Orthophonie

ORTHOPHONIE

Identité professionnelle et expertise

Sous la direction de
Frédérique Brin-Henry

fnO fédération nationale des orthophonistes
UNADREO
deboeck SUPÉRIEUR

ORTHOPHONIE

Identité professionnelle et expertise

Sous la direction de
Frédérique BRIN-HENRY

Collège Français d'Orthophonie
fnO fédération nationale des orthophonistes
UNADREO
deboeck SUPÉRIEUR

De Boeck Supérieur
5, allée de la Deuxième Division blindée
75015 Paris
www.deboecksuperieur.com
© De Boeck Supérieur SA, rue du Bosquet, 7 – 1348 Louvain-la-Neuve

ISBN du livre électronique : 978-2-8073-5834-8

Sommaire

Orthophonie : identité professionnelle et expertise 11

PARTIE 1
La formation en orthophonie

Chapitre 1. La formation universitaire initiale, socle de l'expertise professionnelle en orthophonie : état des lieux et perspectives 20

Chapitre 2. La pédagogie en sciences de la santé : un cadre pour penser l'expertise clinique en orthophonie 47

PARTIE 2
L'expertise en orthophonie

Chapitre 3. La cartographie des domaines de connaissance des orthophonistes 64

Chapitre 4. Expert·e et expertise 76

Chapitre 5. La place des expert.es dans les situations d'expertise : Le cas de l'orthophonie en France 87

PARTIE 3
La pratique de l'orthophonie

Chapitre 6. L'expertise et le raisonnement cliniques de l'orthophoniste dans la pratique évaluative 102

Chapitre 7. Les outils d'évaluation en orthophonie 137

PARTIE 4
Socio-histoire de l'orthophonie

Chapitre 8. De l'histoire de l'orthophonie vers une identité de la profession 158

Chapitre 9. Bilan et perspectives des mémoires sur l'histoire de l'orthophonie soutenus à Lyon (2009-2022) 170

Chapitre 10. Quand les sciences sociales s'intéressent à l'orthophonie..... 187

Orthophonie, orthophonistes et expertise 199

Remerciements

Ce livre n'aurait pu voir le jour sans le soutien du collège français d'orthophonie, qui a permis aux groupes de travail du projet IPOHE de se réunir, et de réfléchir, ensemble, à comment définir l'identité professionnelle et l'expertise en orthophonie.

Les différents chapitres qui suivent montrent combien l'orthophonie, en tan que pratique, en tant que profession, mais aussi en tant que discipline scientifique (déployée sous le terme de « sciences orthophoniques »), est complexe, ancrée dans son histoire épistémique entre sciences médicales et sciences humaines et sociales.

La maturité de l'orthophonie permet enfin de raisonner sur son objet de recherche, sur ses traces et la façon dont elle est documentée, enseignée, exercée.

Des chercheurs et chercheuses de divers horizons, pratiquant ou non l'orthophonie, se sont penchés sur ces problématiques avec sérieux et ouverture d'esprit. Ils et elles vous proposent des pistes de discussion, ouvrent des débats et partagent leur représentations du domaine. Nous les remercions infiniment pour la qualité de leur contribution, et souhaitons ardemment que ces travaux se poursuivent, sur cette thématique de l'identité professionnelle et de l'expertise en orthophonie, comme sur d'autres.

Décembre 2023

Présentation des auteurs et autrices

François ALLARD-HUVER est docteur en Sciences de l'Information et de la Communication. Maître de Conférences en Communication stratégique et numérique à l'Université de Lorraine, Nancy, il est également co-responsable de l'équipe de recherche Praxis au sein du Centre de recherche sur les médiations (CREM). Ses travaux concernent la question des controverses environnementales et sanitaires, ainsi que l'expertise, le développement durable et les organisations, tout particulièrement sur les stratégies de communication RSE et de relations publiques des différents acteurs de la sphère publique (institutions, société civile, lobbies, industrie). Contact : fr.allardhuver@gmail.com

Marc BORRY est responsable de la gestion des connaissances à la Police Fédérale belge et chargé de cours à la Haute École Bruxelles Brabant, l'Université St Louis de Bruxelles et l'Université de Lille. Il est également l'auteur de plusieurs ouvrages dont « le neuromanagement des connaissances » (2013) et « les paradoxes de l'expert » (2020). Contact : marc.borry@mail.be

Frédérique BRIN-HENRY est orthophoniste et docteure en sciences du langage. Elle est membre de l'équipe Lexique du laboratoire ATILF (UMR 7118 Université de Lorraine – CNRS) depuis 2012. Ses travaux portent sur la terminologie orthophonique et le discours des orthophonistes. Elle explore le diagnostic orthophonique et les classifications des pathologies du langage, les normes dans la communication et le langage. Elle s'intéresse également au lien art et culture/science en santé. L'observatoire terminologique en orthophonie (https://oto-fr.atilf.fr/) et le corpus OrthoCorpus (https://www.ortolang.fr/market/corpora/orthocorpus) sont deux ressources issues de ces travaux. Elle exerce au centre hospitalier de Bar-le-Duc (55) en phase aiguë et chronique post-AVC, coordonne la Cellule Recherche de l'établissement, et un programme d'ETP dédié à l'AVC. Elle est chargée de la mission « identité professionnelle et recherche » à la FNO depuis 2019. Contact : frederique.henry@atilf.fr

Emilie BERNARD est orthophoniste, enseignante en orthophonie et responsable pédagogique de la filière orthophonie de l'institut des sciences de la réadaptation (ILFOMER) de l'université de Limoges. Elle partage son temps entre ses activités cliniques au sein d'un service pour enfants déficients auditifs et ses missions de coordination pédagogique et d'enseignement auprès d'étudiants en orthophonie, ergothérapie, massokinésithérapie et orthoptie. De 2020 à 2022, elle a suivi un cursus master au centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé

(CFRPS) à Strasbourg, formation qui lui a permis d'enrichir sa réflexion pédagogique, notamment dans les domaines de l'approche par compétences et du développement du raisonnement clinique. Contact : emilie.bernard@unilim.fr

Julie CATTINI est orthophoniste en exercice libéral auprès d'une population d'enfants et d'adolescents au Luxembourg et chargée de cours à l'Université de Bretagne Occidentale au département d'orthophonie. Depuis 2017, elle collabore sur des projets de recherche clinique (France, Belgique, Canada) orientés vers l'évaluation du discours des personnes présentant un trouble neurocognitif, l'analyse psychométrique des tests, les ingrédients actifs des thérapies lexico-sémantiques, l'analyse de la production de la parole de l'enfant ou encore la réflexion clinique dans le cadre d'une démarche basée sur les données probantes. En août 2023, elle a reçu le titre honorifique de Collaboratrice scientifique au sein de la *Research Unit for a life-Course perspective on Health and Education* (RUCHE) de l'Université de Liège. Contact : juliecattini@hotmail.com

Anne DEHÊTRE est orthophoniste depuis 1997 et chargée d'enseignement à l'université de Nantes depuis 2005. Elle a été vice-présidente de la Fédération Nationale des Orthophonistes en charge de la formation initiale de 2001 à 2010, puis chargée de mission et coordinatrice de l'élaboration de la 1re maquette pédagogique de la formation de grade Master en Orthophonie, de 2010 à 2013. Elle sera ensuite élue Présidente de la Fédération Nationale des Orthophonistes entre 2013 et 2022. Depuis 2013, elle occupe le poste de représentante permanente de l'organisme national de Formation Continue des Orthophonistes (FNO'Form). Elle est également formatrice dans le domaine des troubles du neurodéveloppement. Aujourd'hui, elle est également membre du conseil d'administration du Collège français d'orthophonie, le Conseil National Professionnel des Orthophonistes, et elle y occupe le poste de trésorière. Contact : anne.dehetre@gmail.com

Guillaume DUBOISDINDIEN est orthophoniste, psycholinguiste et chercheur postdoctoral à la Faculté de médecine de l'Université Laval (Québec, Canada) ainsi que chercheur associé au laboratoire Savoirs, Textes, Langage (CNRS, UMR 8163 – Université de Lille). Depuis mai 2022, il est lauréat de la bourse de recherche postdoctorale de la Chaire de recherche sur les aphasies primaires progressives de la Fondation de la Famille Lemaire intégrée à la Clinique interdisciplinaire de mémoire (CIME) au CHU de Québec – Centre de recherche du CHU de Québec – Axe Neurosciences, sous la supervision du Dr Robert Jr Laforce et du Dr Joël Macoir (Centre de recherche CERVO, Département de réadaptation, Faculté de médecine). Ses travaux de recherche issus de sa thèse portent sur l'analyse de la communication multimodale dans le cadre du vieillissement (sain et pathologique). Ses stages postdoctoraux lui ont permis de développer son expertise concernant la modélisation de traitement et d'évaluation orthophoniques dans des contextes variés tels que l'anomie et les paraphasies

phonologiques dans le cadre d'un Trouble Neurocognitif Majeur évolutif ou encore la morphologie auprès d'une population d'enfants et d'adolescents présentant un Trouble Développemental du Langage : https://orcid.org/0000-0002-7068-9881. Contact : duboisdindien@hotmail.com et guillaume.duboisdindien.1@ulaval.ca

Nicolas GUILHOT est docteur en histoire et maître de conférences en sciences de gestion à l'Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires, médico-sociales et sociales et leurs réseaux (IFROSS – Université Lyon 3). Il est responsable d'un Master destiné aux cadres de direction des secteurs médico-social et social. Ses travaux de recherche portent sur l'histoire des sciences de gestion, l'histoire des organisations de santé, l'histoire des professions de santé et les dispositifs de coordination interprofessionnelle dans le secteur médico-social. Il est plus particulièrement spécialisé dans le secteur du handicap. Ses travaux combinent des approches qualitatives (archives, entretiens) et quantitatives (questionnaires, analyse de réseaux). Contact : nicolas.guilhot@univ-lyon3.fr

Géraldine HILAIRE-DEBOVE est orthophoniste depuis 2008 et enseignante à l'université Claude Bernard Lyon 1 depuis 1995 (ISTR). Elle a obtenu une thèse en Sciences du Langage avant d'être orthophoniste, et a été rattachée au laboratoire Dynamique du Langage (UMR 5596) de 1994 à 2004. Elle a effectué des travaux de recherches sur le manque du mot dans la maladie d'Alzheimer, le développement du langage chez l'enfant avec implant cochléaire (sous la direction de M. Kail, Paris), l'influence de la langue sur le développement des structures syllabiques et les omissions de sons chez le tout petit (sous la direction de K. Demuth, USA) et a participé à l'adaptation français du FCDI (Kern, 2010). Actuellement, ses axes de recherches sont l'évaluation du récit oral et écrit, l'amélioration de la qualité des tests de bilan en orthophonie et le multilinguisme. Elle est membre du comité directeur de l'UNADREO et du bureau du CFO-CNP. Contact : ghilairedebove@gmail.com

Frédérique MILLER est orthophoniste depuis 2009. Elle exerce en cabinet libéral à Saverne (67) avec une pratique axée sur la prise en charge précoce et le partenariat parental. Contact : frederique.miller@yahoo.fr

Frédéric PASQUET est orthophoniste et Maître de Conférences en Sciences du Langage, Directeur Pédagogique du Département d'Orthophonie, UFR Santé, Université de Rouen Normandie, membre du Laboratoire DYLIS (Dynamique du Langage In Situ, EA 7474). Ses domaines d'intérêt concernent l'analyse clinique des dysfonctionnements développementaux du langage et de la cognition. Son cadre théorique de référence est la psycho-linguistique fonctionnaliste. Ses recherches, appuyées sur la psychométrie, permettent la création, la standardisation et la normalisation de batteries d'évaluation des processus cognitivo-langagiers. Contact : frederic.pasquet@univ-rouen.fr

Marianne WOOLLVEN est maîtresse de conférences en sociologie à l'université Clermont-Auvergne et chercheuse au Laboratoire d'études sociologiques sur la construction et la reproduction sociales. Ses travaux portent sur la sociologie de l'institution scolaire, de la santé et du handicap ainsi que sur la construction sociale des catégories, dans une perspective comparative. Contact : marianne.woollven@uca.fr

Orthophonie : identité professionnelle et expertise

Frédérique Brin-Henry

1. Contexte et enjeux

Les orthophonistes de France ont toujours été formé·es et diplômé·es par l'université, et leur identité professionnelle s'est forgée par étapes depuis le début du 20e siècle.

L'identité professionnelle est un aspect crucial de la pratique orthophonique, qui modèle la façon dont les orthophonistes perçoivent leur rôle et interagissent avec leurs patients. Cette identité professionnelle peut se définir en tant que telle au travers des périmètres d'action des orthophonistes (Stokes & McCormick, 2015) et grâce à la compréhension des compétences qu'ils ou elles exercent dans un contexte donné. Elle peut être mieux comprise à la lumière des diverses évolutions des concepts relatifs à la maîtrise de la langue et du langage qui sont au cœur de la discipline, de l'observation de sa place singulière au sein du système de santé et au côté des autres professions de santé. La phase d'universitarisation des formations initiales des autres professions comme celle d'infirmier·e, de masseur-kinésithérapeute ou d'ergothérapeute (Morel-Bracq, 2009) a conduit les praticiens de santé à remodeler les contours de leur identité professionnelle et leur périmètre d'activités, tout comme cela a été nécessaire dans d'autres domaines[1] (Gentili, 2005 ; rapport Hénart, 2011). L'évolution régulière des compétences des orthophonistes et la réflexion actuelle sur l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité doivent à présent absorber de nouvelles notions telles que la coordination, les pratiques avancées et l'expertise (Auger & Verdier, 2019 ; Borry, 2020).

Peu de publications existent sur l'identité professionnelle de l'orthophoniste à proprement parler, mais les sujets de l'expertise et de la compétence, qui en fondent certains principes, ont été explorés pour d'autres disciplines (Dubar, 1994 ; Gasseau *et al.*, 2015 ; Ginsbourger, 2016 ; Guillouet, 2018 ; Magnon, 2011 ; Marichalar *et al.*, 2015 ; Simon *et al.*, 2020 ; Poumay *et al.*, 2017). De même, durant les deux dernières décennies et notamment depuis la refonte de la formation initiale des orthophonistes

1. Voir également la contribution au Ségur de la santé de la Société française de recherche des infirmiers en pratique avancée de 2020

en 2013 et l'intégration d'un module transversal sur la profession, des publications abordent un point de vue plus épistémique sur le développement du champ de compétences de ces professionnels de santé dans des domaines nouveaux, et la reconnaissance de leur place au sein du système de santé. Les travaux terminologiques également publiés[1] se fondent sur des analyses sur corpus et des analyses de discours des orthophonistes à propos de leurs pratiques, leurs patients et leur discipline. Ils ont également permis de questionner en profondeur les relations entretenues par les orthophonistes avec les pratiques professionnelles, les pathologies qui les intéressent, et leur domaine d'expertise.

D'un point de vue historique, épistémologique, et scientifique, il était devenu essentiel que les orthophonistes se penchent sur des outils permettant de réfléchir au domaine, à ce qui le rend si spécifique et unique (Stokes & McCormick, 2015 ; Woollven, 2014).

Le projet identité professionnelle en orthophonie : aspects historiques et expertise (IPOHE) a donc été lancé en 2020. Il est porté par le Collège français d'orthophonie[2], et s'appuie sur un consortium pluridisciplinaire composé d'experts et d'expertes en orthophonie et en sciences humaines et sociales. Il se construit autour de la volonté d'éclaircir et de réfléchir à ce qui fait la spécificité du domaine de l'orthophonie, et contribue à la juste reconnaissance des sciences orthophoniques. Après une rapide présentation de la façon dont le projet s'est déroulé, nous introduirons les divers chapitres de cet ouvrage qui en détaillent les quatre axes travaillés.

2. Le projet identité professionnelle en orthophonie : aspects historiques et expertise (IPOHE)

Tout au long de sa construction, l'orthophonie a intégré et absorbé des fondamentaux émanant de plusieurs ancrages théoriques des sciences humaines et sociales comme des sciences médicales, ce qui a conduit à une structuration unique de ses propres paradigmes. En France[3] comme à l'étranger, l'orthophonie/logopédie a intégré des modèles théoriques complémentaires dans le domaine de l'éducation et des apprentissages, des conceptions de la langue et du langage, et des connaissances approfondies dans le domaine biomédical et de la santé (Maillart, 2010). D'un point de vue pratique, la relation au soin, les postures professionnelles, les rôles et les

1. Pour une vue d'ensemble de ces travaux, voir l'observatoire terminologique en orthophonie https://oto-fr.atilf.fr/
2. https://www.college-francais-orthophonie.fr/
3. référentiel de compétence en annexe du Décret n° 2020-579 du 14 mai 2020 modifiant la section 1 du chapitre VI, du titre III du livre VI du code de l'éducation relative aux études d'audioprothèse et la section 2 du chapitre VI, du titre III du livre VI du code de l'éducation relative aux études d'orthophonie https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041885587

périmètres d'action ont progressé, intégrant le patient et son entourage au cœur de la dynamique d'intervention (Akrich & Rabeharisoa, 2012).

Le groupe de travail a été constitué dans une recherche d'équilibre entre la participation de praticiens-chercheurs, mais également d'orthophonistes de terrain, et la contribution méthodologique et fondamentale de chercheurs en sciences humaines et sociales. Cette combinaison avait pour but de favoriser un échange sur des représentations de l'orthophonie par un dialogue entre pratique et théorie, tout en disposant d'un creuset pour délimiter l'objet de recherche au moyen d'outils de réflexion valides et de méthode(s) scientifique(s).

Après un premier travail de revue de littérature, nous avons proposé au consortium une réflexion fondée sur les compétences et l'expertise en orthophonie, d'où est tiré le titre de cet ouvrage. L'identité professionnelle en orthophonie peut être questionnée dans son rapport historique à la maîtrise de la langue (l'identification, le traitement des pathologies orthophoniques, les modèles théoriques en santé et en sciences humaines et sociales, la place de l'orthophoniste auprès du patient et dans le système de soins), au travers de la relation au patient et de la pratique de l'orthophonie, et enfin pour ce qui concerne la place de l'orthophonie/orthophoniste dans la société. Les questions préalables suivantes ont par conséquent été abordées :

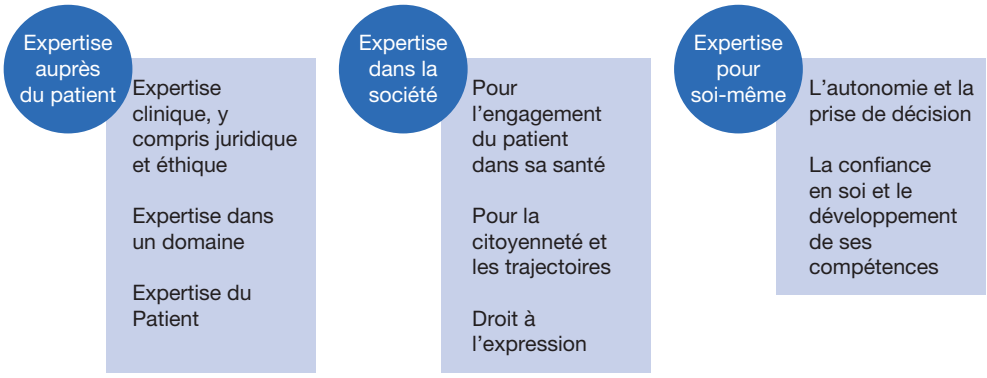
Comment l'orthophonie se définit-elle au regard des autres disciplines scientifiques, des autres professionnels de santé et de l'éducation et en tant que telle ? Quel regard porte la société sur cette identité professionnelle ?

Quels ont été les jalons de l'histoire de l'orthophonie ? Comment la discipline s'est-elle structurée en regard des autres champs de la santé ?

Quels sont les écrits, les documents visibles, les objets matérialisant l'expertise des orthophonistes, comment ces professionnels s'en servent-ils et se les approprient-ils ?

Le diagramme suivant illustre les axes initialement pressentis, qui ont été explorés et adaptés au cours des deux années de travaux.

Figure 1 Marqueurs de l'expertise de l'orthophoniste



L'expertise en orthophonie a été identifiée dans la littérature par :

L'expertise de l'orthophoniste auprès du patient

Elle peut s'exprimer et se mesurer chez l'orthophoniste dans trois directions, qui sont tout d'abord son expertise clinique (Jackson, 2017), y compris juridique[1] (Gasseau *et al.*, 2013 ; Turner *et al.*, 2019) et éthique. L'acquisition de cette expertise peut être interrogée au travers de la maîtrise des compétences cliniques, et la prise en compte du lien entre pratique et théorie, en cela que la pratique d'une profession[2] n'est pas forcément limitante pour sa construction théorique (Albero, 2013). L'expertise dans un domaine (notamment par la spécialisation reconnue hors de France) permet de convoquer des compétences approfondies sur certaines pathologies affectant le langage, la communication ou les fonctions oro-myofaciales, comme les implants cochléaires, la dysphagie, ou l'autisme. L'orthophoniste se fait également le porte-parole de la science[3] et est reconnu dans son rôle de dissémination de bonnes pratiques (Martineau & Romand, 2011). L'orthophoniste possède une expertise face à son patient, en assurant une analyse étayée des évaluations proposées, et des propositions à lui faire pour ce qui concerne les solutions à envisager. L'orthophoniste devient expert du patient (par exemple de ses troubles en orthographe) et accède à l'expertise du patient face à lui-même, qu'elle soit expérientielle (par exemple dans un cas de paralysie faciale périphérique) ou profane (dans le cadre d'une trisomie 21), ainsi valorisée par l'orthophoniste (HAS, 2020). On trouvera ici la capacité de l'orthophoniste à évaluer cette expertise dans un cadre de référence scientifique non normatif et éthique (de non-jugement), et à prendre une décision concernant l'action à proposer, en accord avec les patients.

L'expertise de l'orthophoniste dans notre société

En termes d'expertise dans la société, étant donné la place symbolique de la communication et du langage dans la société, l'orthophoniste exerce des compétences contribuant à l'engagement du patient dans sa santé (patient partenaire), et peut jouer un rôle de facilitateur pour la citoyenneté et les trajectoires des personnes en situation de handicap de communication (Sylvestre, 1994), dans une visée de conservation du droit à l'expression[4] et en particulier de leur consentement. Son expertise en recherche et dans le développement de ses propres outils permet également de faire évoluer les représentations du domaine.

1. Voir en particulier le numéro spécial de 2011 : The role of speech-language pathologists in the justice system *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*
2. Voir également le numéro spécial de Santé mentale : l'expertise clinique en soins infirmiers, dossier formation 2014
3. Voir pour ce point l'entretien mené avec F Allard-Huver en 2020 https://theconversation.com/les-mots-de-la-science-e-comme-expert-e-146954
4. https://internationalcommunicationproject.com/

L'expertise de l'orthophoniste face à lui/elle-même

En termes d'attitudes et de définitions possibles de l'expérience de l'orthophoniste, l'expertise pourra être envisagée sous le prisme de l'autonomie et de la prise de décision, la résolution de problèmes du professionnel, lequel est soumis à un niveau acceptable de confiance en soi et au développement de ses compétences tout au long de la vie. Cette expertise peut également s'envisager dans la transmission et exploitation de connaissances d'un point de vue phénoménologique (Gallagher & Zahavi, 2020).

Pour résumer, les travaux et les échanges initiaux ont permis de questionner en quoi et comment l'expertise et les compétences ressenties et reconnues de l'orthophoniste du 21e siècle permettent de définir son identité professionnelle. Une première phase de ces travaux a bien entendu consisté à mieux connaître les champs disciplinaires des chercheurs et praticiens-chercheurs présents, ce qui a permis d'élargir les axes initialement prévus, et de mesurer combien l'objet de recherche de l'identité professionnelle et de l'expertise des orthophonistes était largement digne d'intérêt, susceptible de contribuer à la définition des sciences orthophoniques, et source de multiples possibilités d'exploration. Nous avons tenté de cerner les composantes clés de l'identité professionnelle en orthophonie, en explorant la notion de compétences, de pratique clinique, de formation et d'expertise des orthophonistes. Nous avons exploré l'orthophonie à travers le prisme de son histoire, de l'évolution de la formation initiale, en évoquant la pratique de l'évaluation, centrale et primordiale en orthophonie, et les connaissances mobilisées par les orthophonistes en pratique, les évolutions de la formation et de la pratique clinique des orthophonistes, et les traces qui ont été laissées.

Nous avons finalement identifié quatre axes qui se complètent et se reflètent dans les quatre parties de cet ouvrage. Ses contributeurs ont accepté de relever le défi de définir l'identité professionnelle de l'orthophonie au travers de l'examen de son expertise et de sa spécificité. Certains ont fait partie du projet depuis le début, d'autres nous ont rejoints pour compléter les chapitres de cet ouvrage par leur éclairage et leur expérience.

