.	
<input type="checkbox"/> Quel a été votre motivation dans le choix de la formation d'orthophoniste ?	
<input type="checkbox"/> Que représentait pour vous la profession d'orthophoniste avant d'intégrer l'école ?	
<input type="checkbox"/> Aviez-vous d'autres projets professionnels à ce moment-là ?	
<input type="checkbox"/> Qu'est-ce qui a motivé votre choix ?	
<input type="checkbox"/> Quelle a été la réaction de votre entourage face à ce choix ?	
3. La formation initiale et continue.	
<input type="checkbox"/> Pourriez-vous me décrire votre cursus scolaire et universitaire avant les études d'orthophonie ?	L'institut de formation
<input type="checkbox"/> Combien de concours avez-vous passé et lesquels ?	Date du diplôme
<input type="checkbox"/> Dans quelle école avez-vous suivi votre formation ?	

<input type="checkbox"/> Pourriez-vous me donner votre avis concernant la formation dispensée ?	Intérêt pour la formation initiale
<input type="checkbox"/> Avez-vous suivi des formations particulières dans le domaine du bégaiement ? Dans d'autres domaines ?	Apports supplémentaires par rapport à la formation initiale
	Intérêt pour la formation continue, les courants de pensée
4. L'orientation vers le bégaiement et la pratique professionnelle.	Historique de la spécialisation, quand, comment, pendant les études, après.
<input type="checkbox"/> Quels étaient vos types de prise en charge après l'obtention du diplôme ?	Date du premier emploi – Grandes étapes de la carrière
<input type="checkbox"/> Quelles étaient les différentes possibilités qui s'offraient à vous ?	
<input type="checkbox"/> Comment s'est faite l'orientation vers le bégaiement ?	Turning point
<input type="checkbox"/> Vous considérez-vous comme un thérapeute spécialisé dans le bégaiement ?	
<input type="checkbox"/> Quelles sont vos autres types de prises en charge ?	Disciplines associées
<input type="checkbox"/> Pouvez-vous me dire ce qui différencie pour vous la prise en charge d'un personne bègue par rapport à un retard de parole par exemple	
En quoi est-ce différent ? En quoi est-ce identique ?	
Quels sont vos critères d'arrêt de la prise en charge du patient bègue ?	Arrêt du B, amélioration de l'adaptation à l'entourage, vivre mieux son B
<input type="checkbox"/> Quelles relations entretenez-vous avec vos patients ? Avec leur entourage ?	
<input type="checkbox"/> Qu'est-ce que ce type de rééducation vous apporte de particulier par rapport à d'autres prise en charge ?	Perception d'une différence sensible par rapport aux autres types de prises en charge
<input type="checkbox"/> Pensez-vous qu'il est nécessaire de développer des compétences particulières ?	
<input type="checkbox"/> Connaissez-vous d'autres types de prises en charge du bégaiement ?	
<input type="checkbox"/> Quelle est la proportion de vos rééducations du bégaiement par rapport aux autres prises en charge ?	Lieux d'exercice (urbain, ruraux, quartiers...) Mode d'exercice : cabinet, institut, mixte...) Spécialités autres que le B. Interruptions, dates de changement Part de rééducation du bégaiement, quelle population de patients bègues
5. La représentation de la maladie	