La première partie est dédiée à la **formation initiale en orthophonie**, sous le prisme de la construction des compétences de l'orthophoniste. Frédéric Pasquet et Emilie Bernard, tous deux orthophonistes et à la direction pédagogique d'un centre de formation universitaire en orthophonie, se sont intéressés à la perception de la construction des compétences des orthophonistes, et nous apportent des clés de compréhension concernant la formation initiale de ces futurs professionnels. Les notions de compétences et d'expertise y sont abordées du point de vue du contexte de la formation initiale, de la reconnaissance par l'université des sciences orthophoniques, de la recherche et de l'activité clinique.

La deuxième partie est consacrée à la notion **d'expertise** du domaine, sur un plan définitoire tout d'abord, puis dans les différentes facettes que cette notion peut recouvrir : acquisition de compétences, connaissances, mesure et appropriation de l'expertise. Les trois articles de cette section explorent donc la notion d'expert·e et d'expertise du domaine. Le premier chapitre que nous avons co-écrit avec Marc Borry (Université

de Lille) et l'orthophoniste Frédérique Miller propose une cartographie des domaines de connaissance en orthophonie. Cette démarche permet de visualiser les connaissances mobilisées par les orthophonistes dans le cadre de l'exercice de leur profession. Elle permet de raisonner sur les périmètres d'action et les représentations face aux autres professionnels. Dans un deuxième article, Marc Borry précise ensuite les notions d'expert et d'expertise du point de vue de l'expérience, permettant d'envisager, à terme, des moyens de mesurer cette expertise. La contribution de François Allard-Huver, maître de conférences en sciences de l'information et de la communication permet d'affiner la participation des personnes expertes dans des situations d'expertise, en détaillant trois axes fondamentaux dans ce traitement de la notion d'expert : face aux profanes, face aux commanditaires et face aux controverses liées au domaine.

La troisième partie de l'ouvrage se compose de deux articles sur le sujet de **la pratique de l'orthophonie**, et notamment sur la pratique centrale de l'évaluation. Les orthophonistes et chercheur·es Julie Cattini et Guillaume Duboisdindien proposent une présentation approfondie et critique des modèles théoriques sous-jacents à l'évaluation, en questionnant l'expertise clinique des orthophonistes. Géraldine Debove-Hilaire, orthophoniste également, présente une grille d'analyse des outils d'évaluation utilisés en orthophonie, mise au point dans le cadre des travaux de l'UNADREO.

Enfin, la quatrième partie est consacrée aux **aspects sociohistoriques de la profession**. Anne Dehêtre, orthophoniste et présidente de la Fédération nationale des orthophonistes de 2003 à 2022, propose tout d'abord une synthèse des jalons marquants pour l'histoire de l'orthophonie. La contribution des travaux principalement poursuivis par l'équipe de Lyon, qui s'intéresse particulièrement aux mémoires d'orthophonie, est présentée par Nicolas Guilhot, historien. Marianne Woolven, maîtresse de conférences en sociologie, propose quant à elle un panorama des concepts relevés dans les écrits et les productions des orthophonistes d'un point de vue sociologique.

Une conclusion intitulée **Orthophonie, orthophonistes et expertise** permet de synthétiser les apports principaux de l'ouvrage, les enjeux décrits, et dresse les perspectives de poursuite de ce projet IPOHE.

Nous espérons que cet ouvrage sera le premier d'une longue série permettant de valoriser la spécificité et la profondeur de l'expertise des orthophonistes, de documenter les considérations théoriques et pratiques auxquelles ils et elles procèdent continuellement, et qui contribuent à la redéfinition constante de leur identité professionnelle.

3. Références bibliographiques

Akrich M., & Rabeharisoa V. (2012), « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé publique*, vol. 24, n° 1, p. 69-74.

Albero B., & Brassac C. (2013), « Une approche praxéologique de la connaissance dans le domaine de la formation. Éléments pour un cadre théorique », *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, n° 184, p. 105-119.

Auger N., & Verdier M. (2019), « L'expertise dans le champ des sciences du langage sur des terrains sensibles : Une introduction », *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistique)*, n° 70, p. 1-4.

Gallagher S. & Zahavi D. (2020), *The phenomenological mind,* Routledge.

Gasseau E., Benoit I., Vaillancourt V., & Laroche C. (2015), « Analyse du rôle de l'orthophoniste dans des cas juridiques au Québec », *Canadian Journal of Speech-Language Pathology et Audiology*, vol.39, n° 1.

Gentili F. (2005), « Quelle identité professionnelle pour les rééducateurs ? » in *La rééducation contre l'école, tout contre : L'identité professionnelle des rééducateurs en question*, Gentili, F. (dir.) Toulouse, France : ERES, p. 59-111.

Ginsbourger T. (2016), « Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement », *Revue d'anthropologie des connaissances,* vol. 10, n° 2, p. 321-325.

Guillouet S. (2018), « Sciences paramédicales : des experts es recherche », *L'infirmière magazine* n° 384.

Haute autorité de santé (2020), *L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité*, Saint-Denis La Plaine, HAS.

Henart L., Berland Y., Cadet D., Verrier B., & Fery-Lemonnier É. (2011), « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire », *Hegel*, n° 1, 2a-11.

Jackson BN, Purdy SC, & Cooper-Thomas H. (2017), « Professional expertise amongst speech-language therapists: "willing to share" », *Journal of Health Organization and Management,* vol.31, Issue 6, p. 614-629. htpps://doi:10.1108/JHOM-03-2017-0045

Magnon R. (2011), *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*, Elsevier Masson.

Maillart C., Grevesse P., & Sadzot A. (2010), « Élaboration d'un référentiel de compétence en logopédie/orthophonie », *AIPU 2010 Réformes et changements pédagogiques dans l'enseignement supérieur*, CD-Rom.

Marichalar P., Henry E., Gilbert C., & Jouzel J. N. (2015), *Dictionnaire critique de l'expertise : santé, travail, environnement*. Paris : Presses de Sciences Po.

Martineau C. & Romand D. (2011), « La place des paramédicaux dans la rédaction des recommandations de bonne pratique », *Soins*, n° 755, p. 25-27.

Morel-Bracq M. C. (2009), *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, De Boeck Supérieur.

Poumay M., Tardif J. & Georges F. (2017). *Organiser la formation à partir des compétences. Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur*, De Boeck Supérieur.

Simon E., Arborio S., Halloy A., & Hejoaka F. (2020), *Les savoirs expérientiels en santé : fondements épistémologiques et enjeux identitaires,* Coll. Actes, Université de Lorraine, Nancy-Metz.

Sylvestre A., & Dionne C. (1994), « Modèle interactionniste d'intervention en orthophonie », *Revue Francophone de la déficience intellectuelle*, vol.45, n° 2, p. 155-166.

Turner K, Clegg J, & Spencer S. (2019), « Speech-language pathology service provision in English Youth Offending Institutions », *Journal of Clinical Practice in Speech-language Pathology*, 2019, vol. 12, Issue 1, p. 11-17.

Woollven M. (2014), « Expertise réservée, expertise partagée : Les professionnels de la dyslexie en France et au Royaume-Uni », *Carrefours de l'éducation*, n° 1, p. 95-109.

PARTIE 1
La formation en orthophonie

Chapitre 1
La formation universitaire initiale, socle de l'expertise professionnelle en orthophonie : état des lieux et perspectives

Frédéric Pasquet

1. L'expertise professionnelle débute en formation initiale

L'expertise professionnelle des orthophonistes débute, au moins formellement, en formation initiale et se forge durant les cinq années universitaires durant lesquelles l'étudiant développe ses compétences et postures professionnelles. Ce chapitre a pour premier objectif d'interroger la nature des compétences professionnelles des orthophonistes au regard d'une analyse des objectifs, contenus et modalités de leur formation universitaire. Il devra ensuite interroger la qualité de la formation des étudiants « à et par la recherche » (Henkel, 2004 ; Kennel & Kern, 2022). L'analyse sera dépendante des effets de la réforme de la formation initiale de 2013 (Décret n° 2013-798, 2013), permettant la délivrance du Certificat de capacité d'orthophoniste (CCO) de grade master.

La réingénierie de la formation a en effet permis une refonte importante des contenus et objectifs du processus de formation. Les cliniciens disposent désormais d'un socle de compétences en partie différent de celui de leurs prédécesseurs. Nous détaillerons notamment les champs théoriques et disciplinaires qui structurent la formation, pour dresser un portrait générique des compétences des orthophonistes diplômés depuis 2018. Au-delà de la question de la formation clinique des étudiants, ce chapitre examinera aussi celle de leur formation à la recherche. La réforme Licence-Master-Doctorat (dite réforme LMD) de 2002 signe notamment l'arrêt de la distinction, au sein du second cycle (post-licence), entre des formations à valence professionnelle et à valence recherche (Arrêté du 25 avril 2002 relatif au diplôme national de master, 2002). Ainsi, chaque étudiant diplômé de l'université, obtenant un master ou grade master, doit disposer d'un socle de compétences qui comprend une formation à la recherche.

Ce chapitre permettra *in fine* de questionner ce qu'est l'orthophonie d'aujourd'hui pour envisager ce qu'elle pourrait être demain, du point de vue de la formation initiale. Elle est indéniablement une profession reconnue qui dispose d'un champ de compétences établi permettant l'exercice de compétences cliniques étayées. La question se pose cependant de savoir comment elle constitue une discipline ou un champ scientifique. En tout état de cause, elle ne dispose pas de structures de recherche permettant sa pleine et entière reconnaissance universitaire. La formation initiale joue un rôle central dans la valorisation et la reconnaissance d'une discipline, et représente un levier pour son évolution. Les acteurs universitaires de la formation et les étudiants sont donc des acteurs essentiels pour définir les contours de l'avenir de l'orthophonie universitaire. Ils pourraient poursuivre le mouvement vers la constitution d'un champ scientifique propre, épistémologiquement défini. Ce chapitre propose un état des lieux concernant la formation clinique et la formation « à et par la recherche ».

2. Un contexte de formation universitaire

Différents éléments de contexte caractérisent la qualité d'insertion de la formation en orthophonie au sein de l'université. Mieux comprendre la situation actuelle permettra d'envisager les perspectives qui pourraient structurer l'avenir de cette formation.

Rappelons qu'à l'initiative de Madame Suzanne Borel-Maisonny, les premiers enseignements sont dispensés aux étudiants au sein de facultés dites de médecine et de lettres. Les stages sont réalisés au sein des services hospitaliers sous l'égide des premiers orthophonistes, maîtres de stage. En 1964, la profession reçoit un statut légal ainsi qu'un premier diplôme officiel, le certificat de capacité d'orthophoniste. L'année suivante, les premiers centres de formation en orthophonie sont créés au sein des facultés de médecine. Historiquement, les enseignements en orthophonie ont donc toujours été dispensés en faculté de médecine, catégorisant cette jeune profession comme celle des métiers de soin. Si l'orthophonie à l'université est encore en quête de reconnaissance, les raisons s'expliquent avant tout par sa récence, en comparaison à la médecine enseignée dans pour la première fois au sein d'une faculté française à Montpellier dès 1220 (Comiti, 2007) ou la psychologie depuis la fin du 19e siècle (Mucchielli, 2004).

2.1. Règles générales d'organisation et de fonctionnement de l'université

Pour autant, même si elle est dispensée historiquement dans le cadre des facultés de médecine, toute formation universitaire doit respecter un certain nombre de règles qui font que son intégration dans le système universitaire est complète.

L'université est généralement structurée de la façon suivante : elle gère des unités de formation et de recherche (UFR) ou des écoles d'enseignement supérieur, appelées composantes. Ces composantes sont elles-mêmes constituées de départements qui déclinent les formations en fonction de leurs spécialités. Un département n'existe que s'il possède des statuts propres, tout en intégrant ceux de l'UFR à laquelle il y appartient : UFR Santé en majorité, UFR des sciences de la réadaptation pour quelques universités. L'absence de statut fragilise potentiellement ladite structure de formation. Les statuts d'un département garantissent donc la stabilité des structures de gouvernance et des règles de fonctionnement. Par ailleurs, ces statuts facilitent le dialogue avec l'UFR d'accueil, les autres départements de l'université concernée, mais aussi avec les instances et services centraux. Ainsi, il est primordial pour des raisons de pérennisation et de reconnaissance que les formations en orthophonie soient dispensées au sein de départements.

L'université permet ensuite la sécurisation des structures d'enseignement par un vote au sein d'instances organisées hiérarchiquement : le Conseil de département, le Conseil de gestion de l'UFR, la Commission de la formation et de la vie universitaire (CFVU). Certains centres de formation en France disposent de statuts qui les placent directement à un niveau de composante, à l'instar d'une UFR.

L'université permet aussi la sécurisation des décisions de l'équipe pédagogique par des jurys d'examen dont la composition, réglementée, est validée par signature de la présidence de l'université. L'université octroie enfin des moyens mis à la disposition des étudiants, d'une part, et des équipes pédagogiques d'autre part. Pour les premiers, le règlement des frais d'inscription et de la Contribution de vie étudiante et de campus (CVEC) caractérise l'appartenance universitaire des étudiants et ouvre l'accès à des droits et des services (médecine universitaire, services de documentation, sports, etc.). S'agissant des seconds, il faut considérer les capacités d'enseignement mises à la disposition par les universités aux composantes pour couvrir les référentiels ou maquettes de formation. En 2013, nationalement, le nombre d'étudiants par enseignant titulaire était fixé à 17,3 (Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, 2013) au sein des établissements d'enseignement supérieur. Les postes de ces enseignants sont rattachés aux départements universitaires. Le recours à des enseignants vacataires n'est utilisé que de façon ponctuelle pour couvrir des besoins d'enseignement résiduels ou spécifiques, dans le cadre de formations professionnalisantes.

Le décret de 2013 prévoit l'application d'un processus d'évaluation de la formation comme pour toute formation universitaire. Cette évaluation est réalisée, tous les cinq ans, par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement (Hcéres), sur la base de rapports établis par des comités d'experts anonymes. Les rapports publics établis par l'Hcéres sont transmis, au ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MESRI) qui accorde, ou non, la poursuite de l'habilitation de l'université à dispenser les formations. Ainsi, ce processus d'évaluation, reposant sur la production d'un dossier d'auto-évaluation, est non seulement utile au maintien de la qualité des formations, mais donne aussi un signe fort du respect des standards universitaires. Ces rapports permettent d'identifier les points forts et les points à

améliorer, mais aussi de fixer les objectifs prioritaires du contrat d'habilitation qui suit et s'étend sur cinq années. Un point de fragilité souligné pour les formations en orthophonie est justement le statut de vacataire d'une majorité du corps enseignant.

2.2. Une harmonisation nationale de la formation universitaire en orthophonie

La réforme des études de 2013 a pour premier intérêt de renforcer l'harmonisation de la formation sur le territoire national. Dans le contexte de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités (Loi n° 2007-1199, 2007 qui offre une autonomie accrue aux universités), ce cadrage national permet de garantir une homogénéité de l'offre de formation, et l'acquisition d'un socle commun de compétences.

Les cadrages nationaux des formations universitaires ne constituent pas le modèle majoritaire ; en effet, pour les filières hors santé, ce sont les universités qui soumettent, lors de chaque plan quinquennal, au ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'innovation (MESRI) des propositions d'offres de formation, donc de contenus, qui sont validés ou non, ceci après avis du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement (Hcéres). Cela favorise la diversité des formations, mais aussi leur typicité en fonction des universités.

La formation en orthophonie bénéficie désormais de deux cycles qui octroient respectivement 180 puis 120 ECTS (*European Credits Transfer and Accumulation System*). Ces 300 ECTS confèrent aux étudiants diplômés la possibilité d'obtention d'un diplôme de professionnel de santé (Code de la santé publique, Titre IV) de grade master, mais aussi une reconnaissance européenne des acquis liés à leur formation. Même si les 180 ECTS du premier cycle ne confèrent pas un grade de licence, ils peuvent être valorisés, par exemple, dans le cadre d'une réorientation. Cette absence de grade licence ne permet pas, de droit, de pouvoir postuler dans un autre master même si certaines commissions de validation des acquis de l'expérience (VAE) ou commissions master peuvent l'autoriser. Ces ECTS constituent un point d'ancrage fort de la formation dans le système universitaire français et européen.

Les étudiants en orthophonie sont environ 5 000 sur le territoire français. Leur formation repose sur un équilibre entre des enseignements prodigués par des universitaires et, mais aussi par des professionnels vacataires, en majorité des orthophonistes. On peut légitimement envisager que 50 % des enseignements en orthophonie doivent être dispensés par des orthophonistes cliniciens ou d'autres professionnels de santé. Considérant ces deux variables, 145 enseignants titulaires devraient intégrer les équipes pédagogiques des départements. À ce jour, on compte entre 20 et 25 enseignants-chercheurs (désormais EC) titulaires des départements sur le territoire. Les équipes pédagogiques dédiées sont renforcées par des enseignants contractuels, orthophonistes, en nombre à peu près équivalent. Ceux-ci disposent de statut

d'enseignants associés pour des contrats généralement à durée déterminée. Ainsi, les enseignants, titulaires et contractuels, sont environ 50 au sein des 22 universités habilitées à dispenser le cursus en orthophonie. Le déficit s'établit donc à 100 postes pour atteindre un niveau de couverture de 50 % des besoins d'enseignement du référentiel de formation.

Ainsi, la formation en orthophonie est désormais clairement ancrée dans le système universitaire, cependant l'avenir de la formation en orthophonie nécessite un renforcement des intégrations statutaires, lui-même dépendant du nombre d'EC titulaires des départements de formation. À moyen terme, des niveaux d'encadrement renforcés permettront de maintenir la qualité des enseignements et les possibilités d'encadrement des travaux de recherche (en second cycle puis en cursus doctoral) qui constituent la base de déploiement d'une activité scientifique dédiée. À ce jour, les EC des structures de formation en orthophonie sont en nombre tellement insuffisant que leur activité de recherche est fortement limitée par les charges d'enseignement, d'encadrement pédagogique et administratif. Une recherche universitaire opérante et puissante passe irrémédiablement par des moyens, notamment humains, adaptés.

3. La réforme de 2013 de la formation initiale : un outil prometteur

Nous allons analyser dans cette section les éléments qui structurent le cadrage national de la formation initiale des orthophonistes.

3.1. Formation et compétences

Les équipes universitaires disposent de textes réglementaires qui concernent les objectifs, les moyens généraux et les structures et natures des enseignements. Comme pour toute formation universitaire, les structures d'enseignements et les contenus correspondants sont élaborés à partir d'unités de base, appelées unités d'enseignement (UE), qui octroient, en cas de validation, un nombre défini d'ECTS.

Le décret de 2013 a été accompagné de la publication d'un certain nombre d'annexes (décret n° 2013-798 – Annexes, 2013) qui constituent des outils indispensables à la mise en œuvre de la formation. Il s'agit du référentiel d'activités de l'orthophoniste (annexe 1), celui de ses compétences professionnelles (annexe 2), le référentiel de formation (annexe 3), les cahiers des charges des stages (annexe 5) ou encore celui du mémoire en orthophonie (annexe 6). Nous insistons sur l'utilité d'une utilisation coordonnée de ces éléments de cadrage, car il est évident que l'application du référentiel de formation doit être pensée au regard des compétences professionnelles à atteindre, elles-mêmes en lien avec un descriptif détaillé d'activités. En d'autres

termes, la mise en œuvre des UE doit avoir pour objectif que l'étudiant puisse disposer de niveaux croissants de maîtrise des différentes activités du référentiel. Ces niveaux de maîtrise témoigneront alors d'un niveau d'expertise croissant s'agissant des compétences professionnelles mêmes. Ajoutons que si le cadrage de la formation prévoit cette possibilité d'articulation ; l'approche par compétences n'est pas actuellement, *stricto sensu* déployée, car elle nécessite, dans l'attente d'une refonte de la maquette, un travail conséquent des équipes pour repenser totalement les objectifs transversaux reposant sur des compétences. Or le séquençage de la formation en UE tend souvent au déploiement d'une approche cumulative qui nuit à la transversalité. Enfin, si les compétences professionnelles sont clairement détaillées dans l'annexe 2, il faut convenir que l'expertise professionnelle reposera, pour une partie non négligeable, sur des compétences dites transversales ou *soft skills (*Wats & Wats, 2009), non détaillées dans le référentiel, qui sont des aptitudes ou compétences personnelles qui permettent à l'individu de s'adapter aux contextes pour interagir harmonieusement avec autrui. Précisément en orthophonie, pour adopter une posture de soignant adaptée au contexte professionnel, ce type de compétence est nécessairement requis pour que les compétences théoriques, techniques ou académiques puissent donner lieu à des compétences professionnelles opérantes. Ces compétences comportementales ressortent de la personnalité propre de chaque étudiant et sont mobilisées de façon adaptative en fonction des contextes.

3.2. Admission sélective : un premier déterminant

Les fondements de la future expertise professionnelle prennent leur origine probablement en amont de l'entrée en formation puisque l'on considère que les compétences académiques mais aussi les compétences transversales d'un étudiant s'appuient sur son parcours antérieur et sa personnalité. L'entrée en formation constitue un contexte qui permet aux équipes pédagogiques d'évaluer le socle de compétences des candidats. Cette phase est fondamentale : le parcours ultérieur des étudiants ainsi que la construction de leur identité et de leur compétence professionnelle sont largement dépendants de leur profil à l'entrée en formation. Les universités disposent, depuis 2020, d'un décret (décret n° 2020-579, 2020) qui cadre le processus d'admission en orthophonie, au sein de cette filière dite sélective. Ce processus, implémenté sur la plateforme Parcoursup, comprend possiblement deux étapes : une première dite d'admissibilité qui veut que les membres des équipes évaluent les dossiers des candidats, pour les universités ou regroupements d'universités qui utilisent cette possibilité, suivie d'une seconde phase d'admission qui se décline sous forme d'entretien. Il va sans dire que cette possibilité constitue une réelle opportunité pour mieux évaluer les profils des candidats au regard d'attendus qui ont été définis de façon harmonisée sur le territoire national. Chaque université ou regroupement d'universités décline les contextes et les critères qui permettent d'évaluer l'adéquation des candidats aux attendus. Le tableau 1 propose une synthèse de ces attendus nationaux.

Tableau 1 Attendus nationaux pour l'admission en formation d'orthophonie

Disposer d'une solide maîtrise de la langue écrite et orale.	– Posséder une excellente capacité à communiquer à l'écrit et à l'oral de manière claire et adaptée ; – disposer d'une solide maîtrise de l'orthographe ; – être capable de mobiliser des compétences en matière d'expression à la fois orale et écrite, ainsi que des capacités de compréhension de textes de toute nature ; – être capable d'élaborer des synthèses à partir de l'analyse de données diverses.
Disposer de bonnes capacités de raisonnement logique, d'analyse et de compréhension de concepts issus de différentes disciplines, savoir les modéliser et être intéressé par la démarche scientifique.	– Être en mesure de croiser puis d'analyser des informations issues de différentes disciplines ; – montrer de la rigueur d'analyse notamment sollicitée par la démarche scientifique ; – témoigner d'une curiosité scientifique : être capable de se tenir informé des nouvelles avancées dans les domaines quiconcernent les sciences humaines et biomédicales. Cette compétence sous-tend une capacité à se documenter dans au moins une langue étrangère.
Faire preuve de bonnes capacités de communication et disposer de qualités humaines, d'empathie, de bienveillance et d'écoute.	– Montrer des prédispositions quant à l'appréhension de ses propres qualités humaines afin d'établir les fondements d'une relation de soin ; – faire preuve de qualités relationnelles ; – savoir communiquer de la façon la plus claire possible.
Disposer de compétences méthodologiques et comportementales afin d'être capable de travailler de manière responsable à la fois en autonomie et en groupe.	– Être capable de travailler seul, en autonomie, mais également en groupe ; – montrer des capacités d'organisation ; – savoir exposer et justifier un avis ou un point de vue personnel dans un échange où d'autres peuvent faire de même ; – faire preuve de capacités réflexives permettant de s'autoévaluer et de se réajuster ; montrer des facultés d'adaptation.

Ces attendus, évalués lors de l'analyse des dossiers, mais aussi et surtout lors de la phase cruciale des entretiens, sont définis au regard des compétences estimées fondamentales pour la réussite étudiante. Pour autant, ils constituent les piliers à partir desquels il faut concevoir le développement des compétences professionnelles futures. Ils ont été élaborés de façon concertée entre les acteurs nationaux de la formation et synthétisent la connaissance dont ceux-ci disposent s'agissant des facteurs favorisant non seulement la réussite du parcours étudiant, mais aussi ceux qui prédisposent à l'appropriation de la posture d'un soignant, dans ses spécificités liées à la pratique de l'orthophonie.

3.3. Les objectifs de la formation

Depuis 2013, les objectifs de la formation sont donc fixés selon deux cycles. Cette distinction, en étageant les objectifs, permet aux responsables et équipes pédagogiques de disposer de repères généraux pour chaque cycle.

Le premier cycle est dédié à l'intégration d'un socle de connaissances permettant un premier niveau de construction des compétences professionnelles. Ces connaissances concernent trois champs complémentaires : 1) les sciences de la vie, sciences physiques et sciences humaines et sociales, 2) les sciences s'intéressant à l'être humain, à la recherche du maintien de sa santé et sa prise en soin et enfin 3) les connaissances concernant les pathologies ou mécanismes physiopathologiques concernés par le champ de pratique de l'orthophonie. Le raisonnement clinique est mobilisé dès le premier cycle, au travers des activités pédagogiques et des premiers stages, activités d'apprentissage pratique en milieu clinique.

Le second cycle a, quant à lui, pour objectif la maîtrise des savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires à l'entrée dans la vie professionnelle et la construction d'un premier niveau d'expertise clinique. Ces différents savoirs participent à l'apprentissage du raisonnement clinique et de l'intervention thérapeutique. Ils doivent s'appuyer sur une démarche scientifique rendue nécessaire par la progression rapide des connaissances, conséquence des progrès de la recherche. Par ailleurs, y sont clairement énoncées les compétences nécessaires à la communication de l'orthophoniste : sa relation avec le patient et son entourage ou encore sa collaboration avec les membres de l'équipe soignante pluriprofessionnelle. Enfin la réflexivité clinique dans le cadre du respect des règles de l'éthique et de la déontologie professionnelle est abordée. À ce sujet, si les travaux se multiplient pour diffuser les contours de la déontologie professionnelle de l'orthophoniste et déterminer les règles déontologiques qui en découlent, les effets contraignants de l'absence d'un code de déontologie reconnu et porté par une instance représentative sont à souligner. Les objectifs visant la formation à la recherche ne ciblent que des niveaux de maîtrise permettant d'accéder aux avancées scientifiques et de les intégrer au profit de la construction des compétences professionnelles.

Par conséquent, la formation à la recherche n'est pas annoncée comme ayant pour objectif de former de futurs chercheurs ou EC. Ce point sera discuté lors du paragraphe dédié à l'évocation de cette problématique.

3.4. Le référentiel de formation

Le caractère primordial d'un référentiel national de formation a précédemment été exposé. Ce cadrage, garantissant un socle commun de connaissances et de compétences professionnelles, est décliné par chaque université, selon ses ressources et spécificités. Le MESRI s'est montré extrêmement vigilant, lors des phases précoces de déploiement de la réforme, à cadrer les demandes des universités ayant souhaité réaliser des modifications de structure des études : c'est le sens d'une harmonisation qui, par essence, nécessite de l'adaptabilité de la part des acteurs de la formation. Plus récemment, le même ministère a freiné les volontés de certaines universités de s'écarter de ce référentiel de formation. Celles-ci demandaient le remplacement du premier cycle par la création d'un premier cycle de licence alternatif, à base plus généraliste.

Un référentiel, comme outil d'harmonisation et d'évolution de la formation doit, dans ces contextes, passer par des propositions communes, co-construites. Les formations en santé bénéficient toutes de cadrages nationaux qui garantissent le maintien de la qualité des formations à l'échelle du territoire.

3.4.1. Aspects descriptifs

Le référentiel décrit les cinq années de formation comprenant deux semestres chacune. Chaque semestre comprend une liste définie d'UE, sachant que chaque stage constitue une UE. Les UE sont cadrées par le texte : titre, compétences professionnelles mobilisées, volumes horaires en CM (cours magistral), TD (travaux dirigés) et TPE (temps de travail personnel étudiant estimé en dehors des heures d'enseignement ou de stage), prérequis en termes d'UE acquises, objectifs, éléments de contenu, recommandations pédagogiques et modalités générales d'évaluation. Chaque UE, en fonction du volume d'enseignement, de stage et de travail personnel se voit créditée d'un nombre spécifique et défini d'ECTS. En référence à la réglementation européenne, un ECTS correspond à une quantité de travail qui varie entre 25 et 30 h. Tout semestre octroie 60 ECTS ce qui induit que le premier cycle permet d'attribuer 180 ECTS et le second 120.

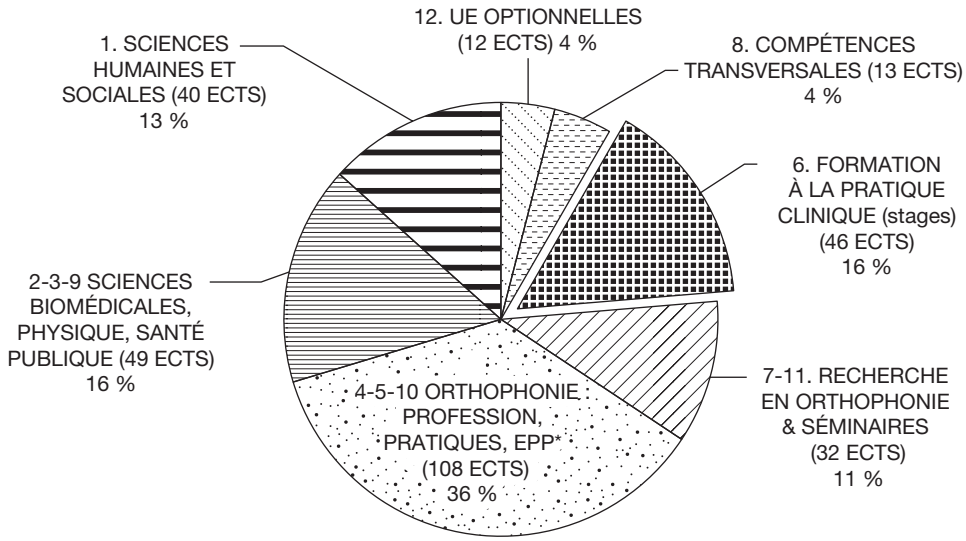
Chacune des UE du référentiel appartient à un module de formation. Ces modules, au nombre de 11, figurent au sein du tableau 2 qui indique par ailleurs les poids respectifs de ces modules en ECTS cumulés.

Tableau 2 Liste des modules et poids en ECTS

MODULES	Précisions	ECTS
1. SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES	Sciences fondamentales	40
2. SCIENCES BIOMÉDICALES	Sciences fondamentales	35
3. SCIENCES PHYSIQUES ET TECHNIQUES	Sciences fondamentales	6
4. ORTHOPHONIE : LA PROFESSION	Profession : acquisitions transversales	14
5. PRATIQUES PROFESSIONNELLES	Profession : acquisition compétences spécifiques	93
6. FORMATION À LA PRATIQUE CLINIQUE	Stages généralistes puis cliniques (orthophonie)	46
7. RECHERCHE EN ORTHOPHONIE	Formation aux fondamentaux de la recherche	30
8. COMPÉTENCES TRANSVERSALES	Numérique, langue	13
9. SANTÉ PUBLIQUE	Fondamentaux de santé publique	8
10. ÉVALUATION PRATIQUES PROFESSIONNELLES	Profession : évaluation des pratiques	1
11. SÉMINAIRES PROFESSIONNELS	Approfondissement	2
12. UE OPTIONNELLES OBLIGATOIRES	Parcours personnalisé en second cycle	12

La Figure 1 ci-dessous permet de se représenter les poids respectifs des différents modules sachant que nous avons regroupé, pour plus de lisibilité, certains des modules.

Figure 1 Poids, en ECTS, des modules de formation – *EPP : évaluations des pratiques professionnelles



Indiquons que les volumes horaires de stage comptent 2 040 heures auquel s'ajoute le TPE dédié (490 h). Ces stages octroient 46 ECTS ce qui équivaut à 55 h par ECTS. Les volumes horaires d'enseignement sont de 3 158 heures auxquelles s'ajoutent les heures de TPE (3 686) pour 254 ECTS, ce qui équivaut à 27 h par ECTS. Si l'on considère uniquement les heures effectives d'enseignement et de stage alors le total se porte à 5 198 heures pour 10 semestres, donc en moyenne 519 heures par semestre. Cette moyenne est conséquente surtout lorsque l'on considère des disparités entre les semestres : si les 4 premiers s'établissent autour de 400 h, les 6 derniers proposent entre 500 et 661 heures. Ce point préalable est nécessaire pour comprendre que les ECTS liés aux stages ne rendent pas compte de l'importance des stages en termes de volumes horaires. Retenons que les stages occupent, en volume horaire, 39 % du temps de formation.

S'agissant des enseignements, le premier constat est qu'un tiers est dédié à l'acquisition des compétences professionnelles (108 ECTS, soit 36 % des 300 ECTS). Ces enseignements comprennent des données générales sur la profession pour 14 ECTS (histoire, cadres d'exercice, démarche générale du bilan, démarche clinique transversale, évaluation des pratiques), mais aussi principalement l'acquisition de savoir-faire professionnels pour 93 ECTS. Ces acquisitions concernent les huit grands domaines que sont : le langage oral, le langage écrit, la cognition mathématique, l'oralité, l'audition, la phonation et la déglutition, les pathologies neurologiques et enfin le handicap. Pour chacun de ces grands domaines, les UE s'étalent sur plusieurs années en suivant

une progression relativement similaire : données générales, sémiologie et pathologie puis bilan et évaluation et enfin intervention orthophonique.

Le second point saillant confirme l'ancrage de la formation sur un équilibre entre les apports respectifs des sciences humaines et des sciences biomédicales. Les premières intègrent deux champs scientifiques contributifs de façon similaire : les sciences du langage pour 16 ECTS et la psychologie pour 15 ECTS. Les sciences de l'éducation et sciences sociales intègrent ce pôle à hauteur de 9 ECTS. Les sciences biomédicales quant à elles abordent les champs historiques qui influencent l'orthophonie : la neurologie et les neurosciences, l'ORL, la pédiatrie, la gériatrie, la psychiatrie et des notions de biologie cellulaire et moléculaire ainsi que de pharmacologie. Ces premiers enseignements occupent un poids strictement identique à celui des sciences humaines. Sont inclus dans ce module les sciences physiques et surtout la santé publique qui représente à elle seule 8 ECTS. Cela constitue une entrée non négligeable dans le cursus d'orthophonie puisque la santé publique ne faisait pas l'objet d'un enseignement systématique avant 2013.

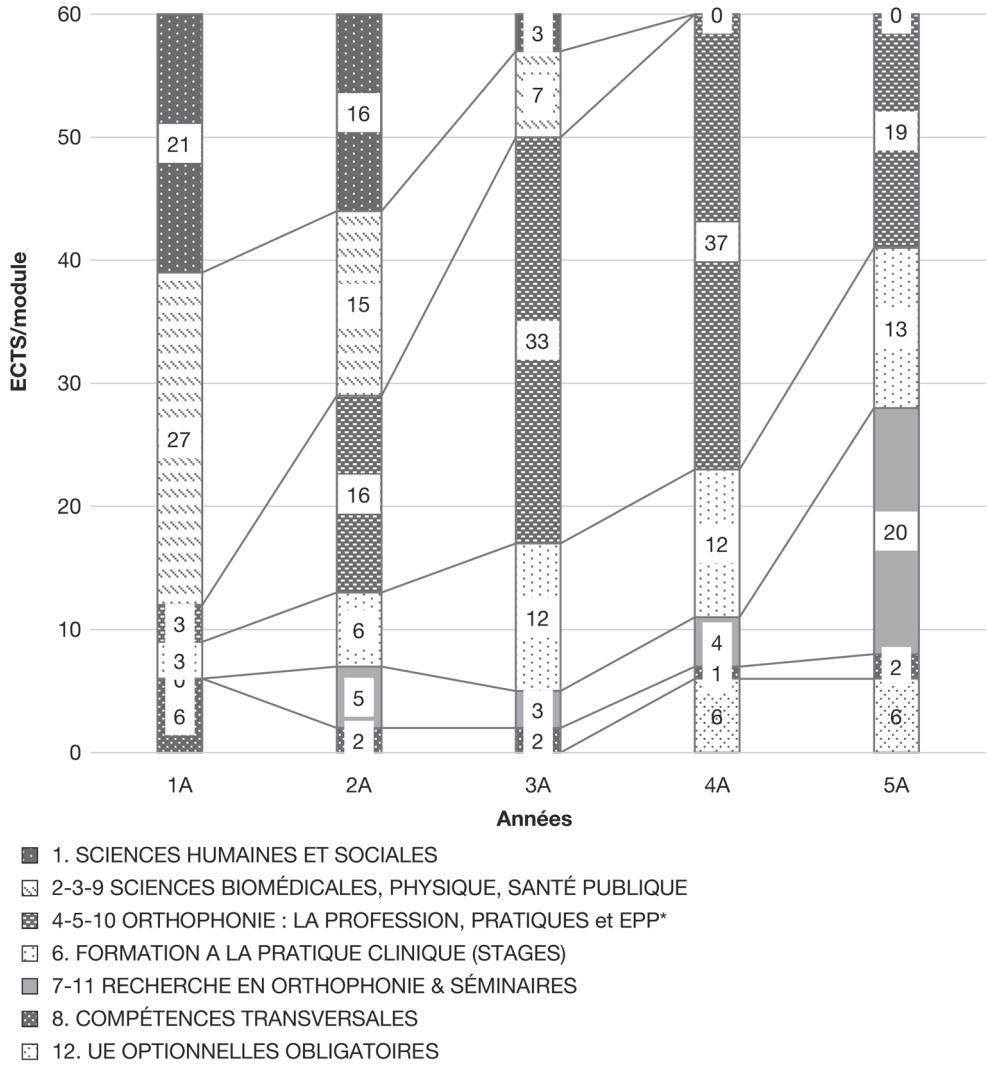
Évoquons ensuite deux autres modules qui octroient 13 et 12 ECTS. Le premier comporte des UE qui concernent les compétences dites transversales : Infectiologie et hygiène, Formation aux gestes et aux soins d'urgence, Communication avec le patient, l'entourage et les autres professionnels, Langues et enseignement du numérique. Le second correspond à la possibilité, pour l'étudiant, de choisir, lors du second cycle, 6 UE de son choix lui permettant ainsi de se spécialiser dans des acquisitions qui vont servir son projet professionnel.

Le dernier module correspond à la formation à la recherche. Sa contribution est sous-évaluée dans la Figure 1. En effet, un stage de sensibilisation à la recherche de 90 heures (en première année de second cycle – 4A) est inclus au sein du référentiel dans le module formation à la pratique clinique. Par ailleurs, les UE de langue pourraient être aisément associées à de la formation à la recherche. Ainsi, les ECTS affectés à la recherche pourraient atteindre le nombre de 55 ECTS, soit 18 % des ECTS de la formation. Officiellement le module recherche est composé des UE suivantes : Bibliographie et documentation, Statistiques 1 et Statistiques 2, Méthodologie d'analyse d'articles et 3 UE Mémoire qui confèrent à elles seules 24 ECTS.

L'organisation des UE, en fonction de leur appartenance aux modules, au cours des cinq années d'études, s'établit selon une progression schématisée par la Figure 2.

La progression des contributions des modules au cours du premier cycle est caractérisée par plusieurs tendances. Premièrement, l'enseignement majoritaire des sciences humaines et biomédicales en première année connaît un déclin au cours du premier cycle pour disparaître ensuite (48 ECTS en 1A, 30 en 2A, 10 en 3A). Parallèlement, lors du premier cycle, s'observe une montée en puissance des modules professionnels que sont Pratiques et profession (3 ECTS en 1A, 16 ECTS en 2A puis 33 en 3A). Les stages suivent aussi cet accroissement (3 ECTS en 1A, 6 en 2A puis 12 en 3A). Les enseignements axés sur la recherche sont de faible contribution en premier cycle (5 ECTS en 1A et 3 en 2A) puisque ce module n'intègre pas les enseignements de langue (anglaise en général). Les enseignements visant les compétences

Figure 2 Répartition des UE par année, en fonction de leur appartenance aux modules * EPP : évaluation des pratiques professionnelles



transversales sont d'un poids relativement stable au cours des cinq années (entre 2 et 6 ECTS par an).

Le second cycle est, quant à lui, caractérisé par un volume important de stages (1 260 h), soit 62 % du volume horaire total. Les ECTS affectés aux 5 UE correspondantes sont de 25. Parallèlement, s'ajoutent d'importants volumes d'enseignement liés aux modules professionnels (pratiques professionnelles, la profession et évaluation des pratiques) : ils octroient 37 ECTS en 4A et 19 en 5A. Cette baisse répond à l'augmentation, entre les deux années, des ECTS affectés à la recherche : 4 en 4A et

20 en 5A. Cette augmentation finale est tout à fait caractéristique de la répartition des ECTS dans les masters, de façon générale. Enfin, 6 ECTS annuels sont obtenus grâce aux UE dites optionnelles obligatoires. Elles correspondent à l'obligation, pour chaque étudiant, de définir un parcours personnalisé : compléter ses connaissances dans un domaine spécifique de l'orthophonie ou approfondir ses compétences pour favoriser une orientation vers la recherche. Les compétences transversales en second cycle abordent quant à elles l'infectiologie et l'hygiène, la formation aux gestes et aux soins d'urgence, mais aussi la communication avec le patient, l'entourage et les autres professionnels.

3.4.2. L'appui sur deux champs scientifiques : sciences humaines et sciences biomédicales

Le caractère unique de la formation en orthophonie réside en grande partie sur son double ancrage théorique : celui de l'enseignement conjoint des sciences biomédicales et des sciences humaines, à parts équivalentes. De ce point de vue, les formations en psychomotricité et ergothérapie sont probablement les plus proches de celles de l'orthophonie. Pour autant, ce qui les différencie est probablement que l'orthophonie intègre historiquement des niveaux élevés de sciences du langage. Le nombre d'EC œuvrant dans le champ de l'orthophonie ayant une formation et une qualification en sciences du langage (section CNU 07) est le témoin de ce fort ancrage.

L'orthophonie se préoccupe légitimement de l'interface entre le langage et la cognition, si tant est que cette distinction soit pertinente. Si elle a été fondée en intégrant fondamentalement le cadre théorique et les concepts de la linguistique, Devevey (2022) propose que la pratique ait peu à peu subi une « inversion de polarité » au profit de la psychologie. En effet, l'orthophonie prend aussi appui sur les concepts de la psychologie clinique, ceux de la psychologie développementale, et désormais majoritairement sur les modèles issus de la psychologie cognitive, voire expérimentale, où elle s'articule désormais avec les neurosciences. La linguistique pour l'orthophonie est donc devenue une linguistique compatible avec des modèles cognitifs qui restent encore très influencés par les théories modularistes (Fodor, 1983). Le référentiel intègre, de façon consensuelle, mais peut-être improductive, l'enseignement de ces différentes théories psychologiques puisque chacune d'entre elles donne lieu à une UE : psychologie générale et psychologie du développement, psychologie cognitive et neuropsychologie et psychologie clinique, psychanalyse et psychopathologie. Cependant l'apparition de l'enseignement de la psychologie sociale et des théories de la communication permet d'intégrer la compréhension du fonctionnement de l'individu dans son environnement social. L'enseignement des sciences de l'éducation, intégré au cursus, complète cette ouverture.

L'enseignement de la linguistique reste conditionné par une vision encore très utilitariste et instrumentale du langage (Rastier, 2010). Le référentiel est d'ailleurs assez explicite de ce point de vue puisque les connaissances fondamentales en sciences

du langage sont abordées sous forme d'enseignements distincts et complémentaires (phonétique, phonologie, lexique, morphologie, syntaxe, sémantique, pragmatique). Cette approche pédagogique aborde parfaitement le courant psycholinguistique pour lequel le langage est considéré comme l'intégration de ces différents sous-systèmes (Rondal, 1997). Il convient ensuite d'enseigner aux étudiants comment ces connaissances fondamentales en sciences du langage sont applicables à l'orthophonie.

Paradoxalement peut-être, ce sont des considérations psychopathologiques et sociolinguistiques qui interrogent l'enseignement en sciences humaines au sein du cursus actuel. Par exemple, les difficultés comportementales et communicationnelles des enfants porteurs de troubles du spectre autistique (TSA) interrogent la nature de leurs atypicités pragmatiques et donc obligent à actualiser les théories psychologiques et linguistiques explicatives. En d'autres termes, c'est bien la nécessité de développer de nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques qui fait évoluer l'enseignement de la psycholinguistique. Par ailleurs, les effets croissants de plurilinguisme et de pluriculturalisme nous amènent à intégrer au référentiel des enseignements qui envisagent les effets externes de langue et de culture, dans l'analyse du fonctionnement et des dysfonctionnements du langage.

L'analyse des enseignements des sciences biomédicales permet de distinguer deux niveaux : celui de l'enseignement des sciences fondamentales, socles et celui des spécialités médicales concernées par le champ de l'orthophonie. La comparaison entre le référentiel de formation en orthophonie et le programme du parcours d'accès spécifique santé (PASS) est utile. En effet, les programmes des PASS intègrent généralement, au sein de leur tronc commun les disciplines suivantes : chimie/biochimie, biologie cellulaire, histologie, biophysique, anatomie, physiologie, biostatistiques, sciences des médicaments, santé publique et langues. Certains de ces champs disciplinaires sont intégrés à la formation d'orthophonie : la santé publique, la biologie cellulaire et moléculaire, les statistiques, la physique générale et acoustique, la pharmacologie ou encore les langues. Cependant, si l'on excepte les enseignements des langues et de santé publique, conséquents en orthophonie, les faibles volumes d'enseignement dédiés à ces disciplines socles induisent des niveaux de connaissances inférieurs à ceux mobilisés en PASS. L'acquisition des connaissances anatomiques et physiologiques est, quant à elle, intégrée aux enseignements de spécialité. Ainsi, en orthophonie, seules les sciences chimiques et biochimiques sont absentes du socle de formation dans les sciences fondamentales.

L'enseignement des spécialités médicales constitue le second volet de la formation socle en sciences biomédicales. Le paradoxe, souvent évoqué par les enseignants hospitalo-universitaires, est que ces enseignements sont dispensés lors des premières années en orthophonie alors qu'ils le sont plus tardivement, au sein du cursus médical. Pour autant, ces enseignements concernent : la neurologie et les neurosciences, l'audition, la phonation, la déglutition, l'articulation, la pédiatrie et les troubles du développement, la gériatrie et enfin la psychiatrie de l'enfant et de l'adulte. Ils abordent de façon générale des connaissances qui concernent l'anatomie, la physiologie, la sémiologie médicale et l'étiologie des pathologies. Les aspects thérapeutiques

sont ensuite présentés au sein des UE de pratiques professionnelles qui ont pour objectifs l'évaluation et le traitement des pathologies, justifiant leur introduction précoce dans le cursus d'orthophonie.

La coexistence historique de ces deux familles de paradigmes est une force pour l'orthophonie, car elle constitue une part importante de son identité et donc de son substrat thérapeutique. Cependant, ce double ancrage peut contraindre et limiter la reconnaissance de l'orthophonie au sein de l'université notamment. Les structures de formation en orthophonie sont toutes intégrées à des UFR de formation en santé : l'appartenance de l'orthophonie au domaine de la santé ne fait pas de doute. Pourtant, les doctorats obtenus par les orthophonistes ont été, historiquement réalisés en sciences humaines (majoritairement en linguistique et en psychologie). De ce fait, les quelques enseignants-chercheurs des départements d'orthophonie sont pour leur grande majorité titulaires de doctorats en sciences humaines et affectés aux UFR de santé. Si leur statut garantit une intégration véritable au sein des UFR, ils restent pour autant des enseignants qui viennent d'un autre monde : leur place est à construire comme la place de l'orthophonie est à faire reconnaître au sein de leurs UFR. Cette question s'actualise dès lors que l'on questionne la compatibilité des modèles d'analyse de comportements issus des sciences humaines et des sciences biomédicales. Si la psychologie cognitive et désormais la neuropsychologie proposent des modèles opérationnels de compréhension des comportements pathologiques, la tendance actuelle est que les modèles de sciences humaines doivent s'adapter à une méthodologie médicale d'analyse des comportements humains. Ainsi, les sciences du langage sont très souvent vues sous l'angle de la psychologie cognitive pour pouvoir être opérationnalisées dans le domaine du soin. L'exemple de *l'Évidence Base Practice*, *EBP* (APA Task Force, 2006 ; Nevo & Slonim-Levo, 2011) semble tout à fait caractéristique de cette problématique. Ne se discute pas le fait que les actes de soin doivent être étayés par des données scientifiques et fournir des preuves de leur efficacité. C'est un des défis d'avenir pour l'orthophonie. Une des traductions concrètes de l'application de l'*EBP* réside en l'utilisation de lignes de base. Il s'agit de quantifier chez le patient l'acquisition des connaissances et la généralisation de ses acquisitions, au-delà des items cibles mobilisés pendant le traitement. Un des épiphénomènes, symptomatiques de la situation est que, désormais, des sites Internet proposent de générer automatiquement des lignes de base (listes d'items, souvent lexicaux, destinés à tel ou tel patient). Que doivent faire les sciences humaines, psychologique et linguistique, de ce type de proposition qui peut réduire l'Homme linguistique et sensible à une interface d'acquisition d'items, qui, très souvent, ne concernent ni leur personnalité ni leurs intérêts propres ? Une réflexion éthique menant à des propositions de modélisations rendant compatible une vision médicale et humaniste des patients doit être menée. Le risque de la déshumanisation de l'acte de soin en orthophonie existe. Nous devons montrer les effets des traitements, mais ne pas réduire ceux-ci à des cibles qui sont totalement éloignées de la complexité du fonctionnement cognitif et langagier. L'orthophonie se doit de mener une analyse réflexive sur l'intégration et non l'annexion des modèles de sciences humaines à la compréhension des contextes

pathologiques qui sont, par nature, sous la dépendance forte d'une lecture médicale. Cette réflexion éthique et ces modèles pourraient constituer un moyen fort de valorisation d'une identité scientifique, d'un champ épistémologique propre, qui reste à définir.