Pouvez-vous me parler d'une de vos RO du B	Le premier contact, le bilan ?...la rééducation
<input type="checkbox"/> Possédez-vous des méthodes particulières ? Si oui, lesquelles ?	Prise en charge individuelle, groupe.
<input type="checkbox"/> Que signifie pour vous « être bègue » ?	
<input type="checkbox"/> Connaissez-vous l'étymologie du terme « bégayer » ?	
<input type="checkbox"/> Pensez-vous qu'il existe différents types de personnes bègues ?	
<input type="checkbox"/> Pourriez-vous décrire votre population de patients bègues ? (enfants, adolescents, adultes...)	quelle population de bègues
6. Relations interprofessionnelles.	
<input type="checkbox"/> Quelles ont été les rencontres extraprofessionnelles qui vous ont marqué concernant le bégaiement ?	
<input type="checkbox"/> Avez-vous l'impression d'avoir moins de « rééducations classiques » (troubles des apprentissages, DO/DL) que d'autres orthophonistes ?	
<input type="checkbox"/> Faites-vous partie de l'APB ?	
<input type="checkbox"/> Pensez-vous avoir développé un réseau de relations autour du bégaiement ?	Est-ce qu'à l'intérieur de ce réseau circule un modèle de rééducation du B précis ?
<input type="checkbox"/> Avez-vous des contacts réguliers avec d'autres professionnels concernant le bégaiement ? (syndicats, milieu scolaire, social...)	Qui forme, oriente, dirige...
<input type="checkbox"/> Avez-vous le sentiment de fonctionner de manière isolée ?	
<input type="checkbox"/> Quelle est selon vous la place des parents dans la rééducation du bégaiement ?	
<input type="checkbox"/> Vous arrive-t-il d'orienter des patients vers d'autres professionnels, d'autres orthophonistes ?	
7. La vie personnelle	
<input type="checkbox"/> Pouvez-vous me dire quelques mots de votre milieu familial d'origine ? Quelle était l'ambiance ?	Age et sexe de l'interviewé Professions des parents, frères, sœurs, conjoints... Liens avec milieu médical, enseignant.

	Lieux de résidence
<input type="checkbox"/> Avez-vous des pratiques corporelles (relaxation, yoga, sport...)?	
<input type="checkbox"/> Avez-vous des hobbies en rapport avec la musique, le chant?	
<input type="checkbox"/> Qu'est-ce qui vous a mené vers de telles pratiques?	
<input type="checkbox"/> Connaissez-vous une personne bègue dans votre entourage?	
<input type="checkbox"/> Que vous apportent-elles dans votre pratique professionnelle?	Liens entre les activités extra-professionnelles et intra.
<input type="checkbox"/> Aujourd'hui, comment organisez-vous votre vie personnelle par rapport à votre profession?	
<input type="checkbox"/> Quelles ont été les périodes marquantes de votre vie personnelle?	Dates de changement
8. Conclusion, ouverture	
<input type="checkbox"/> Est-ce que vous conseilleriez votre profession à un proche?	
<input type="checkbox"/> Comment vous projetez-vous dans votre avenir professionnel?	
<input type="checkbox"/> Concernant le bégaiement, quels sont vos projets proches, lointains?	
<input type="checkbox"/> Lorsque je vous ai proposé cet entretien avez-vous pensé à quelque chose de particulier à dire?	
<input type="checkbox"/> Avez-vous autre chose à ajouter?	
<input type="checkbox"/> Seriez-vous prêt (e) à accepter un nouvel entretien?	

Merci pour votre collaboration

Annexe 2

thèmes	Sous thèmes	citations
<p><i>1. Le type de prise en charge : des débuts professionnels à aujourd'hui</i></p>	<p>1.1. Mode d'exercice</p> <p>1.2. PEC* au début de l'exercice professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> a. proportion adultes/enfants b. proportions du B** et des différentes pathologies c. PEC individuelle/groupe <p>1.3. PEC actuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Proportion adultes/enfants. b. Proportion du B, des différentes pathologies c. PEC individuelle d. PEC groupe : groupe de parents, d'enfants et parents, d'enfants, self-help. <p>* Prise en charge ** bégaiement</p>	
<p><i>2. Représentation de la profession : évolution de la formation initiale à l'exercice professionnel</i></p>	<p>2.1. Au cours de la formation initiale.</p> <p><u>2.1.1 Réduction à des domaines d'intervention particuliers.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a.. Réduction au domaine de la surdité, de la voix b. Image de l'institutrice spécialisée, rattrapage scolaire, apprentissage. c. Métier innovant, curiosité intellectuelle <p><u>2.1.2. Une profession de soins.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Altruisme, empathie b. Relation duelle avec le patient. c. Métier innovant, curiosité intellectuelle. d. Importance du relationnel 	