3.4.3. L'évolution de l'expertise en formation initiale par l'acquisition de compétences cliniques

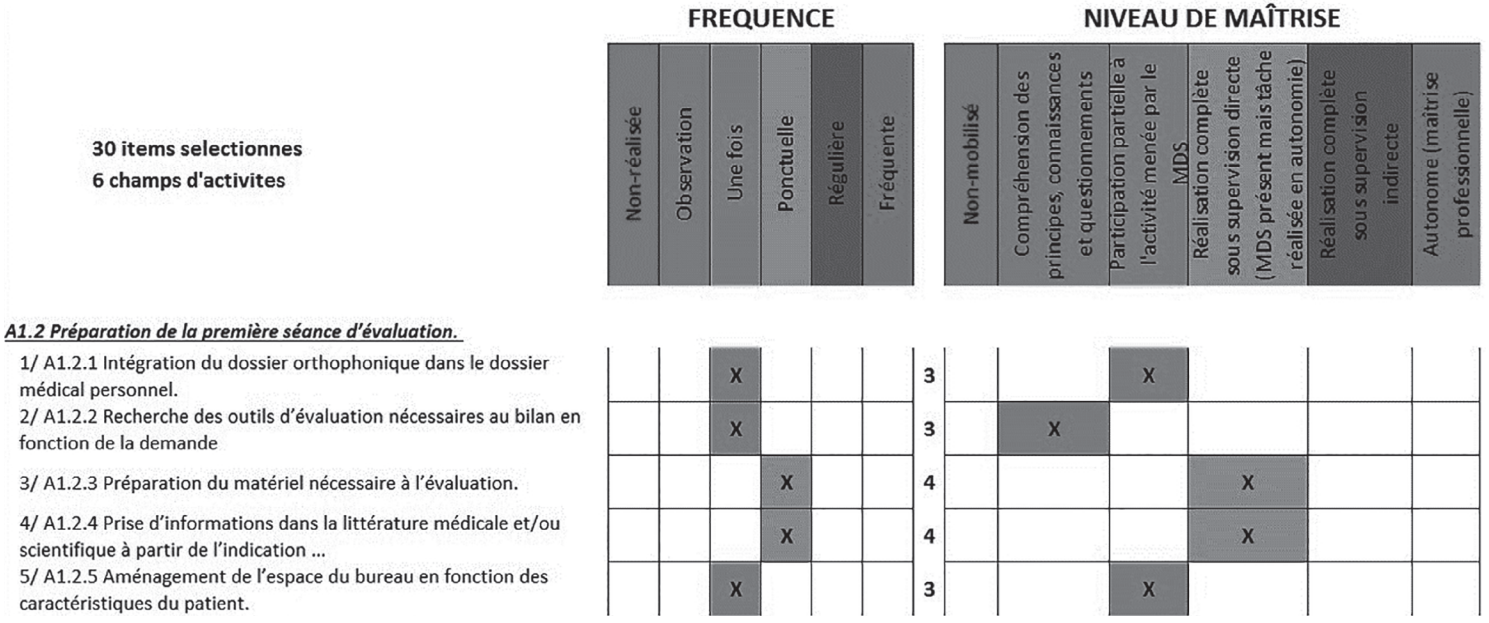
Si l'expertise professionnelle ne se résume pas à l'acquisition de compétences cliniques, pour autant ces compétences sont fondamentales pour son élaboration. La structure des enseignements et de la formation à la pratique professionnelle (stages) offre l'opportunité d'une formation de qualité à la démarche clinique. Plusieurs arguments soutiennent ce constat. En premier lieu, les volumes horaires disponibles sont suffisamment importants pour permettre une mise en œuvre de pratiques pédagogiques favorisant non seulement l'assimilation des connaissances, mais aussi l'acquisition de compétences professionnelles. Deux stratégies principales et complémentaires favorisent cette intégration : concevoir les enseignements comme des contextes de développement des compétences cliniques et utiliser les stages pour favoriser une approche par compétences.

Ainsi, concevoir les séquences d'enseignement en les intégrant a des mises en situation cliniques est une stratégie explicitement mentionnée dans le décret de cadrage des études, au sein de l'article 6 du décret du 30 aout 2013, p. 11 : « L'apport théorique est complété par des activités de raisonnement clinique et des activités d'apprentissage pratique en milieu clinique permettant à l'étudiant de maîtriser les compétences nécessaires à l'exercice du métier d'orthophoniste ». Nous ne détaillerons pas les stratégies multiples permettant l'acquisition des compétences cliniques, car le chapitre suivant (voir chapitre « La pédagogie en sciences de la santé : un cadre pour penser l'expertise clinique en orthophonie ») détaillera les objectifs, les moyens et la nature des stratégies pédagogiques à mettre en œuvre. Nous nous contentons de souligner que la structure des études favorise leur mise en œuvre. À titre d'exemple, même pour les UE fondamentales de premier cycle qui concernent les sciences humaines et les sciences biomédicales, les enseignements peuvent être spécifiquement élaborés dans une vision appliquée aux problématiques de la profession.

En complément, les principes généraux de cette stratégie d'intégration de la posture clinique sont précisés dans l'article 6 du décret du 30 août 3013 (p11) : ils concernent la non-exhaustivité, la participation active de l'étudiant et l'interdisciplinarité. La non-exhaustivité considère que les acquisitions doivent reposer sur des bases génériques et conceptuelles, et que les niveaux croissants de compétences pourront se déployer au cours des études et de la vie professionnelle. Les fondements de l'expertise progressive et future reposent sur des bases conceptuelles qui s'opérationnalisent au fil des expériences. Le second principe apparaît comme plus attendu : il veut que la participation active de l'étudiant soit mobilisée au travers de différents

contextes d'apprentissage, notamment les travaux dirigés, les exposés, les approches par problème ou encore les stages. Enfin, dans l'interdisciplinarité, une réflexion est menée sur les projets de soins coordonnés par les différents professionnels de soins. En orthophonie, le raisonnement s'établit autour de l'expertise professionnelle dans sa complémentarité avec les champs des autres professionnels, de la santé, de l'éducation, de l'enseignement. Dans la structure même des études, aucune UE n'est dédiée à l'apprentissage de l'interdisciplinarité probablement parce que cette approche est proposée comme un principe générique et transversal. Pour autant, il semblerait souhaitable que des UE soient spécifiquement dédiées à cet apprentissage pour créer obligatoirement des contextes spécifiques d'apprentissage. À titre d'exemple, les étudiants en orthophonie de l'université de Rouen Normandie (URN) sont formés à cette compétence selon un processus en 3 niveaux (un séminaire en 3A, un en 4A et un en 5A) au cours desquels les étudiants découvrent les étudiants d'autres filières de formation en santé (médecine générale, infirmières, masso-kinésithérapeutes, sage-femmes, ergothérapeutes et psychomotriciens), élaborent des projets de soin coordonnés sur l'approche du patient et construisent des infrastructures de collaboration interdisciplinaires. Cette approche est facilitée par l'infrastructure de l'UFR santé et permet de faire collaborer les orthophonistes avec d'autres professionnels que les professionnels de santé. La seconde stratégie générale consiste à utiliser les stages pour favoriser la mise en œuvre d'une approche par compétences. Le décret de 2013 stipule que ces stages doivent faire l'objet d'un tutorat et d'un contrôle des connaissances adaptés. L'exercice du tutorat est réalisé en première intention par le maître de stage (MDS) qui forme l'étudiant sur le terrain et est complété par un encadrement universitaire réalisé par le responsable de stage de la structure de formation. Le contrôle des connaissances, plus précisément de l'acquisition des compétences, est quant à lui un contexte propice au déploiement de l'approche par compétences (Chauvigné & Coulet, 2010 ; Poumet *et al.*, 2017 ; Tardif & Dubois, 2010). La mise en œuvre est facilitée par les deux annexes du référentiel de 2013 qui détaillent les 11 compétences et les activités professionnelles. Au sein du département d'orthophonie de l'URN, les contextes de tutorat et de contrôle des connaissances recourent à une approche qui intègre les trois référentiels (formation, compétences et activités). Cette ingénierie pédagogique repose sur le processus suivant : les étudiants et les MDS disposent d'une interface numérique qui sert de support aux deux évaluations de stage (mi-stage et fin de stage). Cette évaluation porte sur la fréquence de réalisation d'activités professionnelles et sur leur niveau de maîtrise estimée par le MDS ainsi que sur le niveau de maîtrise d'un ensemble de compétences transversales. L'évaluation est complétée par une appréciation finale, qualitative. La figure 3 ci-dessous présente cet exemple de procédure où chaque activité intègre une des 11 compétences professionnelles. Les activités à réaliser sont fixées par l'étudiant et le MDS peu après le début du stage. Toutes les activités présélectionnées peuvent ne pas être, *in fine*, réalisées. Le nombre d'activités dépend de l'année de formation et de la durée du stage. Le MDS évalue, pour chaque activité réalisée, sa fréquence (de non réalisée à fréquente) et le niveau de maîtrise (de non mobilisé à autonome).

Figure 3 Exemple d'approche par activités et compétences dans le cadre de l'évaluation des stages



Cette procédure sollicite aussi un processus d'auto-évaluation par l'étudiant et donc une activité réflexive portant sur la comparaison de son auto-évaluation et de l'évaluation du MDS. Elle permet de fixer des attendus précis aux stages, en termes d'activités, tout en intégrant ces activités aux champs de compétences auxquels elles se réfèrent. Nous soulignons que les activités professionnelles, tout comme leurs niveaux de fréquence et de maîtrise attendus, évoluent de façon progressive, au fil des stages cliniques effectués durant le cursus. Nous proposons le gradient suivant concernant le niveau de maîtrise des activités : non mobilisé, compréhension des principes, participation partielle à l'activité du MDS, réalisation complète sous supervision directe, réalisation complète sous supervision indirecte et enfin autonomie de type maîtrise professionnelle. Cette gradation de l'évaluation apporte, pour l'étudiant comme le MDS, des repères quant à l'évolution attendue des niveaux d'expertise en cours de la formation initiale. Cette procédure d'évaluation semble particulièrement adaptée aux contextes des stages dits filés (un ou plusieurs jours par semaine durant une période longue).

Enfin, dans le cadre actuel des études, l'obligation de validation d'un certificat de compétences cliniques, au cours du dernier semestre, comme corequis à l'obtention du CCO peut mobiliser cette approche par compétences. S'il est censé être validé par une soutenance finale au cours du dernier semestre des études, les universités peuvent également s'y référer pour favoriser l'évaluation des compétences cliniques de l'étudiant, mais aussi son auto-évaluation. À titre d'exemple, l'URN déploie une série d'activités pédagogiques dédiées qui s'étalent de la fin du premier cycle jusqu'à l'obtention du CCO. Ces activités effectuées en stage et en soutenances successives (L3 à M2) nécessitent de réaliser des liens théoriques et cliniques à partir des situations de stage : création et application d'une grille d'observation des comportements des patients, réalisation des bilans orthophoniques en contexte, analyse de situations cliniques filmées, présentation d'un projet de soin mis en œuvre auprès d'un patient en stage. Durant la soutenance finale, l'étudiant présente notamment l'évolution de ses niveaux de maîtrise des compétences professionnelles au cours de sa formation.

Pour autant, ces outils pédagogiques n'apparaissent pas encore suffisants pour envisager un avenir universitaire ayant pour objectif l'amélioration de la formation à l'expertise. Sa reconnaissance passe par un adossement fort à la recherche. Nous allons dresser un panorama général de la place de la recherche en orthophonie au travers du prisme de la formation initiale.

4. Formation à la recherche

4.1. Contexte et enjeux liés à la recherche

C'est un truisme de considérer que la recherche est primordiale tant une formation universitaire n'a d'avenir que si les étudiants sont formés à la recherche, mais aussi

par la recherche (Henkel, 2004). Les données probantes sont indispensables comme appui à la qualité des soins, mais aussi nécessaires au processus d'amélioration continue de ces soins. L'avenir de la formation universitaire en orthophonie et le maintien de sa qualité passent donc par le renforcement de la recherche qui les soutiendra. La question est de savoir si cet avenir doit prendre appui sur le déploiement d'une recherche reconnue comme spécifique à l'orthophonie, ou si elle peut continuer de s'adosser sur les travaux des disciplines scientifiques qui constituent le socle de l'exercice de l'orthophonie.

La recherche est le produit d'une activité multiforme. Si l'on ne peut pas nier que le champ de l'orthophonie produit des données scientifiques qui tentent de renforcer sa légitimité, pour autant les infrastructures actuelles sont insuffisantes pour espérer une reconnaissance forte du produit de cette recherche. La recherche en orthophonie se concrétise actuellement par l'existence d'associations à but non-lucratif (Loi 1901) : la société savante Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie (UNADREO) et plus récemment la Société universitaire de recherche en orthophonie (SURO). Ces associations fédèrent et valorisent les travaux des étudiants, mais surtout des chercheurs ou d'EC, qu'ils soient titulaires ou non des départements d'orthophonie (EC, orthophonistes docteurs en sciences). Rappelons que les enseignants-chercheurs titulaires des départements d'orthophonie sont environ au nombre de 20 sur le territoire national. De ce fait, l'ensemble des chercheurs qui contribuent à la recherche en orthophonie émargent au sein de laboratoires qui correspondent à leur formation universitaire et à leur champ de recherche propre (laboratoires de psychologie, de sciences du langage, de santé…). Le constat est simple : les forces sont peu nombreuses, dispersées et se doivent par ailleurs de produire des travaux compatibles avec les champs scientifiques de leur laboratoire d'appartenance. La question de l'existence même d'une recherche en orthophonie est posée dès lors qu'aucune structure publique ne la porte et que les chercheurs actifs se doivent de produire des travaux qui contribuent à des champs scientifiques distincts, établis et reconnus. Il ne s'agit pas de dresser un constat alarmiste, mais de réaliser un état des lieux réaliste qui seul permettra de définir des perspectives adaptées.

La recherche publique est produite par des chercheurs ou EC qui appartiennent à des laboratoires, hébergés principalement au sein d'universités, d'organismes publics (CNRS, INSERM, INRA…) ou de pôles de compétitivité. Ces laboratoires appartiennent eux-mêmes à des écoles doctorales. Une école doctorale est constituée d'un ensemble d'unités de recherche (laboratoires) regroupées autour d'une thématique scientifique donnée, par exemple, « biologie, médecine et santé » ou encore « sciences humaines et humanité nouvelle », pour les thématiques les plus proches de l'orthophonie. Précisons qu'un laboratoire appartenant à une école doctorale peut, à titre exceptionnel, être rattaché à *plusieurs écoles doctorales (*Arrêté du 25 mai 2016, article 1). Chaque école doctorale, portée par un établissement public support, est habilitée à délivrer le doctorat correspondant au champ disciplinaire concerné. L'établissement support peut être soutenu par d'autres établissements co-accrédités ou associés.

La mise en œuvre, dès 2002, de la réforme LMD (Arrêté du 25 avril 2002) implique la fin de la distinction entre second cycle recherche et professionnel. Le cursus universitaire en orthophonie permet de diplômer des étudiants qui, outre l'autorisation d'exercice de la profession, obtiennent un grade master. Ce grade autorise l'inscription en doctorat comme le stipule l'article 11 de l'arrêté du 26 août 2022 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat (Arrêté du 25 avril 2002, article 11) : « Pour être inscrit en doctorat, le candidat doit être titulaire d'un diplôme national de master ou d'un autre diplôme conférant le grade de master, à l'issue d'un parcours de formation ou d'une expérience professionnelle établissant son aptitude à la recherche ». Les étudiants peuvent donc postuler auprès d'une école doctorale qui elle seule autorisera, ou non, l'entrée en cursus doctoral.

Le Conseil national des universités (CNU) est, quant à lui, un organisme national en charge de la gestion de la carrière des EC qui statue notamment sur leur qualification, leur recrutement et sur certains aspects de leur déroulement de carrières. Le CNU compte 52 sections scientifiques qui déterminent l'appartenance des EC à une discipline. Les orthophonistes docteurs ont, pour certains, été qualifiés au sein des trois principales sections que sont Sciences du Langage (section CNU07), Psychologie (section CNU16), et Neurosciences (Section CNU69). Une proportion encore moindre a été recrutée sur des postes d'EC. En 2019, la section CNU des sciences de la rééducation et de la réadaptation a été créée (décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019). Elle constitue une nouvelle opportunité de qualification pour les docteurs dont les thématiques portent sur ces sciences. On questionnera cependant le fait qu'aucune section des sciences orthophoniques n'ait été proposée à la création alors qu'en 2019, les orthophonistes docteurs représentaient un vivier important de futurs EC. Quoi qu'il en soit, la création d'une section, si elle marque l'existence officielle d'une discipline, ne résout pas la question d'une école doctorale d'accueil dédié aux sciences orthophoniques. On soulignera par ailleurs que la loi dite LPR (Loi de Programmation pour la Recherche) de 2020 permet désormais le recrutement d'un docteur en qualité d'agent contractuel de droit public pour envisager, à terme, une titularisation et ceci sans que celui-ci doive être préalablement qualifié par une section du CNU (Loi n° 2020-1674 du 24 décembre 2020). Dans ce contexte, c'est le Conseil Académique restreint qui fournit un avis au président de l'université quant à la possibilité du postulant de candidater sur le poste mis au concours. Cette possibilité de candidater sans qualification du CNU recentre d'autant plus l'intérêt de la création d'un diplôme de doctorat dédié.

Ainsi, la formation universitaire se trouve face au dilemme suivant : elle a pour objectif principal de former des professionnels de santé dans un contexte de pénurie, mais doit aussi promouvoir l'inscription en cursus doctoral d'étudiants qui ont bénéficié d'un cursus à forte valence professionnelle. Nous avons, lors du paragraphe précédent, montré que le référentiel de formation offrait un contexte permettant une formation clinique de qualité, nous allons maintenant évoquer les éléments qui permettent d'analyser la qualité de la formation à la recherche des étudiants en orthophonie.

4.2. La formation à la recherche

L'avenir de l'orthophonie passe par une formation adossée à la recherche, ce qui suppose que les universités forment les étudiants à l'acquisition de connaissances et compétences, permettant à certains d'entre eux de devenir des chercheurs ou des EC qui pourront gérer, demain, les structures universitaires. Pour envisager l'optimisation de ces parcours, il semble important de réaliser un état des lieux général du contenu de la formation à la recherche au sein du cursus actuel.

Nous allons examiner certains indicateurs qui permettent de juger de la qualité de la formation à la recherche : le nombre d'EC intervenant dans le cursus, le nombre et la nature des UE du module recherche, la nature des autres UE classiquement considérées comme contribuant à la formation à la recherche, l'existence du parcours et du mémoire dits recherche.

Les premières données sont fournies à titre d'exemple. Elles concernent les indicateurs du dossier d'auto-évaluation de URN établi à l'attention de l'Hcères lors de la campagne d'évaluation de la vague B, en 2021 concernant la formation en orthophonie. Ce dossier indique que 53 % des enseignements sont dispensés par des EC lors du premier cycle (44 % par des EC mono-appartenant et 9 % par des hospitalo-universitaires). Indiquons que par ailleurs, 17 % des enseignements sont dispensés par des praticiens hospitaliers qui côtoient, quotidiennement, des enseignants hospitalo-universitaires. En second cycle, la tendance s'inverse puisque seulement 17 % des enseignements sont dispensés par des EC (7 % par des EC mono-appartenant et 10 % par des hospitalo-universitaires). Les praticiens hospitaliers contribuent quant à eux à hauteur de 12 % des enseignements. Ainsi, plus de la moitié des enseignements de premier cycle et seulement 17 % de ceux de second cycle sont dispensés par des EC. Ce constat n'est valable que pour l'URN et il serait intéressant de croiser cette tendance avec celles des autres universités. Ce constat est lié à la structure du référentiel de formation puisque le second cycle intègre nombre d'UE à visée de pratique professionnelle. Les enseignements au sein de ces UE sont légitimement dispensés en majorité par des orthophonistes cliniciens.

Les seconds indicateurs concernent la nature des UE du module recherche et des UE habituellement reconnues comme implémentant la compétence recherche. Le référentiel de formation intègre cinq UE au module « Recherche en Orthophonie » : Bibliographie et documentation, Statistiques 1 et 2, Méthodologie d'analyse d'articles ainsi que trois UE Mémoire, en quatrième et cinquième année. Ces UE représentent 32 ECTS. Notons que le stage obligatoire de sensibilisation à la recherche de quatrième année n'intègre pas ce module. Il requiert de réaliser 30 demi-journées de stage au sein d'un laboratoire et octroie trois ECTS. Les UE de langue (anglaise en général) et d'enseignement au numérique pour une moindre mesure, sont souvent identifiées comme contribuant à la formation à la recherche. Ces UE portent 10 ECTS. Les étudiants peuvent par ailleurs élaborer un parcours personnalisé pour lequel ils pourront choisir, au moyen des UE optionnelles (six ECTS en 4A et six en 5A), de renforcer leur formation à la recherche. Si l'on additionne ces contributions en termes d'ECTS,

la formation à la recherche permet d'obtention de 57 ECTS sur les 300 du cursus. Sur ces 57 ECTS, 22 sont attribuées en quatrième et cinquième année dans le cadre des UE mémoire, ce qui constitue une proportion standard au sein des 120 ECTS des masters classiques.

La formation à la recherche est enfin portée par l'existence, requise par le décret de 2013, d'un parcours recherche que les universités doivent formaliser pour le proposer aux étudiants. À l'URN, un étudiant valide le parcours recherche dès lors qu'il a réalisé le stage obligatoire de sensibilisation à la recherche, validé des UE optionnelles à valence recherche et soutenu un mémoire dit de recherche. Le statut de mémoire recherche est cadré par l'annexe 6 du référentiel de formation qui le qualifie ainsi lorsqu'il est dirigé par un directeur de mémoire EC, chercheur ou orthophoniste titulaire d'un doctorat, et ceci quelle que soit la méthodologie mise en œuvre. À l'URN, chaque année, environ deux tiers des mémoires disposent du statut de mémoire recherche. Il est important de tenter d'évaluer la qualité des mémoires de fin d'études. Pour cela, mentionnons que les jurys de soutenance sont, tous mémoires confondus, composés pour moitié d'EC mono ou bi-appartenant qui, par définition, encadrent des travaux de masters, de doctorat de sciences ou de médecine. Ils appliquent donc en orthophonie les critères mis en œuvre dans les autres filières. Dans ce contexte, les indicateurs de qualité reposent sur le nombre de mémoires soutenus et validés en première session (de l'ordre de 90 %) et les notes obtenues par les étudiants (note moyenne de 15 sur les 10 années d'existence du département de l'URN).

Ainsi, les étudiants en orthophonie peuvent, moyennant le fait de réaliser un parcours recherche de qualité, bénéficier d'un niveau de formation satisfaisant à la recherche. La difficulté réside plus dans le fait que les autres aspects de leur formation ne sont pas ciblés sur un champ scientifique donné (autre que celui de l'orthophonie), mais à la croisée de plusieurs champs identifiés distincts. Par conséquent, l'entrée en école doctorale peut être limitée par le fait que leur formation repose sur des champs scientifiques distincts et complémentaires (c'est-à-dire. sciences humaines et sciences biomédicales) mais ne bénéficient pas, *de facto*, d'une spécialisation au sein du champ scientifique de l'école doctorale à laquelle ils sont susceptibles de postuler.

5. Enjeux et perspectives

Nous avons exposé différents éléments permettant de dresser un état des lieux de la formation initiale en orthophonie. Celle-ci est ancrée, pour des raisons historiques, au sein des universités, à l'instar des formations des audioprothésistes et orthoptistes. Ce modèle a d'ailleurs servi de point de référence pour le récent mouvement d'intégration universitaire des formations des autres professions non médicales de santé (Grande conférence de santé, 2016). La réforme de 2013 offre un contexte favorable au déploiement d'une formation de qualité à l'expertise clinique, mais aussi à la compréhension et l'utilisation des données de la recherche. Cette formation repose

par ailleurs sur un double ancrage théorique (c'est-à-dire sciences humaines et sciences biomédicales) qui dessine les contours d'une formation unique et sert de socle à l'acquisition, étayée par des données probantes, des compétences et postures professionnelles de soignant. Cependant, l'analyse critique de ce contexte de formation doit être menée pour proposer des pistes d'avenir permettant de renforcer la légitimité universitaire de l'orthophonie.