	<p><u>2.1.3. Représentation d'une PEC</u> a. Complexité des PEC. b.. Travail autour du jeu</p> <p><u>2.1.4. Etudes accessibles</u> <u>2.1.5. Profession libérale, indépendance</u></p> <p>2.2. Représentation actuelle de la profession</p> <p>a. Ouverture de la profession à des pathologies plus nombreuses et variées. b. Orientation plus scientifique de l'évaluation c. Orientation « hypermédicalisée » de la profession c. Etudes et accès à la profession plus difficiles.</p>	
<p>3. La représentation de la maladie : de la formation initiale à la formation continue.</p>	<p>3.1. Représentation du bégaiement</p> <p><u>3.1.1. Le bégaiement : symptôme ou maladie</u> a. Symptôme b. Maladie</p> <p><u>3.1.2. Manifestations</u></p> <p>a. Trouble de la communication b. Trouble de la parole c. Trouble psychologique d. Trouble moteur</p> <p><u>3.1.3. Conséquences</u> a. Souffrance de la personne bègue, dépression, dépréciation de soi b. Souffrance de l'entourage</p>	

c. Peur du soignant

3.2. Modèle dominant pendant les études : système de représentation biomédical.

3.2.1. Des orthophonistes techniciens de la parole, de l'articulation

3.2.2. Un patient objet de soin et non sujet

3.2.3. Enseignement à travers un prisme médical (anatomie, physiologie...).

3.2.4. Avis sur la formation initiale

a. Manque de pédagogie, de savoir-faire

b. Neuropsychologie : la peur de perdre la vision globale de la personne

c. Manque de formation pour certaines pathologies spécifiques.

3.3. Glissement vers un système de représentation étiologico-thérapeutique fonctionnaliste

3.3.1. Références multiples non exclusives

a. Approche cognitive et comportementale

b. Approche par la psychologie analytique

c. Approche technique (respiration, travail moteur sur articulation)

d. Approche sociale du B (1 B n'est pas appréhendé de façon identique suivant la culture, l'environnement).

e. Approche corporelle (motricité, sophrologie).

	<p>f. Approche vocale (chant)</p> <p><u>3.3.2. Critères d'arrêt de la PEC</u></p> <p>a. Le patient vit mieux avec son B</p> <p>b. Le patient vit mieux dans son environnement.</p> <p>c. Disparition du bégaiement</p>	
<p>4. La spécialisation dans le domaine du bégaiement</p>	<p>4.1. A quel moment apparaît la spécialisation ?</p> <p>a. Apparition pendant les stages de formation initiale</p> <p>b. Suivi d'une formation en B dès la fin des études.</p> <p>c. Turning-point au cours de la carrière.</p> <p>4.2. Qu'est-ce qui influence la trajectoire ?</p> <p>a. Les rencontres professionnelles (en formation, en collaboration).</p> <p>b. Les stages en formation initiale</p> <p>c. La demande des patients</p> <p>4.3. Etiologie du besoin de spécialisation.</p> <p>a. Pouvoir répondre à la demande des patients</p> <p>b. Recherche de légitimité : pour soi-même, par rapport aux autres praticiens.</p> <p>c. Maintien d'un certain pouvoir</p> <p>d.. Orientation nouvelle, sortir de la routine.</p> <p>e. Réparation d'une blessure personnelle.</p> <p>f. Résultat de l'orientation préalable en rééducation vocale et corporelle.</p> <p>4.4. Spécialisation : considérations objectives et subjectives</p>	

	<p>a. Constatation objective : pourcentage du nombre de RO*.</p> <p>b. Considérations subjectives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas du tout spécialisé → pas de PEC - pas spécialisé → PEC - plus spécialisé que d'autres - hyper spécialisé (tout âge, enfants ou adultes) <p>* rééducation orthophonique</p>	
<p>5. Légitimité : de la formation initiale à la formation continue.</p>	<p>5.1. Légitimité</p> <p>a. La légitimité donnée par la formation initiale</p> <ul style="list-style-type: none"> - la formation est suffisante → la RO du B est possible - la formation est insuffisante → la RO du B est impossible <p>b. Légitimité cautionnée par la formation continue</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation en B paraît nécessaire après la FI*. - Types de formations : Gepalm, F. Le Huche, A.M. Simon, voix, Feldenkreis, DU de psychologie ou de TCC. - Sentiment d'illégitimité dans d'autres domaines (ex : LE) - La formation n'est pas indispensable <p>* formation initiale</p> <p>5.2. Position et limites des domaines d'interventions.</p> <p>a. Position d'orthophoniste et psychologue limitée au domaine de la communication</p> <p>b. Position + écoute analytique conjointe</p> <p>c.. Position d'orthophoniste uniquement et non psychologue.</p>	

8.1.4. Suivi de formations dans le domaines de la voix.

- a. Plusieurs
- b. Aucune

8.2. Pratique corporelle

8.2.1. Origines de la pratique corporelle

- a. Goût pour ce type d'activité avant l'exercice professionnel (sophrologie, yoga)
- b. Application à la RO
- c. Nécessité de l'expérimentation personnelle pour mettre en application.
- d. Rencontre avec des psychomotriciens, formation Feldenkreis
- e. Aucune pratique corporelle

8.2.2. Liens entre le bégaiement et le corps.

- a. Bégayer avec son corps (avec son visage, ses mains, gestes non synchrones avec la parole)
- b. Bégaiement, générateur d'angoisse : séparation de la mentalisation et du corps (orientation vers la relaxation, la sophrologie, danse, gymnastique rythmique)
- c. Le bégaiement d'origine psychosomatique (autre manifestation pourrait être urticaire, allergies...).

8.3. Pratique musicale

- a. Pratique d'un instrument
- b. Pratique de la musique dans le milieu social d'origine
- c. Aucun instrument pratiqué.

Annexe 3

LISTE DES ENTRETIENS

NOM	TYPE D'EXERCICE	DUREE DE L'ENTRETIEN	NOMBRE DE PAGES
Mme LUCAS	libéral	50 mn	4
Mme TRISTAN	libéral	1 heure 20mn	7
Mme HENRY	libéral	1 heure 10 mn	11
Mme VALERY	libéral	1 heure 15 mn	14
Mme PIERRE	libéral	1 heure 35 mn	11
Mme ANTOINE	libéral	55 mn	9
M. RIVIERE	mixte	1 heure 34 mn	9
M. ALEXANDRE	mixte	---	16
Mme DAVY	libéral	---	35
Mme LAZARE	libéral	---	14

Laurence Cielsielski (Auteur)

**D'UNE FORMATION D'ORTHOPHONISTE A UNE PRATIQUE SPECIALISEE :
L'investissement dans le domaine du bégaiement**

76 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2007

RESUME

Le sujet de cette recherche est de tenter de cerner comment se fait le passage de la formation d'orthophoniste à une pratique spécialisée autour du bégaiement. C'est à travers une perspective interactionniste que nous avons choisi d'étudier la profession ainsi que les différents parcours professionnels. Deux populations distinctes (des experts en bégaiement et des non experts) ont été choisies et étudiées sur la base d'une analyse qualitative d'entretiens semi directifs. Privilégier l'enquête qualitative a permis d'appréhender la recherche selon deux lectures qui ont donné lieu à deux types de résultats. Tout d'abord, nous avons rédigé les portraits qui nous semblaient les plus représentatifs, puis, nous avons construit une typologie des différents « types » d'orthophonistes face à la prise en charge du bégaiement. En fonction des résultats mis à jour, nous nous sommes interrogés sur trois points. Comment se sont construits les modèles de représentation du bégaiement et du soin des experts en bégaiement ? Quels sont les marqueurs spécifiques de leur pratique thérapeutique ? Quelles sont les « étologies » possibles de l'image taboue qui entoure le bégaiement ?

MOTS-CLES

Bégaiement – Profession – trajectoire professionnelle – Spécialisation – légitimité – Sociologie interactionniste.

MEMBRES DU JURY

Juliette De Chassey

Claire Gentil

Anne-Sophie Goyet

MAITRE DE MEMOIRE

Caroline Leclerc (Maître de mémoire)

DATE DE SOUTENANCE

Jeudi 5 juillet 2007