Nous avons montré que les cadres réglementaires actuels offraient l'opportunité d'une formation clinique de qualité, en termes de volumes horaires, de couverture des champs d'application de l'orthophonie et de structure des enseignements au fil du cursus. Les pistes d'amélioration, qui nécessitent une collaboration des acteurs de la formation sur le plan national, pourraient concerner des ajustements de la maquette au fil du cursus. Ces ajustements auraient pour objectif une possibilité améliorée de déploiement d'une approche par compétences. Il faudrait repenser les rapports entre les différents éléments de structure (UE) portant des compétences communes, et définir des repères marquant la progression dans la maîtrise de ces compétences. De l'ingénierie pédagogique spécifique pourrait tout à fait être déployée par les équipes dès lors que les blocs de compétences, peut-être redéfinis, seraient croisés, de façon opérationnelle, à la structure des études. Ces éléments d'ingénierie viseraient la validation progressive d'une compétence (analyse clinique : bilan et prise en soin par exemple) en cumulant des indicateurs d'évaluation au sein de différents contextes (cours magistraux, travaux dirigés, stages, certificat de compétences cliniques, travaux personnels étudiants…). Bien entendu, des réajustements de la structure des études, puisqu'ils viseraient l'optimisation de l'appropriation des compétences professionnelles, devraient être réalisés en concertation avec les acteurs de la profession elle-même.

Le dilemme ne doit plus être, dans le cadre de l'application de la réforme LMD et même en absence de licence ou de grade licence, de savoir si nous devons former des étudiants à une profession ou à de la recherche : nous les formons aux deux. La question de savoir si une formation qui octroie un diplôme conférant un droit d'exercice peut constituer une formation solide à la recherche ne se pose pas : c'est le cas de nombreuses filières universitaires. La formation de second cycle en psychologie en est un bon exemple.

Nous avons défendu le fait que la structure des études en orthophonie permettait une formation de qualité à la recherche. Nous avons par ailleurs argumenté le fait que la formation par la recherche des étudiants en orthophonie pouvait, à terme, souffrir du manque d'EC affectés aux départements de formation. Ainsi, ce n'est pas la structure des études qui freine l'alimentation des écoles doctorales par les étudiants en orthophonie diplômés en grade master, mais bien l'absence d'une école doctorale dédiée ou l'absorption des orthophonistes docteurs par les champs scientifiques d'accueil.

Le manque d'EC titulaires des départements d'orthophonie a de multiples incidences. Il est aussi un frein indéniable à la possibilité d'une augmentation importante

des quotas à l'entrée en formation. Les universités ne disposent pas, à l'heure actuelle, des capacités d'encadrement et de formation à la recherche nécessaires à l'augmentation de ces quotas. Certes, la démographie professionnelle pose un problème car elle conduit à un manque de terrains de stage, mais l'augmentation des capacités universitaires d'encadrement constituerait un levier indéniable permettant d'inverser la tendance.

Nous avons souligné l'absence de structures publiques pouvant servir de support au déploiement de la recherche en orthophonie. Les perspectives sont, concernant ce point, relativement aisées à cerner. Elles passent par la création de laboratoires universitaires accrédités par le MESRI afin d'alimenter une école doctorale en orthophonie. Si l'objectif est clair, les freins sont eux aussi identifiables. Le premier concerne, une fois de plus, l'atteinte d'un seuil critique d'EC qui pourraient intégrer ces unités de recherche. L'école doctorale, quant à elle, pourrait être portée par une université en envisageant la co-accréditation d'universités partenaires. La solution passe peut-être, de façon transitoire en tout cas, par le fait qu'un laboratoire peut émarger, de façon exceptionnelle, à plusieurs écoles doctorales. Cette réglementation offre la possibilité d'appuyer une école doctorale sur des structures de recherche existantes, parties prenantes du projet. En tout état de cause, ce type d'ambition nécessiterait la mobilisation du vivier des EC œuvrant dans un champ proche de l'orthophonie.

Si le déploiement de la recherche passe par son institutionnalisation, les acteurs de l'orthophonie, universitaires ou non, se doivent de mener une réflexion approfondie sur les contours du champ de construction de la connaissance en orthophonie. Seules des propositions concertées, convergentes puis formalisées permettraient de porter une volonté politique autour d'un projet qui nous semble nécessaire pour l'avenir de la recherche en orthophonie, recherche elle-même cruciale pour la pérennité du domaine.

6. Références bibliographiques

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006), Evidence-based practice in psychology, *The American Psychologist*, vol. 61, Issue 4, p. 271-285.

Arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat, Journal Officiel 25 mai 2016, en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032587086

Arrêté du 26 août 2022 modifiant l'arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat, en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046228965

Arrêté du 25 avril 2002 relatif au diplôme national de master, Journal Officiel 25 avril 2002, en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000771847/

Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste. Annexes, Journal Officiel 30 août 2013, en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027915618

Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste. Annexes, Journal Officiel 30 août 2013, en ligne : https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/media/117/download

Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, Journal Officiel 30 octobre 2019, en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039296788

Décret n° 2020-579 du 14 mai 2020 modifiant la section 1 du chapitre VI, du titre III du livre VI du code de l'éducation relative aux études d'audioprothèse et la section 2 du chapitre VI, du titre III du livre VI du code de l'éducation relative aux études d'orthophonie, Journal Officiel 14 mai 2020, en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2020/5/14/ESRS2001475D/jo/texte

Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (2013). Nombre d'étudiants par enseignant dans les établissements d'enseignement supérieur en 2013 – ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, en ligne : http://www.education.gouv.fr/pid25496/statistiques.html

Chauvigne C., & Coulet J. C. (2010), « L'approche par compétences : un nouveau paradigme pour la pédagogie universitaire ? » *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, n° 172, p. 15-28.

Comiti V-P. (2007), « Histoire des universités de médecine : quelques jalons », *Sève*, n° 3, p. 19-24.

Devevey A. (2022), *What the study of atypical discourses can linguistically and cognitively reveal about the functioning of language. Ce que l'étude des discours atypiques peut révéler du fonctionnement du langage, sur le plan linguistique et cognitif*. Université de Franche-Comté, en ligne : https://theses.hal.science/tel-04107839

Fodor J. A. (1983), *The modularity of mind : an essay on faculty psychology*, Cambridge, Mass. : MIT Press.

Grande conférence de santé (2016). *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la grande conférence de santé,* ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, en ligne : https://www.education.gouv.fr/media/14576/download

Henkel M. (2004), « La relation enseignement-recherche », *Politiques et gestion de l'enseignement supérieur*, vol.16, n° 2, p. 21-36.

Kennel S., & Kern D. (2022), « La formation par la recherche : Quels modèles pour la pédagogie universitaire en France ? », *Spirale-revue de recherches en éducation*, n° 1, p. 89-103.

Mucchielli L. (2004), « 7. Les débuts de la psychologie universitaire », in *Mythes et histoire des sciences humaines,* Mucchielli, L. (dir.), Paris, La Découverte, Recherches, 2004, p. 199-232.

Loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités. Journal Officiel. 10 août 2007, en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000824315

Loi n° 2020-1674 du 24 décembre 2020 de programmation de la recherche pour les années 2021 à 2030 et portant diverses dispositions relatives à la recherche et à l'enseignement supérieur. Journal Officiel. 24 décembre 2020, en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042738037

Nevo I. & Slonim-Nevo V. (2011), "The myth of evidence-based practice: Towards evidence-informed practice", *British journal of social work*, vol.41, Issue 6, p. 1176-1197.

Poumay M., Tardif J., Georges F., & Scallon G. (2017), *Organiser la formation à partir des compétences : un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur,* De Boeck Supérieur.

RastierF. (2010), « Pour un remembrement de la linguistique : enquête sur la sémantique et la pragmatique », *Texto !,* vol. XV, n° 2, p. 1.

Rondal J. A. (1997), *L'évaluation du langage* (Vol. 217), Éditions Mardaga.

Tardif J. & Dubois B. (2010), « Chapitre 8. Construire des dispositifs en vue de l'évaluation du développement des compétences. Comment ? », in *L'évaluation, levier du développement professionnel ? Tensions, dispositifs, perspectives.* Paquay, L. (dir.), De Boeck Supérieur, « Pédagogies en développement », p. 131-146.

Wats M., & Wats R. K. (2009), "Developing soft skills in students", *International Journal of Learning*, vol.15, Issue 12.

Chapitre 2
La pédagogie en sciences de la santé : un cadre pour penser l'expertise clinique en orthophonie

Émilie Bernard

1. Introduction

Depuis la réingénierie du diplôme de 2013, le référentiel de compétences constitue le socle des études d'orthophonie[1]. Nous, équipes pédagogiques de la formation initiale, avons pour mission de concevoir des activités d'apprentissage et d'évaluation permettant le développement de ces compétences. Ce travail nécessite d'analyser finement notre pratique professionnelle et d'identifier ce qui rend l'orthophoniste spécifiquement compétent·e. Les études conduites dans le champ des sciences de l'éducation, et plus particulièrement dans celui de la pédagogie en sciences de la santé, peuvent y concourir. Les données dont nous disposons actuellement concernent toutefois peu la pratique de l'orthophonie en particulier. Dans notre pratique quotidienne d'orthophoniste-pédagogue, l'analyse réflexive de notre propre activité clinique tient donc une place importante. Dans le même temps, lorsque nous disons à propos de nos étudiants qu'ils raisonnent ou se comportent « déjà comme des orthophonistes » ou, *a contrario*, qu'ils ne se positionnent pas encore comme tel, nous disposons là d'une matière précieuse pour décrire l'expertise propre à notre profession. L'orthophoniste novice, encore étudiant·e, nous apporte donc des éléments pour produire l'analyse de notre activité professionnelle et organiser notre enseignement. L'observation des apprentissages produits par notre enseignement vient par ailleurs sans cesse questionner et affiner cette analyse.

Dans ce chapitre, je propose de questionner l'expertise orthophonique à travers le prisme de la pédagogie. J'exposerai l'analyse du raisonnement clinique que j'ai progressivement construite à partir des données théoriques et scientifiques dont nous disposons actuellement dans le domaine des sciences de l'éducation, ainsi que de mon

1. Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste – Annexe 2 – Certificat de capacité d'orthophoniste – Référentiel de compétences, 2013

expérience de terrain auprès d'étudiants en formation initiale et de formateurs de diverses filières de santé. Après avoir présenté la définition de la notion de compétences et l'état des recherches actuelles sur le raisonnement clinique (section 2), j'exposerai les éléments qui me semblent relever de l'expertise propre à notre profession (section 3), puis rendrai compte de la manière dont elle se développe, dans le cadre de la formation initiale (section 4).

2. Compétence et raisonnement cliniques

2.1. La compétence : un savoir agir complexe

Parmi les nombreuses définitions de la notion de compétences, trois points de convergences semblent se dégager (Tardif, 2006 ; Poumay & Georges, 2022). Premièrement, la compétence renvoie à l'action. Elle ne consiste pas en un cumul de connaissances, mais en une capacité à les mobiliser pour agir adéquatement. Ce « savoir agir » est décrit par Jacques Tardif comme complexe, car il implique la prise en compte de nombreuses informations. Il rend par ailleurs possible l'emprunt de démarches diverses et peut aboutir à de multiples résultats.

Deuxièmement, la compétence s'exprime par nature en situation. L'action est réalisée dans un contexte, une situation professionnelle particulière, qui en déterminera les contours. L'intervention auprès d'un enfant présentant des troubles de la communication dans le cadre d'un trouble du spectre de l'autisme et l'intervention auprès d'un adulte présentant des troubles de la déglutition en lien avec une sclérose latérale amyotrophique sont deux situations qui donnent une forme tout à fait différente au savoir agir complexe « prendre en soin ».

Enfin, l'action mise en œuvre prend appui sur une combinaison de ressources. Pour agir, le professionnel mobilise des connaissances variées, réalise des gestes et adopte des attitudes spécifiques, mais il utilise également du matériel qu'il a sélectionné, effectue des recherches bibliographiques, consulte des partenaires professionnels. Le choix des ressources à mobiliser et à combiner repose sur l'analyse des éléments relatifs à la situation de chaque patient. Une intervention auprès d'un jeune patient autiste pourrait induire, par exemple parmi une multitude de ressources, la mobilisation de connaissances précises sur les moyens de communication non verbaux (connaissance), une aptitude à canaliser l'attention du patient (aptitude), l'utilisation d'un classeur de pictogrammes (matériel), la consultation d'un centre de ressources (bibliographies, partenaires professionnels). Celle d'un patient atteint de sclérose latérale amyotrophique pourrait induire, en complément de nombreuses autres ressources, la mobilisation de connaissances sur les neurones moteurs, une aptitude à accompagner un patient en fin de vie, l'utilisation d'épaississants pour boissons, un échange avec un ergothérapeute sur les possibles adaptations de la posture pour les repas.

L'action complexe consistant à mettre en œuvre des soins orthophoniques répond donc bien à la définition de la compétence. Parce qu'elle est réalisée en partie « au chevet du malade », cette compétence est qualifiée usuellement de « compétence clinique ». Elle comporte un ensemble d'actions regroupant celles qui permettent l'analyse de la situation particulière du patient et celles qui ont pour objectif de répondre de manière originale au problème auquel celui-ci est confronté. Cet ensemble d'actions n'est jamais strictement identique d'une situation à l'autre. Dans le même temps, il est peu probable que, face à une même situation, deux orthophonistes mettent en œuvre exactement le même ensemble d'actions. Leurs deux propositions comporteront probablement des caractéristiques communes qui permettront de les juger de qualité équivalente. Cette impossibilité d'avoir affaire à une seule et unique façon de procéder est caractéristique de la compétence. Nos étudiants seraient plus rassurés de se voir proposer des protocoles pour chaque type de patients qu'ils pourraient rencontrer. Notre mission est pourtant de les rendre capables d'imaginer une solution complexe à chaque problème complexe auquel ils seront confrontés. Pour cela, il nous faut expliciter comment, au quotidien, nous organisons nos prises de décisions. Celles-ci reposent sur un processus de raisonnement, spécifiquement nommé « raisonnement clinique » puisqu'il concerne une prise de décision en lien avec une situation de soins. Bien qu'il en constitue le cœur, le raisonnement clinique ne représente pas à lui seul la compétence clinique qui nécessite la combinaison de nombreux savoir-faire et savoir-être. Dans le cadre du présent ouvrage, je restreindrai cependant mon analyse à celle du raisonnement.

2.2. Connaissances et théories actuelles sur le raisonnement clinique

Le raisonnement clinique est « l'ensemble des processus de résolution de problèmes cliniques » (Faucher *et al.*, 2016). L'étude de celui-ci suscite un intérêt marqué de la part des chercheurs en pédagogie des sciences de la santé. La littérature à ce sujet est foisonnante. Elle est centrée tantôt précisément sur l'analyse des processus cognitifs mobilisés par les thérapeutes, tantôt sur une modélisation des concepts qui structurent le raisonnement, tantôt sur les décisions qui sont l'objet du raisonnement.

2.2.1. Les processus cognitifs en jeu dans le raisonnement clinique : la théorie du double processus

La théorie du double processus décrit des processus de pensée de deux natures différentes. Les processus « intuitifs » consistent à reconnaître une situation, une pathologie, à partir d'une constellation de signes, immédiatement et sans contrôle volontaire. Ce sont les processus de raisonnement les plus fréquemment mobilisés par les professionnels expérimentés. Ils leur permettent de prendre rapidement une multitude de

décisions courantes, libérant ainsi des ressources cognitives pour des prises de décision comportant un enjeu plus important. Pour ces dernières, nous avons plus volontiers recours à un raisonnement dit « analytique ». Les processus analytiques se traduisent par une démarche volontaire de validation des hypothèses par une recherche active de données, avant la prise de décision (Nendaz *et al.*, 2005 ; Pelaccia *et al.*, 2011). L'ensemble du processus est qualifié de processus « hypothético-déductif ».

La théorie du double processus, développée en psychologie cognitive dans les années 1970, a été appliquée récemment au domaine clinique (Faucher *et al.*, 2016). Ce double processus de raisonnement n'est pas spécifique aux professions de santé, encore moins à l'une ou l'autre d'entre elles. Les professionnels de santé mobilisent tous ces mêmes processus. La maîtrise de ces processus de raisonnement n'est cependant pas suffisante pour conduire un raisonnement clinique de qualité. Le raisonnement dépend de la mobilisation de connaissances précises, si bien qu'un expert dans un domaine n'est pas apte à résoudre des problèmes dans un domaine totalement différent (Boshuizen & Schmidt, 2019). Selon les théories actuelles, c'est donc le réseau de connaissances sur lequel s'appuient les processus intuitifs et analytiques qui ferait la spécificité du raisonnement de l'orthophoniste.

2.2.2. Un réseau de connaissances organisées pour l'action

Lors de la consultation du dossier du patient, des échanges avec celui-ci, des différentes tâches qui lui sont proposées, l'orthophoniste recueille des données qui sont traduites au regard des concepts théoriques spécifiques à sa profession. Les données « brutes » sont transformées à l'aide de termes professionnels, lors d'une opération mentale dite de « transformation sémantique » (Bordage, 2007 ; Faucher *et al.*, 2016). Par exemple, lorsqu'un patient produit de façon répétée un mot ou une expression de manière irrépressible, l'orthophoniste peut décrire cette conduite sous le nom de « stéréotypies verbales ». La substitution d'un mot par un autre mot présentant une ressemblance de forme est qualifiée de « paraphasie phonologique ». Un enfant né à 41 semaines d'aménorrhée est décrit comme « né à terme ». Les propos d'un parent qui dit « nous, on le comprend quand il parle, mais les autres ne le comprennent pas » sont compris comme « intelligibilité limitée au cercle familial ». Les données anamnestiques, les conduites, les propos du patient font ainsi l'objet d'une abstraction qui permet une synthèse et une confrontation des données plus aisée.

Le prototype est un des modèles d'organisation des connaissances décrits dans la littérature (Nendaz *et al.*, 2005). La réitération des rencontres cliniques crée des associations de signes cliniques et contextuels typiques, qui permettent de reconnaître immédiatement la situation. Les prototypes sont constitués d'un nombre d'éléments restreint. Un retard notable dans le développement du langage associé à un retard psychomoteur suffit par exemple à faire émerger l'hypothèse selon laquelle le retard de langage pourrait s'inscrire dans un retard plus global de développement. La genèse d'hypothèses spontanées, intuitives, repose sur cette forme d'organisation des connaissances (Pelaccia *et al.*, 2020).

Le script est le second modèle d'organisation des connaissances fréquemment cité dans la littérature. Selon la théorie des scripts, les professionnels de santé disposeraient d'un réseau complexe d'informations utiles à la résolution de problèmes cliniques. Les scripts contiennent des connaissances sur les signes liés à une pathologie, ses attributs, ses origines, les options d'investigation, les options thérapeutiques. Ces connaissances sont reliées entre elles par des liens associatifs (Charlin *et al.*, 2012). Le script est activé en lien avec la génération d'une hypothèse diagnostique et guide les actions ultérieures du clinicien.

Un script est souvent modélisé sous la forme d'emplacements correspondant aux attributs de la pathologie (Charlin *et al.*, 2012 ; Pelaccia *et al.*, 2011). À chaque emplacement sont associées une ou plusieurs valeurs acceptables dans le cadre de la pathologie concernée. Dans le script correspondant à un trouble du langage oral dans le cadre d'un trouble du spectre de l'autisme, les valeurs attendues pour l'emplacement « fonctions de communication utilisées par l'enfant » pourraient être « actes de communication non adressés » ou « actes adressés ayant pour fonction exclusive de réguler l'action de l'interlocuteur ». Au fur et à mesure de la récolte des données, elles sont confrontées aux valeurs attendues dans le script activé. L'hypothèse générée est ainsi renforcée ou au contraire écartée. Dans ce dernier cas, de nouvelles hypothèses sont générées. Dans notre exemple, la valeur « actes de communication majoritairement dédiés au maintien du contact social et au partage émotionnel » conduirait probablement à écarter la suspicion de trouble du spectre de l'autisme.

Nous ne disposons donc pas de connaissances accumulées, disparates, mais de connaissances connectées, organisées entre elles, en réseau. Ces réseaux sont constitués spécifiquement pour réaliser des actions complexes et sont modelés par les expériences de celles-ci. Les recherches se sont jusqu'à présent principalement intéressées aux scripts constitués par les médecins, et plus particulièrement ceux qui sont activés pour réaliser un diagnostic. L'intérêt pour les scripts activés dans le cadre du suivi thérapeutique est plus récent (Charlin *et al.*, 2012 ; Cook *et al.*, 2023). Quant au raisonnement orthophonique, à notre connaissance, il a très peu fait l'objet d'études. Une recherche américaine a étudié le raisonnement à voix haute d'orthophonistes en situation de poser un diagnostic et a révélé la production de liens associatifs avec le traitement (Ginsberg *et al.*, 2016). Des études seraient à mener pour mettre à jour les éléments qui constituent les scripts mobilisés par les orthophonistes dans leur pratique courante, de même qu'il serait intéressant de savoir quels prototypes guident les prises de décision rapides au fil des séances de soin. Ces réseaux de connaissances étant constitués par l'expérience dans et pour l'action, il nous faut tenter d'identifier la spécificité des réseaux de connaissances de l'orthophoniste, en nous intéressant aux décisions qu'il a à prendre et à propos desquelles il raisonne. En référence à Higgs et Jensen (2019), nous décrirons des macros et des microdécisions.

3. Spécificités du raisonnement orthophonique

3.1. Champ de compétences de l'orthophoniste

Notre raisonnement s'organise en lien avec un problème que nous avons à résoudre (Charlin *et al.*, 2012) et avec les missions qui nous sont confiées à propos de ce problème. L'orthophoniste centre son raisonnement sur des « problèmes » qui relèvent de son champ de compétences : les troubles de la communication, du langage, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix, des fonctions oro-myofaciales[1]. Un premier niveau d'expertise de l'orthophoniste est d'identifier les situations qui relèvent de son intervention, et celles qui n'en relèvent pas.

Les fonctions qui font l'objet d'une intervention orthophonique, lorsqu'elles ne sont pas suffisamment efficientes et créent une situation de handicap, sont de nature complexe et nécessitent d'être abordées sous des angles divers. Le langage, par exemple, peut être abordé sous un angle psycholinguistique, neurolinguistique, sociolinguistique, cognitif, psychoaffectif. La cognition mathématique peut s'envisager dans sa dimension spatiale, langagière, logique, mnésique. Les troubles de ces fonctions ont une origine généralement biomédicale : malformation ou lésion anatomiques, lésion ou dysfonctionnement neurologiques par exemple. Pour prendre les décisions qui lui incombent, l'orthophoniste combine donc de manière originale des connaissances issues de disciplines nombreuses et variées. Cet ensemble de connaissances lui permet de réaliser une analyse diagnostique de la situation du patient, de manière à proposer une ou plusieurs stratégies d'intervention.

3.2. Caractéristiques du diagnostic orthophonique

Dans les représentations, le terme « diagnostic » est souvent restreint à la notion d'identification d'une maladie et réservé au domaine médical. Dans une acceptation plus large, le terme diagnostic peut être compris comme l'élaboration d'une représentation suffisamment précise du problème du patient pour concevoir une intervention (Faucher *et al.*, 2016). Il ne s'agit pas dans ce cas de *poser un diagnostic*, mais d'*élaborer un diagnostic*. Il s'agit de comprendre ce qui se passe pour pouvoir agir, une opération mentale réalisée par l'ensemble des professionnels de santé dans leurs champs d'intervention. Dans le cas des soins orthophoniques, l'action qui constitue le traitement est très complexe et de nombreux points sont à définir. Cela nécessite donc la production d'une représentation du problème extrêmement précise et complète.

Le projet thérapeutique se structure en une série d'objectifs d'une part et une série de stratégies établies pour les atteindre d'autre part.

1. Article 126 – LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016

3.2.1. Caractériser le problème pour définir des objectifs thérapeutiques

L'orthophoniste et son patient définissent ensemble les objectifs, en partie à partir de l'éclairage apporté par l'analyse experte de l'orthophoniste, consistant à caractériser le problème du patient. Il s'agit par exemple d'identifier précisément la manière dont il se manifeste, de repérer les impacts fonctionnels, les conditions dans lesquelles il apparaît, la sévérité du trouble, les compétences préservées, les stratégies de compensation développées par le patient. Un trouble de la voix peut par exemple être spécifié de la manière suivante : « dysphonie légère à moyenne, caractérisée par un timbre soufflé et éraillé, créant une situation de handicap dans la pratique du chant et ayant un retentissement psychologique important ». Un trouble du langage chez un patient âgé pourrait par exemple se manifester uniquement par « des difficultés de compréhension du discours d'un locuteur non familier en milieu bruyant, partiellement compensées par l'utilisation de la lecture labiale, entraînant un retrait social de la part du patient ». La production de cette description résulte de la mobilisation de concepts issus des sciences du langage, qui permettent de différencier divers niveaux d'analyse du langage (phonétique, phonologique, lexical, morphosyntaxique…), mais aussi pour notre exemple de connaissances en physiologie de l'audition, en physique acoustique (audition dans le bruit versus dans le silence) et en psychologie de la santé, probablement reliés à des connaissances et souvenirs cliniques au sein d'un script spécifique.

Ce niveau de caractérisation n'est cependant pas suffisant pour soutenir l'intervention thérapeutique. La définition concrète des activités à proposer au patient lors des séances nécessite une évaluation encore plus fine des compétences du patient. Si l'orthophoniste a repéré que son patient présente par exemple des difficultés de lecture se manifestant, entre autres, par des difficultés marquées à associer un phonème (son) à un graphème (lettre), il peut proposer d'améliorer la mémorisation du code alphabétique. Pour choisir ou créer une activité de séances, il lui faut définir des items précis à travailler, dans cet exemple les associations graphème-phonème. L'objectif général, produit en tant que macrodécision, doit donc être complété par des microobjectifs, dans notre exemple l'acquisition d'une liste précise d'associations lettre-son qui sont à travailler.

3.2.2. Analyser les causes pour définir les stratégies d'intervention

L'élaboration des stratégies d'intervention repose essentiellement sur l'identification des causes du problème. Il s'agit d'identifier ce qui participe à son existence, ce qui le crée et ce qui, au contraire, en minimise l'impact. En référence au modèle théorique de la Classification Internationale du Fonctionnement (Organisation mondiale de la santé, 2001), la situation de handicap de la personne naît d'interactions entre des facteurs biomédicaux, des facteurs personnels et des facteurs environnementaux. Dans le cadre des troubles du langage consécutifs à un accident vasculaire cérébral,

la variabilité des degrés de handicap pour communiquer s'explique par exemple par la sévérité des symptômes langagiers, la présence de troubles attentionnels associés (facteurs biomédicaux-déficiences), par la situation professionnelle du patient, son âge (facteurs personnels) ou encore par l'adaptation spontanée de l'entourage aux difficultés langagières (facteurs environnementaux). L'expertise de l'orthophoniste consiste à repérer ces éléments et à identifier, parmi eux, ceux sur lesquels il est possible d'intervenir, ainsi que ceux qui peuvent être contournés.

Cette analyse permet de formuler des propositions de stratégies globales d'intervention : réalisation de séances de rééducation, mise en place d'outils de communication en partenariat avec le patient et son entourage par exemple. Afin de déterminer des stratégies d'intervention détaillées, l'orthophoniste doit plus précisément comprendre le processus qui crée chacune des microdifficultés de son patient. Il s'appuie pour cela, par exemple, sur des modèles psycholinguistiques. Dans le cas de difficultés de lecture, l'identification d'une cause globale que serait un trouble des apprentissages, d'origine développementale, n'indique pas comment rendre capable le patient de le compenser. L'orthophoniste a besoin de comprendre les mécanismes pathologiques en jeu. Ce mécanisme pourrait ici consister en une difficulté à catégoriser correctement les phonèmes de sa langue (Sprenger-Charolles et Serniclaes, 2008), ce qui expliquerait les difficultés rencontrées par le patient pour associer aux lettres des sons dont les frontières sont pour lui peu ou mal définies. Deux stratégies d'intervention seraient envisageables dans ce cas : tenter d'éliminer la cause, en entraînant les capacités de catégorisation phonémique, ou contourner cette difficulté, en associant de manière consciente les caractéristiques articulatoires des sons aux lettres, et permettre ainsi un ancrage des associations graphème-phonème sur la base d'une perception kinesthésique des phonèmes, et non plus acoustique.

Le diagnostic orthophonique consiste donc d'une part à faire état des capacités actuelles du patient, d'autre part à formuler une ou plusieurs hypothèses quant aux processus qui sous-tendent les dysfonctionnements observés (Brin-Henry, 2011).

Dans le cadre de difficultés d'acquisition du langage oral par exemple, l'orthophoniste identifie les composantes de la communication et du langage qui sont déficitaires et celles qui sont efficientes : moyens de communication non verbaux, articulation des phonèmes, production phonologique, compréhension/production lexicale, etc. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées et combinées pour expliquer les troubles du patient : déficience auditive, dyspraxie verbale, retard global, trouble développemental du langage, etc. L'évaluation des compétences en communication débouche sur des propositions d'objectifs thérapeutiques (améliorer son intelligibilité, exprimer ses émotions, comprendre des messages simples…). L'hypothèse explicative retenue oriente la proposition de stratégies de soin. Si le trouble du langage oral est par exemple expliqué majoritairement par la survenue récurrente d'otites séreuses dans la période d'acquisition du langage, ayant entraîné des baisses provisoires d'audition, l'approche thérapeutique consistera à entraîner les capacités de discrimination auditive de l'enfant, qui se sont mal développées dans ce contexte.

La même analyse s'opère à un niveau microdécisionnel. Au cours du suivi d'un très jeune enfant sourd par exemple, l'orthophoniste identifie un léger retard de développement de la communication non verbale, se manifestant précisément par le fait que l'enfant ne pointe pas pour demander ce qu'il veut. Il a préalablement identifié que l'annonce de surdité avait eu pour conséquences d'appauvrir les interactions parent-enfant. Il précise que dans ses représentations, le parent pense qu'il n'est pas capable de communiquer avec son enfant, qui ne peut entendre ce qu'il lui dit. Il anticipe donc les demandes de son enfant et ne lui montre pas qu'il peut pointer un objet pour le demander. À partir de cette micro-analyse causale, l'orthophoniste peut envisager d'échanger avec les parents au sujet de leurs représentations sur les moyens de communication du jeune enfant ou encore leur montrer que leur enfant peut se faire comprendre par d'autres moyens que la parole.

C'est cette double expertise à la fois sur la caractérisation du problème de communication et sur les différentes causes identifiables qui fait l'expertise orthophonique dans le diagnostic. En 2021, nous avons, dans le cadre d'une expérimentation pédagogique, conçu une tâche de raisonnement clinique à destination des étudiants de première année (Bernard *et al.*, en révision). La tâche consistait à analyser un extrait vidéo, une retranscription d'entretien et une page de carnet de santé afin de produire un diagnostic orthophonique. Avant de proposer la tâche aux étudiants, nous l'avons soumise en prétest à plusieurs enseignantes : deux orthophonistes, une linguiste et une psychologue. Toutes s'étaient prêtées au jeu de se croire orthophoniste et avaient tenté de prendre cette place. Il a été très instructif de prendre connaissance de leurs productions. La production de la linguiste détaillait avec précision les compétences langagières de la jeune patiente. La manifestation des troubles était donc ciblée avec précision. L'analyse restait globalement centrée sur cet aspect. La psychologue, de son côté, avait analysé, traité les différentes données concernant les circonstances de la naissance, les antécédents personnels et familiaux. L'hypothèse qu'elle retenait concernant l'origine des troubles de la patiente correspondait à celle privilégiée par les expertes. Les compétences langagières de la patiente étaient cependant insuffisamment caractérisées pour soutenir une intervention. Les orthophonistes avaient, quant à elles, et malgré des productions assez différentes, toutes deux cherché à la fois à caractériser précisément les difficultés langagières de la patiente et à les expliquer.

3.3. Caractéristiques du traitement orthophonique

À l'appui du macrodiagnostic et des multiples microdiagnostics élaborés à propos de la situation du patient, l'orthophoniste construit des propositions d'intervention qui feront l'objet d'une prise de décision au sein d'un partenariat entre le patient, l'orthophoniste et, selon la situation, d'autres professionnels.

Les propositions thérapeutiques concernent d'abord les objectifs de l'intervention, ce que le patient sera capable de faire à l'issue de notre intervention : communiquer

avec son entourage familier, maintenir une alimentation autonome et sécurisée par exemple. Lors des temps de co-construction avec les partenaires du soin, l'expertise orthophonique s'exprime à travers la capacité à formuler des critères de hiérarchisation des objectifs. L'orthophoniste peut énoncer ce qui sera le plus efficace vis-à-vis de l'amélioration de la situation du patient, en s'appuyant par exemple sur ses connaissances en linguistique : améliorer la production des voyelles, qui constituent le noyau de la syllabe, aura un impact plus important sur l'intelligibilité que l'amélioration de la production des consonnes. La formulation d'un pronostic d'évolution de la situation du patient, éventuellement variable selon les options d'intervention retenues permet de mettre en avant ce que l'intervention a la plus forte probabilité de modifier, ce qui n'évoluera favorablement que si elle fait l'objet d'une intervention précoce, ou ce qui a le moins de chance d'évoluer spontanément.

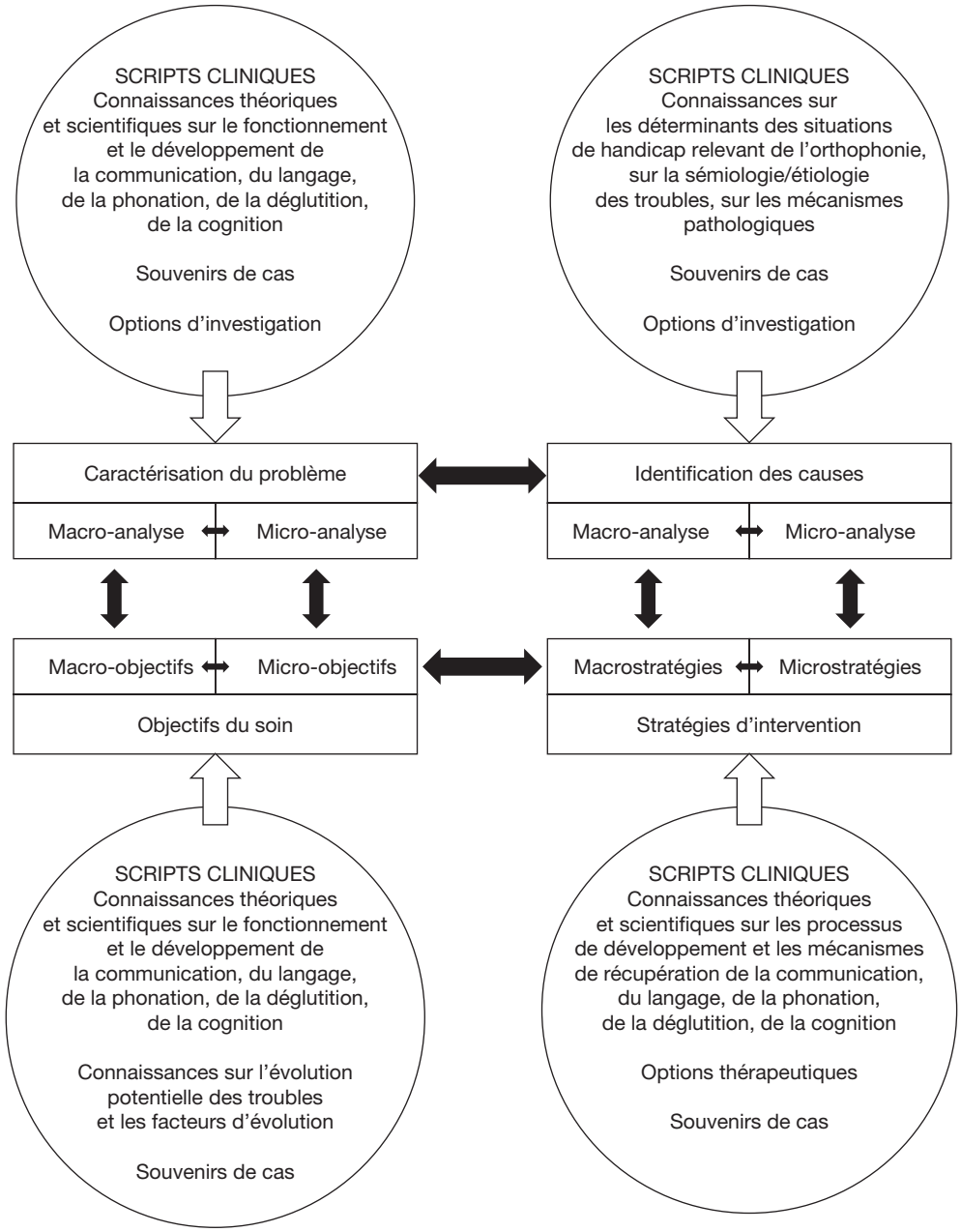
Cette hiérarchisation des objectifs s'opère au niveau macro, mais également au niveau micro. À partir de la liste des associations graphème-phonème à travailler par exemple, il s'agit de déterminer l'ordre dans lequel elles seront abordées. On peut choisir de commencer par celles qui seront le plus facilement intégrées ou par celles qui seront le plus fréquemment rencontrées.

Les propositions thérapeutiques concernent ensuite les stratégies d'intervention, la manière dont on envisage de s'y prendre : mettre en place des outils de communication alternatifs, adapter les textures alimentaires, entraîner les gestes buccaux et faciaux par des exercices ciblés et intensifs, développer la capacité à utiliser des moyens de communication non verbaux. Lors des temps de co-construction, l'expertise de l'orthophoniste se manifeste par sa capacité à présenter des arguments en faveur ou en défaveur des différentes options. Son argumentation repose sur ses connaissances scientifiques et cliniques à propos des capacités qu'il est possible d'améliorer ou de rétablir et de celles qui devront être compensées, à propos de l'efficacité des différentes techniques, mais également à propos du degré d'implication requis de la part de l'entourage par exemple. À nouveau, les options thérapeutiques concernent des choix à un niveau macro et micro. Au niveau micro, il s'agit de définir les activités composant la séance, le matériel utilisé, l'installation du patient, les items composant la tâche, la manière de présenter la consigne, l'étayage à apporter au patient pour l'aider à réussir la tâche, la durée de la tâche.

3.4. Proposition de modélisation de l'expertise orthophonique

La figure suivante (Figure 1), inspirée des travaux de Charlin *et al.*(2012), schématise l'articulation des décisions à propos desquelles l'orthophoniste développe son expertise. Pour faciliter la présentation, le schéma laisse apparaître quatre scripts qui correspondraient chacun à une décision. Il est probable que ces quatre scripts soient en réalité reliés de manière à constituer un seul et même réseau. Les travaux de Charlin *et al. (ibid.)* d'une part, et ceux de Ginsberg *et al.* (2016), sont en faveur de cette hypothèse.

Figure 1 Articulation des décisions relevant de l'expertise clinique de l'orthophoniste



Au fil des soins, les différentes décisions sont constamment ajustées. L'orthophoniste intègre en effet dans son raisonnement de nouvelles informations : résultats d'un examen médical, modification du contexte de vie, évolution des attentes du patient. Ces nouvelles informations peuvent modifier le diagnostic initial et les décisions

thérapeutiques qui en découlent. L'évaluation régulière de l'efficacité de l'intervention permet également des ajustements qui peuvent se jouer au niveau macro comme au niveau microdécisionnel.

Nous avons tenté de donner un aperçu des multiples décisions qui constituent la pratique clinique. Chacune de ces décisions fait l'objet d'hypothèses. Il est probable que, comme cela a été démontré pour d'autres professions de santé (Pelaccia *et al.*, 2020), les processus intuitifs prédominent. Si on se réfère aux théories actuelles sur le raisonnement clinique, on entrevoit l'ensemble complexe de prototypes et scripts qui soutiennent probablement les décisions de l'orthophoniste et lui permettent de générer et explorer des hypothèses diagnostiques et thérapeutiques. Des scripts spécifiques à cette pratique professionnelle permettent à l'orthophoniste de gérer cognitivement cette complexité. L'orthophoniste novice, en formation initiale, n'a pas la capacité à penser et connecter tous ces éléments de complexité. Il s'agit de construire progressivement le réseau de connaissances qui sous-tend ce raisonnement.

4. Le développement du raisonnement clinique en orthophonie

4.1. Une organisation lente et progressive des connaissances

La construction d'un réseau de connaissances se réalise par la construction de réseaux de moindre importance qui vont progressivement se connecter (Rossi, 2014). Pour l'orthophoniste novice, le développement de chacun de ces petits réseaux constitue un premier niveau d'apprentissage qui peut se révéler difficile. Décrire les difficultés pour chacun d'entre eux serait fastidieux. Je propose d'illustrer mon propos par quelques exemples.

En premier lieu, d'après mes observations, la structuration du raisonnement autour d'un problème qui relève de l'orthophonie ne constitue pas une évidence pour l'orthophoniste novice. Lorsque je propose à mes étudiant·e·s des activités de raisonnement clinique, à partir de données issues du terrain, et que je leur demande quel problème rencontre le patient, je suis régulièrement surprise de les entendre répondre : « le problème, c'est qu'il a fait un AVC ». Le problème qui intéresse l'orthophoniste est plutôt qu'il ne comprend plus ce qu'on lui dit ou qu'il rencontre des difficultés à s'alimenter. Dans le travail d'équipe, nous avons l'habitude de constater que les autres professionnels ne s'intéressent pas aux mêmes aspects que nous. Les kinésithérapeutes se préoccupent de la mobilité du patient, tandis que les ergothérapeutes sont centrés sur les activités de la personne. J'ai longtemps pensé que cela s'expliquait par l'intérêt porté à un domaine plus qu'à un autre. Cette difficulté récurrente et

persistante chez les étudiants laisse penser que l'organisation du raisonnement autour d'un objet de soin particulier relève bien d'une construction et d'une organisation neuronale spécifiques.

En deuxième lieu, comme évoqué précédemment, les fonctions dont les troubles intéressent l'orthophoniste sont des fonctions complexes. Il faut plusieurs années à l'orthophoniste novice pour parvenir à produire de manière autonome et fluide une analyse complète du langage ou de la cognition mathématique de son patient. Cette difficulté peut surprendre l'orthophoniste maître de stage, qui ne mesure pas toujours la complexité de cette opération mentale pour une personne novice. Il y a quelques années, j'accueillais une étudiante en stage et nous venions de réaliser une séance avec une petite fille sourde qui n'avait pas encore développé de langage oral. J'interrogeais l'étudiante sur ce qu'elle avait pu relever pendant la séance. J'ai été très surprise de l'entendre dire que l'enfant ne communiquait pas du tout. J'avais, pour ma part, relevé de nombreux pointages, regards et vocalisations à visée communicative. Nous avons alors, ensemble, ré-évoqué ce qu'avait fait l'enfant pendant chacune des activités et j'ai invité à chaque fois l'étudiante à rattacher les conduites de la patiente à ses connaissances sur les moyens de communication. Cette analyse guidée a permis à la stagiaire de conclure que l'enfant possédait de bonnes capacités de communication non verbale.

Ensuite, la capacité à faire varier les stratégies d'intervention proposées en fonction de la cause du problème de langage est acquise difficilement. Pour de nombreux étudiants, l'identification de l'objectif thérapeutique suffit à choisir les moyens qui seront employés pour l'atteindre. Une étudiante me disait récemment : « en stage c'est facile, on observe ce qui ne va pas, et on y travaille. Si on voit que l'enfant n'arrive pas bien à dire un son, on travaille ce son. Si on voit qu'il ne connaît pas assez de mots, on travaille sur des mots ». Pour augmenter le stock lexical, il suffirait de choisir un matériel qui sollicite la production de mots. La compréhension de ce qui fait que l'enfant n'a pas, dans son environnement habituel, réussi à constituer un répertoire de mots suffisamment étoffé est pourtant une question centrale pour garantir l'efficacité du traitement. La stratégie d'intervention est en effet différente selon qu'on identifie que le manque de vocabulaire découle de difficultés à différencier des mots proches sur le plan de la forme, de difficultés à différencier des concepts proches ou de difficultés visuelles de reconnaissance d'images. Les étudiants qui ne cherchent pas activement à identifier l'origine des troubles lors du bilan diagnostic n'ont probablement pas fait ce lien.

Le développement de l'expertise orthophonique relève donc d'un apprentissage lent et progressif justifiant d'y consacrer cinq années. Il appartient à la formation initiale de créer tout au long de ces cinq années les conditions qui permettent cette acquisition.

4.2. Des situations d'apprentissage spécifiques

La construction des réseaux de connaissances qui soutiennent les actions complexes découle de l'expérience répétée de ces mêmes actions complexes. Autrement dit, c'est le fait de se trouver régulièrement en situation de devoir élaborer une démarche de soin qui permet de développer les scripts qui sous-tendent cette démarche. La formation doit donc offrir à l'orthophoniste novice l'occasion de mettre en action ses savoirs. En stage comme en salle de cours, il faut l'amener à mobiliser ses connaissances au sein de situations problèmes représentatives des situations couramment rencontrées (Parent & Jouquan, 2015). Afin de développer spécifiquement l'expertise orthophonique, les problèmes posés doivent relever de décisions correspondant aux missions qui sont confiées aux orthophonistes.

Pour obtenir l'automatisation progressive des processus de décisions, il faut proposer ces situations d'apprentissage très tôt dans le cursus, donc dès la première année d'études. Dans un premier temps, il convient de guider l'orthophoniste novice dans le traitement des situations problèmes. On lui demandera alternativement d'analyser le langage d'un patient, de s'interroger sur les causes possibles des troubles langagiers constatés, d'évaluer l'impact du trouble langagier sur les relations sociales, de proposer des adaptations de la communication de la part de l'entourage pour contourner les difficultés créées par les troubles. La réitération des situations d'apprentissage permettra l'intégration et l'automatisation de ces actions, offrant alors la possibilité de les combiner et de parvenir à un traitement complet de la situation clinique.

Nous avons précédemment exposé les similitudes identifiées dans le raisonnement clinique des différents professionnels de santé. Cela pose la question de savoir si le développement de l'expertise clinique peut être réalisé aux côtés d'étudiants issus d'autres filières de formation. Nous avons vu que les processus cognitifs menant à la prise de décision étaient de même nature. Nous avons aussi précisé que les processus de raisonnement opéraient sur la base d'un réseau de connaissances qui, pour sa part, est très spécifique à chaque profession. Dans le cadre d'une approche par compétences, la création de situations d'apprentissage communes à différentes filières de santé ne peut donc s'envisager qu'à la condition que l'approche pédagogique employée permette l'organisation des connaissances de chacun selon le métier auquel il se destine.

5. Conclusion

L'expertise de l'orthophoniste se manifeste par une capacité à élaborer un diagnostic suffisamment précis et complet de la situation du patient pour formuler des propositions d'objectifs thérapeutiques et de stratégies d'intervention, en présence de troubles de la communication, du langage, de la phonation, de la déglutition, de la cognition mathématique. L'analyse diagnostique comme la conception et la mise en

œuvre des soins mettent en jeu de multiples macro et microdécisions qui sont interconnectées. La multitude de microdécisions thérapeutiques constitue probablement une caractéristique du raisonnement orthophonique. Ce raisonnement relève de processus cognitifs communs aux autres professions de santé, mais dépend de réseaux de connaissances propres à l'orthophonie.

La formation initiale doit donc créer les conditions qui permettent la constitution de ces réseaux de connaissance spécifique. Les connaissances et théories actuelles dans le champ de la pédagogie des sciences de la santé nous offrent de multiples pistes pour réaliser ce travail. Des études sur le raisonnement clinique orthophonique seraient toutefois à mener pour aiguiller plus précisément nos choix pédagogiques. La mise à jour des éléments qui déterminent principalement les prises de décisions de l'orthophoniste nous permettrait de modeler le raisonnement de nos étudiants au plus près de celui des professionnels expérimentés. Par ailleurs, des recherches sur les réseaux de connaissance qui sont constitués en premier lieu chez nos étudiants nous aideraient à construire une progression pédagogique qui tienne compte du développement de leur raisonnement.

6. Références bibliographiques

Bordage G. (2007), « Prototypes and semantic qualifiers: From past to present », *Medical Education*, Issue 41, p.1117-1121.

Boshuizen H. P. A. & Schmidt H. (2019), "The development of clinical reasoning expertise", in *Clinical reasoning in the health professions,* Higgs J., Jensen G.M., Loftus S., Christensen N. (dir.), Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Elsevier, Fourth edition, p. 57-65

Brin-Henry F. (2011). *La terminologie crée-t-elle la pathologie ? Le cas de la pratique clinique de la pose du diagnostic orthophonique ?,* Thèse de sciences du langage, Université Nancy II, 426 p.

Charlin B., Lubarsky S. *et al.* (2012), « Clinical reasoning processes : Unravelling complexity through graphical representation », *Medical Education*, vol. 46, n° 5, p.454-463

Cook D. A., Stephenson C. R. *et al.* (2023), « Management Reasoning: Empirical Determination of Key Features and a Conceptual Model », *Academic Medicine*, vol.98, n° 1, p. 80-87.

Faucher C., Pelaccia T. *et al.* (2016), « Un professionnel qui résout efficacement les problèmes de santé : Le raisonnement clinique », in *Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?,* Pelaccia T. (dir.), Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, p.33-44.

Ginsberg S. M., Friberg J. C. *et al.* (2016), « Diagnostic Reasoning by Experienced Speech-Language Pathologists and Student Clinicians », *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, Issue 43, p.87-97

Higgs J. & Jensen G. M. (2019), « CLINICAL REASONING Challenges if Interpretation and Pratice in the 21st Century », in *Clinical reasoning in the health professions,* Higgs J.,

Jensen G.M., Loftus S., Christensen N. (dir.), Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Elsevier, Fourth edition, p. 3-11

Nendaz M., Charlin B. *et al.* (2005), « Le raisonnement clinique : Données issues de la recherche et implications pour l'enseignement », *Pédagogie médicale*, vol.6, n° 4, p. 235-254

Organisation mondiale de la santé (2001), *Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*

Parent F. & Jouquan J. (2015), *Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé ?* Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur.

Pelaccia T., Messman A. M. *et al.* (2020), « Misdiagnosis and failure to diagnose in emergency care : Causes and empathy as a solution », *Patient Éducation and Counseling*, vol.103, p. 1650-1656

Pelaccia T., Tardif J. *et al.* (2011), « Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques ? Les enjeux en médecine d'urgence », *Annales françaises de médecine d'urgence*, vol. 1, p. 77-84

Poumay M. & Georges F. (2022), *Comment mettre en œuvre une approche par compétences dans le supérieur ?,* Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur.

Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste annexe 2—Certificat de capacité d'orthophoniste Référentiel de compétences, 32 Bulletin officiel du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (2013).

Article 126—LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 0022 Journal officiel (2016). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913755

Rossi J.-P. (2014), *Les mécanismes de l'apprentissage : Modèle et applications,* Louvain-la-Neuve, de Boeck-Solal.

Sprenger-Charolles L. & Serniclaes W. (2008), *Une nouvelle explication phonologique de la dyslexie : Données comportementales et de neuroimagerie*, p. 43-69. https://doi.org/10.4000/books.editionsmsh.13780

Tardif J. (2006), *L'évaluation des compétences-documenter le parcours de développement,* Montréal, Chenelière Éducation.

PARTIE 2
L’expertise en orthophonie

Chapitre 3
La cartographie des domaines de connaissance des orthophonistes

Frédérique Brin-Henry
Marc Borry
Frédérique Miller

1. Introduction

Le projet Identité professionnelle en orthophonie[1] : aspects historiques et expertise (IPOHE) a été lancé en 2020 par le Collège français d'orthophonie. Il cible et documente l'identité de l'orthophonie, son domaine d'intérêt, ses champs de recherche. L'objectif est de définir en quoi cette discipline est spécifique, en constante évolution dans ses modèles théoriques transverses, observable dans sa constante adaptation terminologique (Brin-Henry *et al.*, 2021) et la dynamique de pratiques cliniques, scientifiques et discursives des orthophonistes.

Le défi est de définir l'expertise en orthophonie, non pas du point de vue de l'expérience du praticien, mais en réfléchissant à l'échelle des domaines de connaissances et de pratiques cliniques et scientifiques. Pour ce faire, des chercheur(e)s de divers horizons, en capacité d'offrir des axes de réflexion disciplinaire, orthophonistes ou non, ont tenté de répondre à la question de ce qui rend l'orthophonie et son champ d'expertise uniques.

Cet article souhaite contribuer à définir les sciences orthophoniques au regard des autres disciplines scientifiques, et distinguer sa pratique de celles des autres professionnels de santé et de l'éducation. En d'autres termes, nous abordons ici la question de ce qu'est l'expertise en orthophonie, et non pas la description de l'orthophoniste-expert (Borry, 2020). Nous partons du principe que cette expertise peut être décrite sous le prisme de l'identité de la discipline, plutôt que dans une perspective de pratique professionnelle individualisable. Les sections suivantes introduisent la méthode choisie pour identifier et visualiser l'expertise en orthophonie au travers des domaines de connaissance.

1. Le projet IPOHE (Identité professionnelle en orthophonie : aspects historiques et expertise) est porté par le Collège français d'orthophonie https://www.college-francais-orthophonie.fr/sous-dossier-ipohe-identite-professionnelle-de-lorthophoniste-aspects-historiques-et-expertise/

2. Méthode

En complément de la définition et de la réflexion autour de l'acquisition de connaissances et de compétences[1] par la formation initiale[2] ou continue (voir chapitres précédents), ainsi que de la définition et le réexamen des activités des orthophonistes[3], cette partie décrit un travail menant à objectiver l'expertise en orthophonie au moyen d'outils disponibles dans le cadre de la gestion des connaissances (Ermine, Boughzala et Tounkara, 2006). L'objectif est de déterminer les connaissances socles des orthophonistes, qui constituent, au moins partiellement, la spécificité du domaine. L'approche choisie pour ce chapitre est celle du *knowledge management,* qui offre des possibilités d'identifier les connaissances critiques au niveau global du domaine, d'en observer les évolutions et les frontières, et de raisonner sur l'identité de ses composantes. Un domaine de connaissance est lui-même défini comme le champ d'activité d'un ensemble de personnes pour lesquelles on peut regrouper de l'information et des connaissances (Aubertin *et al.*, 2003). Il s'agit en effet d'une gestion consciente, coordonnée et opérationnelle de l'ensemble des informations, connaissances et savoir-faire des membres d'une organisation au service de cette organisation (Tisseyre, 1999), la mise en place d'un système de gestion des flux cognitifs qui permet à tous les composants de l'organisation à la fois d'utiliser et d'enrichir le patrimoine de connaissances de cette dernière (Aubertin *et al.*, 2003). Pour ce qui concerne l'orthophonie, le groupe de travail au sein d'IPOHE a choisi de fournir un outil de visualisation des domaines de connaissance permettant cette gestion d'informations.

Les travaux ont abouti à la mise au point d'une représentation des connaissances activées dans le domaine de l'orthophonie. Nous proposons ici une photographie non exhaustive du patrimoine des connaissances des orthophonistes en 2022. Cette représentation ontologique a pour but d'être partagée et régulièrement adaptée au rythme des innovations et du développement des connaissances, sa validation étant actuellement partielle. Elle a été présentée lors de la journée d'étude du projet IPOHE le 24 mars 2022. Dans la mesure où sa diffusion a été pour l'instant assez limitée, nous espérons que cet outil pourra être investi et reconnu par les orthophonistes comme une autre possibilité d'éclairer nos organisations et les tutelles sur l'expertise en orthophonie.

La cartographie des connaissances a été choisie en tant qu'outil de visualisation. Comme toutes les cartes, il s'agit d'un document graphique qui structure et représente un espace informationnel, qui permet de raisonner à un niveau d'abstraction élevé, sur une quantité d'informations importante. Elle ne fait pas seulement l'inventaire des connaissances d'une organisation, mais l'organisation hiérarchisée et la possibilité de visualisation qu'elle offre permet d'identifier des dysfonctionnements ou des déséquilibres, de mettre en évidence les *knowledge gaps,* c'est-à-dire les éléments de connaissance manquants, mais nécessaires à l'expertise, de comparer les

1. Voir annexe 2 du bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013
2. Voir annexe 3 du bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013
3. Voir annexe 1 du bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013

connaissances réellement présentes et celles qui sont nécessaires, d'identifier les opportunités et les menaces pour la discipline.

Les sections suivantes présentent la cartographie, puis en détaillent les différentes composantes.

3. Présentation de la cartographie

La cartographie des domaines de connaissance des orthophonistes a été construite par les orthophonistes co-autrices et le co-auteur de cet article, à partir de l'examen des concepts clés décrits dans les référentiels d'activités et des compétences des orthophonistes. La confrontation à leur propre pratique et aux axes connus de la recherche en orthophonie a également été contributive en permettant une prise de hauteur par rapport au simple examen des documents réglementaires. Plusieurs autres membres du projet l'ont examinée et critiquée. Elle a ensuite été testée auprès d'un petit groupe d'orthophonistes d'expérience et d'exercice différents. Ces diverses étapes ont permis un enrichissement de la cartographie, qui s'est poursuivi grâce aux interactions issues de la journée d'étude. Enfin, elle a été ajustée à l'occasion de la rédaction de cet ouvrage.

La cartographie est très certainement incomplète, car elle rend compte d'un domaine à un certain moment, et reste à un niveau de granularité assez élevé afin de ne pas perdre les utilisateurs. On n'y trouve que la mention des connaissances concernant les méthodes rééducatives, les divers courants de pensée. Les connaissances procédurales sont citées sans exhaustivité, l'objectif étant de créer un outil de réflexion, une base de discussion et surtout un objet dynamique et évolutif. Cet outil doit être envisagé comme un des moyens de comprendre la complexité du degré d'autonomie et d'expertise des orthophonistes, dans une perspective praxéologique, épistémique et métacognitive. Bien entendu, les domaines de connaissance mis en évidence ici sont à considérer comme indissociables, interprétables globalement pour chaque situation d'exercice et à des fins multiples (voir chapitre 2).

La cartographie comprend 7 domaines principaux, et 26 sous-domaines. Ils représentent des connaissances de systèmes (de santé, de l'éducation), mais également des domaines de connaissances théoriques (sciences humaines et sociales), et procédurales (démarches d'installation, procédures de bilan) mobilisés par les orthophonistes. Les paragraphes suivants permettent de détailler ces axes, et la cartographie complète est disponible en téléchargement au format PDF grâce au QR Code ci-contre.

lienmini.fr/58348-01

3.1. Connaissances scientifiques et théoriques

Elles sont regroupées sous cinq sous-domaines. Le premier d'entre eux comporte toutes les connaissances en santé, classées selon les types d'approches (bilan, prévention, rééducation, dépistage…), mais aussi les étiologies médicales associées aux

pathologies dont se préoccupent les orthophonistes (affectant la sphère ORL, ou bien les étiologies neurologiques notamment).

Le deuxième sous-domaine comporte les connaissances en sciences humaines et sociales, notamment celles émanant des sciences du langage et des sciences de l'éducation, mais aussi l'éthique.

Les connaissances dans le sous-domaine des sciences orthophoniques sont centrales dans la cartographie. Elles comprennent des connaissances sur des aspects définitoires, les procédures d'intervention et la relation thérapeutique, les règles rédactionnelles en orthophonie, ainsi que des connaissances sur les pathologies orthophoniques, c'est-à-dire celles affectant la parole, le langage, la communication, et les fonctions oro-myofaciales. Le classement proposé est fondé sur des critères temporels descripteurs du mode et du moment d'expression de la pathologie (pathologies congénitales, développementales, acquises ou dégénératives) (Brin-Henry *et al.*, 2024). On pourra y ajouter le critère évolutif/non évolutif de la maladie (opposant ainsi une laryngectomie totale irréversible à une sclérose latérale amyotrophique).

Ensuite apparaissent les connaissances très importantes concernant la langue française et ses principes normatifs, comme les normes d'usage du langage oral et écrit, les notions et contextes d'illettrisme, de plurilinguisme…

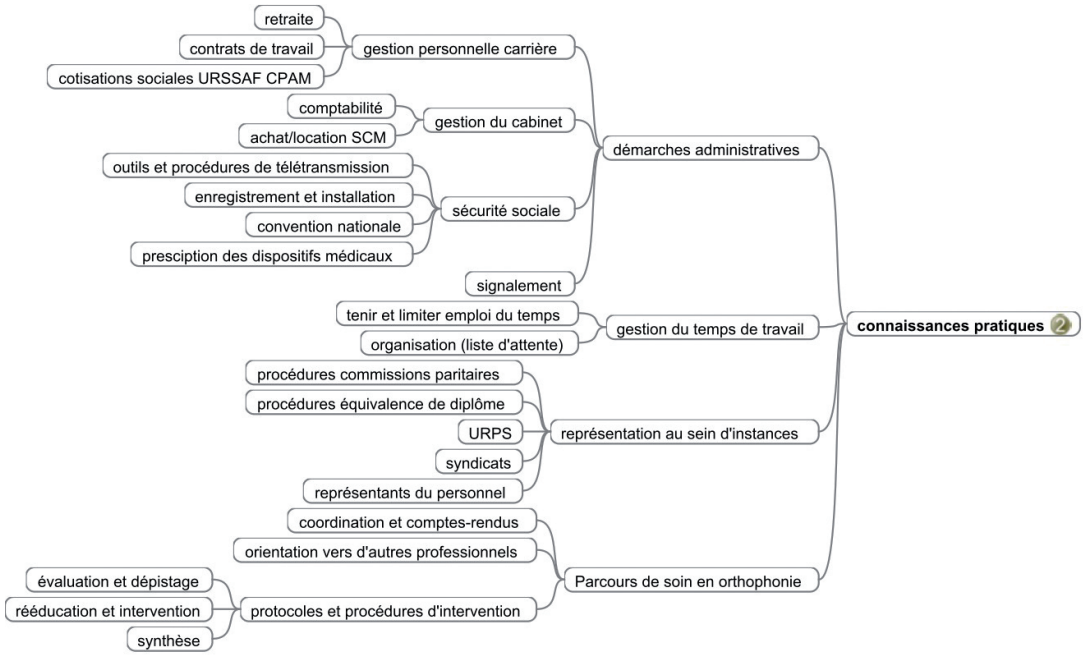
D'autres connaissances fondamentales sont également nécessaires pour le domaine de l'orthophonie : par exemple, en acoustique, en statistiques, en diététique.

3.2. Connaissances pratiques

Ces connaissances font partie de l'expertise pratique de l'orthophoniste. En ce sens, elles constituent un moyen de discuter et d'observer les évolutions et les contrastes entre diverses professions partenaires de l'orthophoniste, mais également au sein d'un groupe plus restreint.

Cette sous-section comporte des connaissances sur les démarches administratives nécessaires pour exercer la gestion du temps de travail, mais également mobilisées pour assurer le rôle de représentation au sein des diverses instances notamment liées à l'exercice libéral majoritaire en orthophonie (commission paritaire, représentation syndicale…).

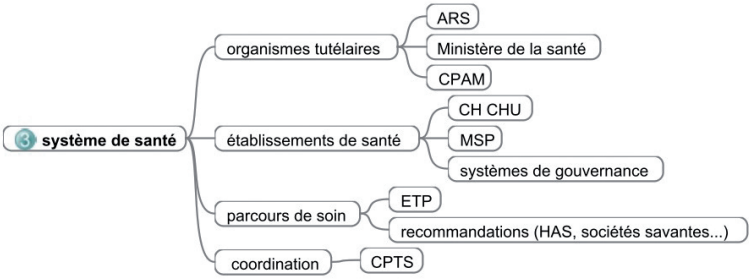
Enfin, il existe des connaissances procédurales et disciplinaires relatives à l'intervention orthophonique, que ce soit en termes de dépistage, de bilan, de diagnostic orthophonique, de synthèse, de traitement, d'accompagnement et de coordination au sein du parcours de soin en orthophonie.



3.3. Système de santé

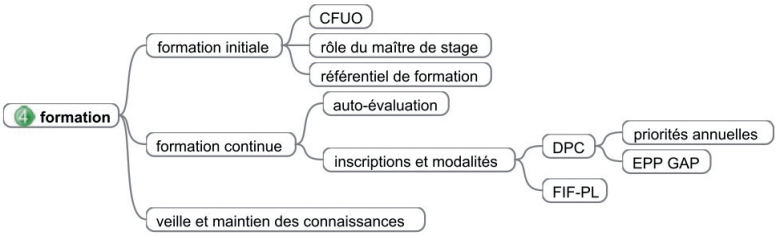
Le système de santé doit être maîtrisé par les orthophonistes. Ces connaissances incluent une perception correcte de la composition des organismes tutélaires (les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les agences régionales de santé (ARS) ainsi que les unions régionales des professions de santé (URPS), etc.), les établissements de santé (les hôpitaux, mais aussi les maisons de santé pluriprofessionnelles, les systèmes de gouvernance…). Cet axe inclut également une appréhension extensive

de ce qu'est le parcours de soin (dans lequel peut figurer l'éducation thérapeutique du patient par exemple) ainsi que les organismes contribuant à la coordination des soins (les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), etc.).



3.4. Formation

Elle se décline selon trois axes complémentaires : la formation initiale inclut entre autres des connaissances sur les centres de formation universitaires en orthophonie, le rôle de maître de stage et d'enseignant, ainsi que sur le référentiel de formation. De plus, des connaissances sur la formation continue sont nécessaires, incluant celles sur les organismes et les procédures d'inscription, mais également des connaissances sur les moyens d'autoévaluer ses propres besoins. Une veille et un va-et-vient régulier avec les publications scientifiques et professionnelles du domaine sont essentiels à maintenir.

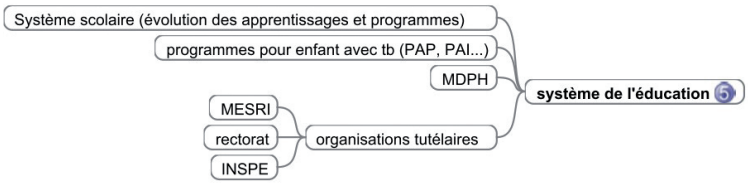


3.5. Système de l'éducation

Les connaissances sur le système scolaire, ses évolutions et ses instances sont primordiales dans l'accompagnement des enfants porteurs de pathologies du langage et de la communication. De plus l'orthophoniste œuvrant à toutes les étapes du développement de l'enfant et de l'adolescent aura nécessairement recours à ces connaissances dans l'accompagnement de leur entourage personnel et professionnel.

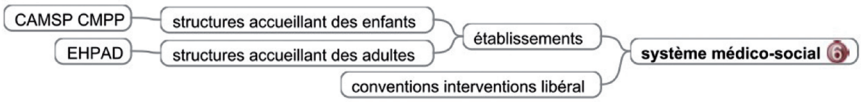
Cette sous-section intègre les connaissances sur les programmes du système scolaire, y compris les aménagements et les dispositifs pour enfants diagnostiqués porteurs de troubles du neurodéveloppement (TND). Les instances tutélaires et

partenaires comme l'Institut national supérieur du professorat et de l'éducation (INSPE) jusqu'au ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche font également partie des données utilisées par les orthophonistes. Enfin, les rôles et fonctionnements de structures telles que la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) figurent également dans cette section.



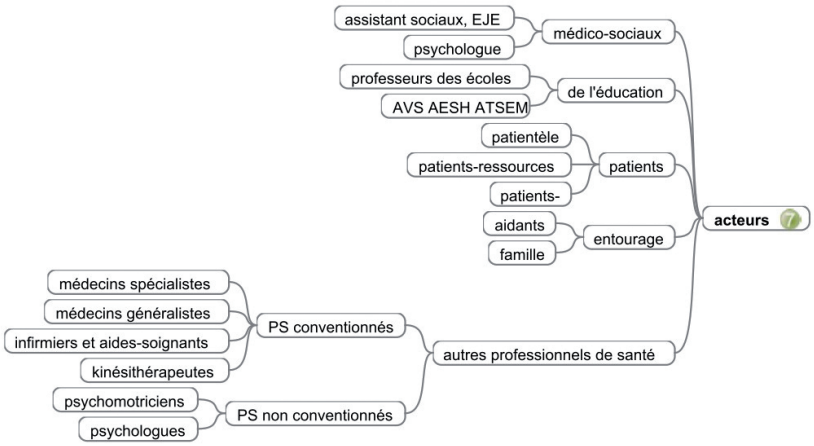
3.6. Système médico-social

Pour plus de clarté, on distingue les connaissances sur les établissements et les structures d'accueil pour les enfants, tels que les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), de ceux accueillant les adultes, tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). De plus, les procédures et les conventions avec le libéral doivent également être maîtrisées.



3.7. Acteurs

Cette sous-section permet de recenser les connaissances sur le rôle, la fonction, la formation des diverses parties prenantes en relation avec l'orthophonie. Ces connaissances, contribuent à la coordination, l'interdisciplinarité et aux approches



transdisciplinaires en orthophonie. On y trouve les acteurs médico-sociaux (éducateurs et éducatrices de jeunes enfants (EJE), psychologues), les intervenants de l'éducation (professeurs des écoles, les agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (ATSEM)) ou les accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH), les patients (dont les patients-ressources), l'entourage au sens large du terme (aidants et famille). Enfin les autres professionnels de santé (dont les professionnels de la rééducation) figurent également dans cette sous-section.

4. Différents usages de la cartographie

L'intérêt de disposer d'une carte conceptuelle de ce type est multiple. En premier lieu, elle permet de disposer d'une représentation partagée et d'un langage commun. En effet, il est essentiel que chaque acteur puisse se fonder sur un référentiel terminologique commun pour appréhender toute situation à partir d'une base commune, ou *common ground* (Devlin, 1997). De plus, elle constitue une base de discussion et permet une réflexion guidée sur ses composantes. Son utilisation dans tout travail de confrontation à la réalité du terrain permet d'offrir un cadre scientifique à la dimension sociale de reconnaissance du domaine, et à des considérations historiques sur son évolution.

Nous présentons ci-après certaines possibilités d'utilisation de la cartographie.

4.1. Se situer dans son expertise du domaine

Bien que l'expertise en orthophonie soit l'objectif des travaux au sein d'IPOHE, nous avons abordé le lien possible entre la spécificité du domaine d'expertise, et la notion d'expertise liée à l'expérience de l'orthophoniste. Nous renvoyons le lecteur vers le chapitre 4 (dans ce même ouvrage) de Marc Borry qui aborde certains critères définitoires de l'expertise selon Dreyfus (l'expérience, la capacité à répondre à des questions, la contribution, la reconnaissance). À ce titre, la cartographie peut permettre de se situer dans son niveau d'expertise, par une auto-analyse de sa maîtrise des différents axes décrits. De plus, cette prise de recul permise par l'examen de la cartographie pourrait contribuer à la dissociation entre pratiques de terrain et questionnements théoriques. Abily (2020) propose ainsi aux orthophonistes de réfléchir « en dissociant les capacités à se questionner éthiquement sur les situations, s'y positionner socialement, conceptualiser ce qui s'y joue ».

4.2. Identifier des points clés en commun

De même, le développement de travaux de réflexion sur la discipline, les pratiques et les communautés orthophoniques peut bénéficier d'un examen attentif des différentes sections de la cartographie, dans le but d'établir les points communs et les

évolutions des conceptions. Ainsi des orthophonistes pratiquant principalement dans le domaine du handicap ou du polyhandicap auprès d'enfants peuvent construire des modèles spécifiques en travaillant sur la cartographie avec d'autres orthophonistes principalement impliqué·es dans un exercice en libéral ou en maison de santé pluri-professionnelle. Des pratiques différentes peuvent ainsi être discutées à la lumière d'une base commune, dans une perspective d'analyse des pratiques professionnelles contribuant à l'éclairage de l'expertise du domaine.

4.3. Communiquer sur l'orthophonie

Cette cartographie peut également être utile dans la communication sur les spécificités de ce domaine de connaissances auprès du grand public, mais également de certaines instances, en permettant une visualisation accessible.

4.4. Examiner un périmètre métier

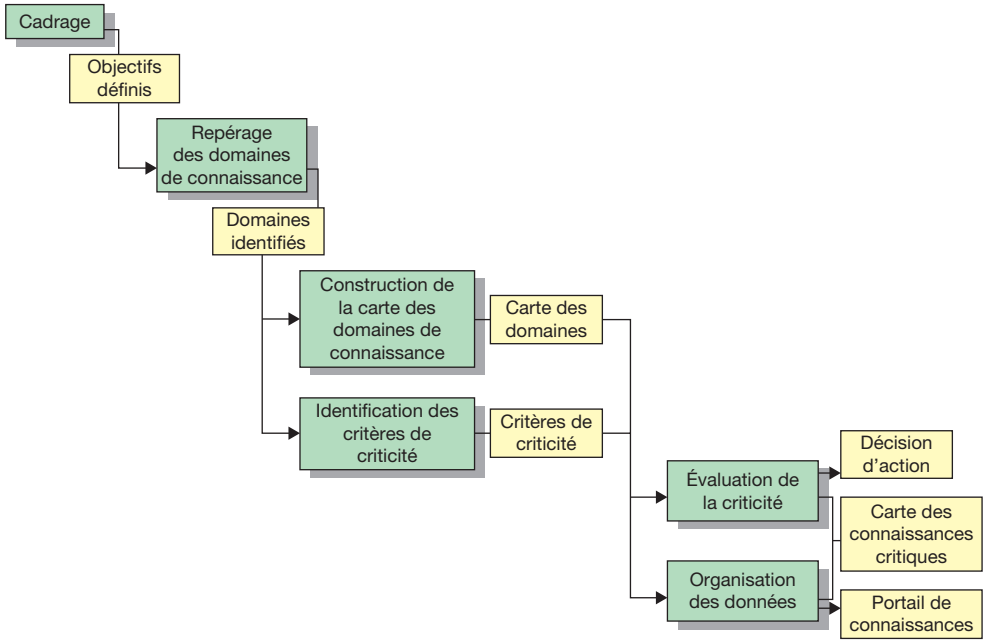
Dans le cadre de projets interprofessionnels (durant des discussions autour des rôles et des chevauchements possibles entre les missions des professionnels, lesquels gravitent autour des personnes présentant des pathologies traitées par les orthophonistes), il peut être utile d'utiliser la cartographie comme base de discussion avec d'autres professionnels (Orban *et al.*, 2013). En particulier, les conceptions relatives aux sous-domaines partagés pourront apporter des éléments reconnaissant des points communs, parfois confirmés par la réglementation qui reconnaît dans quelques cas des responsabilités communes. Par exemple, les traitements par les kinésithérapeutes et les orthophonistes des paralysies faciales peuvent être remboursés par la Sécurité sociale, cependant les approches et les types de traitement vont différer, tout en se complétant. Des différences claires dans les rôles pourront par ailleurs être mises en évidence (par exemple les approches éducatives et de rééducation dans les troubles neurodéveloppementaux, dont l'efficacité entre en ligne de compte dans la pose du diagnostic orthophonique). Dans l'exploration des modèles conceptuels relatifs au rôle de l'orthophoniste dans la gestion des moyens de compensation des troubles du langage écrit, on verra que les connaissances fondamentales dans le domaine de la maîtrise du langage seront au cœur des approches, au contraire de celles d'autres professionnels de la rééducation (comme les ergothérapeutes) qui contiendront davantage de connaissances sur la maîtrise du geste. Il faudra donc garder à l'esprit que la co-existence d'approches complémentaires est nécessaire pour traiter des sujets communs (par exemple la déglutition), mais affirme aussi la spécificité de l'approche orthophonique dans les domaines concernés.

Ces considérations peuvent être envisagées sur les plans local et national, mais également international, comme le montre par exemple l'intégration des orthophonistes en tant qu'expert·es au sein du système juridique québécois (Gasseau *et al.* 2015).

4.5. Faire évoluer la formation initiale et continue

Sur un plan général, l'évaluation de la cartographie permet de situer les axes critiques, voire menacés de la discipline.

Figure 1 Démarche de cartographie des connaissances (Aubertin *et al.* 2003)



Aubertin *et al.* proposent en 2003 une démarche de construction et d'évaluation de la cartographie des connaissances d'un domaine permettant d'identifier les points critiques et de concevoir des actions pour y remédier, d'un point de vue réglementaire ou par l'ajustement de la formation. Les compétences doivent en effet se développer à partir de connaissances nouvelles qui sont nécessairement construites au sein du domaine d'expertise. Par exemple, les troubles neurologiques acquis à la suite des affections COVID-19 ont été rapidement investis par les orthophonistes qui ont pu proposer une conceptualisation et des méthodes d'évaluation, de traitement et d'accompagnement des personnes présentant des symptômes prolongés de COVID-19.

5. Conclusion et perspectives

La construction de la cartographie des domaines de connaissance des orthophonistes permet de visualiser et de raisonner sur l'ensemble des composantes de la discipline. Sa validation doit être élargie et débattue, afin de compléter et d'approfondir chacun des axes pressentis.

La cartographie peut être utilisée dans des applications diverses, allant de l'auto-évaluation de l'orthophoniste à la mise en lumière de l'intégration de nouvelles compétences et de nouveaux concepts fondamentaux pour les sciences orthophoniques. De plus, elle contribue à la valorisation de l'image et de l'identité professionnelle de chaque orthophoniste, et rend visible l'étendue de l'expertise du domaine.

Bien que la notion d'évaluation doive être prise avec précaution, car elle devient critique dans un monde où on demande toujours plus aux professionnels (Paquay *et al.*, 2010) et où se profile la perspective d'accréditation des professionnels de santé, la cartographie permet aussi à chacun, individuellement ou en groupe, de situer son niveau de maîtrise dans les divers domaines. Une des perspectives envisagées pour aller vers la notion d'expertise est de mettre au point un « indice personnel de performance » (Weiss, 2009) qui mettrait en évidence une certaine consistance dans le jugement ou l'interprétation des cas, ainsi que la mesure de la capacité de discrimination. La phase de pose du diagnostic ou de détermination du caractère pathologique d'un certain comportement affectant le langage, la communication et les fonctions oro-myofaciales pourrait être particulièrement utile.

La démarche de construction de cette cartographie peut donc être vue comme un premier pas dans l'élaboration d'outils de visualisation et de suivi de l'évolution de l'orthophonie en tant que discipline scientifique spécifique et experte.

6. Références bibliographiques

Aubertin G., Boughzala I., Ermine J.-L. (2003), « Cartographie des connaissances critiques », *Revue des Sciences et Technologies de l'Information – Série RIA : Revue d'Intelligence Artificielle*, n° 17, p. 495-502.

Borry M. (2020), *Les paradoxes de l'expert*, Paris, L'Harmattan.

Brin-Henry F., Costa R., Desprès S. (2021). Construction collaborative d'une ressource termino-entologique pour le domaine de l'orthophonie fondée sur la temporalité, Terminologica 2020.

Brin-Henry F., Courrier C., Lederlé E. (2021), *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues, Ortho Édition.

Devlin K. J. (1997). *Goodbye, Descartes: The end of logic and the search for a new cosmology of the mind*, New York, Wiley.

Gasseau E., Benoit I., Vaillancourt V. *et al.* (2015), « Analyse du rôle de l'orthophoniste dans les cas juridiques au Québec », *Canadian Journal of Speech Pathology et Audiology*, vol 39, n° 1, p. 20-38.

Ermine J.-L., Boughzala I., Tounkara T. (2006), "Critical knowledge map as a decision tool for knowledge transfer actions", *Electronic Journal of Knowledge Management*, vol. 4, Issue 2, p. 129-140.

Orban M., Borry M., Dorban M. (2013) « La cartographie des domaines de connaissance comme outil de veille stratégique : approche empirique à partir du cas de la police belge », *Actes de la conférence VSST 2013 Veille stratégique, scientifique et technologique à Nancy*.

Paquay L., Wouters P., Van Nieuwenhoven C. (2010), « Introduction. L'évaluation, frein ou levier du développement professionnel ? », in *L'évaluation, levier du développement professionnel ? Tensions, dispositifs, perspectives*, Paquay L. (dir.), Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, p. 8-34.

Tisseyre R.C. (1999), « *Knowledge management : théorie et pratique de la gestion des connaissances* », Hermès science publications.

Weiss D. J., Brennan K., Thomas R., Kirlik A., & Miller S. M. *et al.* (2009), « Criteria for performance evaluation. Judgment and Decision Making », *Criteria for performance evaluation*, vol. 4, Issue 2, p. 164-174.

Chapitre 4
Expert·e et expertise

Marc Borry

1. Introduction

Dans le cadre des réflexions sur la profession d'orthophoniste, la place de l'expertise a été régulièrement questionnée. En effet, lorsqu'on lit les textes législatifs français à l'origine de la définition de l'orthophonie[1], on ne trouve aucune mention explicite du statut d'expert ou de l'expertise, mais bien celle d'expérience, de connaissances et de compétences. Pourtant les textes scientifiques comme les communications vers le public ne manquent pas de mettre en évidence la complexité de la profession et la maîtrise qu'elle suppose en présentant les orthophonistes comme « experts des troubles du langage ».

À quel moment l'orthophoniste peut-il être considéré comme un ou une experte ? Qu'en est-il de l'expertise en orthophonie ? Comment acquérir une expertise ? Pour y répondre, il est nécessaire de percevoir ce qui se cache derrière ces concepts d'expert et d'expertise, très souvent utilisés, mais rarement explicités.

Tout d'abord, le statut d'expert[2] n'est envisageable que vis-à-vis d'un domaine ou d'un ensemble de domaines homogènes recouvrant des sous-domaines en interaction. Cela signifie que ce ou ces domaines peuvent être identifiables et circonscrits grâce à une valorisation sociétale et scientifique.

Ensuite, l'expertise fait appel à des connaissances, mais aussi à des compétences. Il est nécessaire de les distinguer : détenir un savoir et être capable de l'utiliser ne constitue pas une corrélation de fait. Dans la pratique de l'orthophonie, il est essentiel de pouvoir mobiliser des connaissances et des compétences dans le but de pouvoir identifier des difficultés, et mettre en œuvre une action en lien avec cette identification.

Enfin, la notion d'expert reste floue dans la majorité des esprits qui y font référence. S'il est très difficile de la définir de façon univoque, il n'en existe pas moins une série de caractéristiques que l'on retrouve auprès de la majorité des personnes présentées comme étant des experts dans leur domaine. Le diagramme ci-dessous illustre les trois axes que nous venons d'évoquer, et qui vont être développés tout au long de cet article.

1. (Article L4341-1 du code de la santé publique, modifié par la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 – art.126)
2. Le terme « expert » et ici utilisé de façon large pour désigner l'expert et l'experte.

Figure 1 Les trois éléments clés de l'expertise

LE DOMAINE ET LES SOUS-DOMAINES

LE MÉTIER
CONNAISSANCES & COMPÉTENCES
NIVEAUX DE MAÎTRISE

LES CARACTÉRISTIQUES DE L'EXPERT

2. Qu'est-ce qu'un expert ?

Provenant du qualificatif latin « *expertus* », l'expert est celui ou celle qui a testé et est capable d'en apporter la preuve.

L'expertise paraît souvent plus simple à définir. C'est le terme qui caractérise l'expert dans un contexte : les compétences et les connaissances d'un individu sont mises en relation avec des besoins et un environnement social.

L'expert est supposé détenir des connaissances et des compétences particulières qui lui permettent d'atteindre de hauts niveaux de performance, du fait de son expérience liée à une pratique prolongée dans un domaine donné. À côté de cette dimension cognitive, il y a également une dimension sociale liée à la « reconnaissance » et à la sollicitation.

Selon la norme française NF X50-110 (AFNOR, 2013), l'expert est apte à effectuer des travaux d'expertise, c'est-à-dire à *fournir une réponse, une interprétation, un avis ou une recommandation à partir des connaissances disponibles* et à les démontrer de manière professionnelle. Il obtient dans son domaine des résultats supérieurs à la moyenne.

L'expertise des orthophonistes est mise en évidence par la Fédération nationale des orthophonistes, notamment au travers de l'article de Françoise Garcia (2017) sur le sujet, qui l'accent sur ce qui constitue leur expertise :

- *le bilan et le diagnostic des troubles du patient,*
- *la prise en charge de ces troubles (…),*
- *la réalisation d'actes/gestes techniques dévolus à sa compétence et liés à sa fonction et à son expertise diagnostique et rééducative,*
- *la mise en œuvre des gestes de premiers secours conformément à la réglementation en vigueur.*

Cette description résume bien les « travaux d'expertise » que sont appelés à réaliser les orthophonistes et qui réclament de leur part des réponses, des interprétations ou avis pertinents.

2.1. Le statut d'expert

Lorsqu'on interroge celles et ceux qui font appel aux experts sur les caractéristiques qui font qu'on les considère comme tels, on constate que ce qui définit finalement le mieux l'expert, c'est la combinaison de ces différentes caractéristiques :

- Ses connaissances
- Son expérience
- Ses compétences
- Ses capacités de représentation et de catégorisation
- Son rôle social
- Son talent
- Son intuition
- Ses performances
- Sa justesse de jugement
- Son entourage
- Sa capacité de discrimination
- Sa capacité à communiquer
- Son succès
- Sa sagesse

Le statut d'expert relève d'un juste équilibre entre toutes ces différentes facettes.

Mais qu'est-ce qui distingue expert et non-expert ?

Pour définir l'écart entre les connaissances des deux, on parle de « distance cognitive ». Cet écart est souvent lié aux connaissances tacites, les savoir-faire de l'expert. Une distance trop importante peut créer une incompréhension entre les deux. Des savoirs généraux doivent donc être partagés par l'expert et son interlocuteur pour que l'expertise puisse réellement être perçue et valorisée.

Le vrai défi pour chacun, expert ou non-expert, sera donc d'arriver à identifier l'étendue de son ignorance aussi bien que celle de ses connaissances, réelles ou présumées. Une telle humilité serait d'ailleurs un élément moteur du développement d'une expertise. La curiosité pousserait les individus à acquérir de nouvelles connaissances et à en développer la maîtrise. En fait, l'ignorance favoriserait la connaissance. Reconnaître ne pas savoir serait un prérequis nécessaire au développement des connaissances.

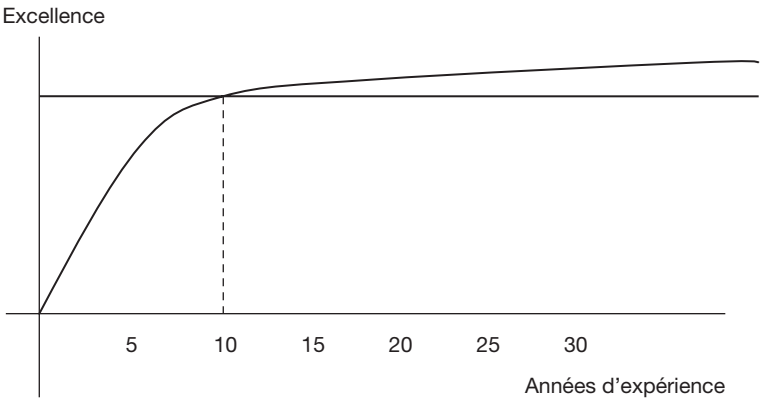
2.2. À partir de quand peut-on considérer quelqu'un comme un… expert ?

La confiance placée en un expert a très souvent un caractère rétrospectif. C'est un des paradoxes de l'expertise : la capacité d'un expert est intimement liée à ce qu'il a réalisé jusqu'à présent, ses actions ou contributions passées.

Ce seraient donc les contributions du candidat expert et leur reconnaissance par les pairs qui justifieraient uniquement l'accession au statut suprême. Cela suppose l'existence préalable d'experts pour valider la reconnaissance de nouveaux experts. Il y aurait donc une forme d'adhésion par cooptation avec tous les dangers que cela comporte.

Au niveau de l'expérience minimale, il existe une « règle des 10 ans » selon laquelle ce laps de temps serait nécessaire pour atteindre l'excellence. Ensuite, cette expertise aurait tendance à se stabiliser (Ericsson, 1993).

Figure 2 Pas d'expertise sans expérience (Mieg, 2009)



Plutôt que d'expérience, Ericsson (1993) préfère considérer la « pratique délibérée », c'est-à-dire l'utilisation de ses connaissances et l'exercice régulier de ses compétences, mais en cherchant constamment à améliorer sa pratique et à garder un regard critique sur celle-ci. Au-delà de la « simple » expérience, il est indispensable de remettre en question ses certitudes, de s'ouvrir aux nouvelles connaissances et d'envisager dès que possible de nouvelles options.

Pour l'orthophoniste, cela signifie accepter de remettre en question certaines certitudes à la lumière de connaissances nouvelles et d'envisager d'autres représentations ou solutions par rapport à certaines pathologies comme des changements de paradigmes concernant l'autisme, les troubles du neurodéveloppement, les ajustements conceptuels et terminologiques…

Le statut d'expert ne peut être considéré de manière binaire : être ou ne pas être expert, mais comme un état qui nécessite un entretien constant que seules l'autocritique et la passion pour son domaine peuvent alimenter. Comme une bicyclette tombe lorsqu'elle s'arrête d'avancer, l'expertise ne doit jamais cesser d'être travaillée.

On peut bien entendu rester en « roue libre » quelque temps, mais il est considéré qu'au-delà d'un délai de 4 à 5 ans sans avoir mené de travail et de réflexions approfondies dans le domaine, il y a une perte de maîtrise de celle-ci (Brosset-Heckel & Champagne, 2011). Une expertise doit donc s'entretenir par l'utilisation des connaissances et leur actualisation, notamment la formation continue dont les orthophonistes sont de grands adeptes.

3. Niveaux d'expertise

Mais, plutôt que de parler d'un « expert » dans l'absolu et de nous limiter à une vision manichéenne de l'expertise (Mosier & Fisher, 2011), il serait plus logique de parler de niveaux d'expertise dans un domaine de connaissance.

Une personne peut en effet avoir des compétences importantes dans un sous-domaine et aucune dans un autre. De même, ces compétences évoluent et ne peuvent rester figées indéfiniment. On préférera donc parler de « niveaux d'expertise » et pour ce faire, nous appuyer sur le « modèle d'acquisition des compétences de Dreyfus » (Dreyfus & Dreyfus, 1986).

Celui-ci se décline sur plusieurs niveaux qui sont autant de paliers à atteindre de manière progressive pour accéder à l'expertise. Chacun a ses caractéristiques et ne présume en rien de la capacité d'atteindre le suivant. On peut estimer que l'étudiant en orthophonie va évoluer au fur et à mesure de la formation initiale au travers de ces différents niveaux, en acquérant des connaissances théoriques et pratiques, et des compétences à les mobiliser en pratique.

Premier niveau : Novice

C'est le niveau de la personne qui ne connaît que très vaguement le domaine de connaissance intéressé, commence à s'y intéresser et n'a pas ou très peu d'expérience dans ce domaine.

Deuxième niveau : Advanced Beginner (débutant)

La personne se débrouille, accumule de l'expérience et devient de plus en plus familière avec le domaine, mais ne peut faire face seule à une relative complexité à laquelle elle serait confrontée.

Troisième niveau : Competent (compétent)

La maîtrise a fait place à la découverte, l'expérience est devenue importante et la personne se sent à l'aise dans le domaine concerné. Elle prend des décisions, apporte des réponses, identifie les situations.

Quatrième niveau : Proficient (efficace, spécialiste, performant)

À ce niveau, on peut estimer que la personne inspire elle-même les niveaux précédents. Elle est source d'information et de réponses à des problèmes relativement complexes.

Cinquième niveau : Expert

La personne est largement reconnue dans le domaine. Elle peut non seulement apporter des réponses, mais crée ou participe à la création de nouvelles connaissances et au développement du domaine.

Dans une organisation, on estime que, pour un domaine de connaissance, une majorité des personnes concernées se situe au niveau « *advanced beginner* » (débutant) ou « *competent* » (compétent). Le niveau « expert » concerne une minorité.

Une différence peut également être faite selon le domaine couvert : les spécialistes ont des connaissances spécifiques à un domaine, les professionnels ont une vision globale et les généralistes des connaissances générales (Huber, 1999). Néanmoins, il est tout à fait concevable d'être généraliste au niveau générique d'un ou plusieurs domaines de connaissance, tout en étant aussi spécialiste dans un ou plusieurs sous-domaines.

On pourrait néanmoins résumer la différence entre expert et non-expert par trois facteurs : la capacité de l'expert à reconnaître le problème (familiarité), à le résoudre efficacement (compétence) et à éviter de perdre du temps lors de la résolution (temps) (Eraut, 2005).

4. Identifier les experts

Pour distinguer le « niveau » d'expertise d'un individu, il sera utile de s'appuyer sur quelques critères comme son expérience, sa capacité à répondre (seul) à des questions relevant du domaine concerné, ses contributions (rédaction d'articles scientifiques, de livres de référence dans le domaine, une fonction d'enseignant, de mentor et/ou de conférencier…) et sa reconnaissance en tant qu'expert par sa communauté.

Ces critères ne sont pas toujours suffisamment représentatifs de la réalité et de l'objectivité des expertises. Cochran, Weiss et Shanteau ont proposé de calculer un indice de performance appelé CWS, d'après les initiales de leurs noms (Shanteau & Weiss, 2002, 2014). Cet indice traduit un certain consensus sur le statut d'expert et se fonde sur les connaissances actualisées plus que sur l'expérience, le comportement ou la médiatisation.

Pour cela, ils prennent en compte la consistance dans les jugements, c'est-à-dire le fait que ces jugements sur des problématiques analogues sont identiques à différents moments. Par exemple, le même type de diagnostic est attendu de la part d'un orthophoniste ou un professionnel de la santé confronté aux mêmes cas, mais à des occasions distinctes.

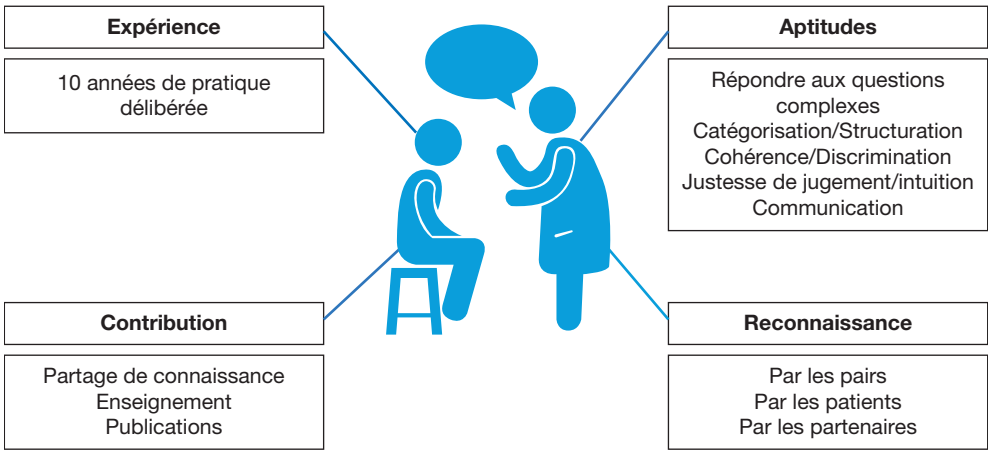
Ce critère n'est néanmoins pas suffisant pour garantir la qualité. Il faut y associer un autre critère : la capacité de discrimination, c'est-à-dire l'habileté à distinguer des cas similaires, mais pas identiques, de manière fine et à prendre en compte cette distinction dans le jugement. L'indice qui combine les deux critères consiste en un ratio de variances calculées sur une série de jugements livrés par le même expert, dont certains portent sur des cas répliqués de manière imprévisible.

L'expert ayant eu à se prononcer sur un nombre suffisant de cas, la variance de ses réponses sur des cas différents rendra compte de sa capacité à discriminer, alors que la variance des réponses à des cas identiques témoignera de son inconsistance. Le ratio discrimination/inconsistance s'élèvera alors en fonction de la qualité de l'expertise.

Les limites de cet indice résident dans le fait qu'il est relatif et individuel. Il est propre à un individu dans un domaine et ne permet donc pas de comparer des experts de domaines différents entre eux.

En résumé, nous pouvons considérer que les éléments sur lesquels on se basera essentiellement pour évaluer la qualité d'expert d'une personne sont son expérience (ou si possible, ses années de pratique délibérée), ses aptitudes à répondre aux questions dans son domaine, son niveau de contribution dans le développement des connaissances mobilisées et l'étendue de la reconnaissance par les autres.

Figure 3 Résumé des éléments d'identification



En recherchant des « experts orthophonistes » (du moins, déclarés comme tels), on peut en effet retrouver ces différentes caractéristiques : expérience dans différents contextes professionnels, organisation de formations, domaines d'intérêt plus spécifiques comme les troubles du langage écrit ou la dyslexie, participation active au sein de comités scientifiques, rédaction d'articles…

5. L'intelligence artificielle peut-elle remplacer l'orthophoniste ?

Aujourd'hui, dans de nombreux domaines, une crainte émerge : celle de voir l'intelligence artificielle prendre la place de certains professionnels en surpassant leur niveau d'expertise. À cette perspective radicale s'oppose une autre, bien plus intéressante : la collaboration entre intelligence humaine et intelligence artificielle pour optimiser les qualités de chaque partie. Pour montrer cette complémentarité, je vous propose ci-dessous la transcription de mes échanges avec ChatGPT dont la popularité ne cesse de croître.

Cette application conversationnelle d'OpenAI, facilement accessible, propose de la questionner sur tout sujet. Pour répondre, elle se fonde actuellement sur un ensemble d'informations issues de différentes sources en ligne jusque 2021 et utilise l'analyse prédictive ; autrement dit, elle fournit, à partir des connaissances disponibles, la réponse la plus probable, sans garantie d'exactitude ou de vérité. Elle n'en devient pas moins une nouvelle interlocutrice de choix.

Je vais donc lui laisser la place pour vous permettre de découvrir les réponses à quelques questions posées dans le cadre de ce sujet sur l'expertise.

Je lui ai d'abord demandé ce qu'était un orthophoniste…

> Un orthophoniste est un professionnel de la santé spécialisé dans la prévention, le diagnostic et le traitement des troubles de la communication, du langage oral et écrit, de la voix, de la parole, de la fluence (bégaiement) et de la déglutition.
> Les orthophonistes travaillent avec des personnes de tous âges, des nourrissons aux personnes âgées, qui peuvent présenter des troubles de la communication en raison de diverses causes telles que des troubles du développement, des traumatismes cérébraux, des troubles neurologiques, des troubles de l'apprentissage, des troubles psychologiques ou des problèmes de santé générale.
> Les orthophonistes utilisent une variété de techniques et d'outils pour évaluer les capacités de communication des patients, développer des plans de traitement et travailler avec les patients pour améliorer leur communication et leur qualité de vie. Ils travaillent souvent en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé tels que les médecins, les psychologues, les éducateurs et les travailleurs sociaux pour fournir des soins complets aux patients.

Ensuite, ce qu'était un expert…

> Un expert est une personne qui possède une connaissance approfondie et spécialisée dans un domaine particulier. Cette expertise peut être acquise par l'expérience professionnelle, la formation académique ou les deux.
> Un expert est considéré comme ayant une compétence supérieure dans son domaine d'expertise, ce qui lui permet de fournir des conseils et des recommandations précis et fiables à des individus, des organisations ou des gouvernements.
> Les experts peuvent être sollicités dans une variété de domaines, notamment la médecine, la finance, le droit, la technologie, les sciences sociales, les sciences physiques et bien d'autres. Ils peuvent travailler dans des entreprises privées, des organismes gouvernementaux, des organisations à but non lucratif ou comme consultants indépendants.
> Les experts sont souvent appelés à fournir des témoignages d'expertise dans des procédures judiciaires ou des arbitrages, pour aider à résoudre des litiges ou des questions techniques complexes. Ils peuvent également être appelés à

témoigner devant des commissions parlementaires ou à donner des conférences pour partager leur expertise avec des professionnels et des membres du public intéressés par leur domaine d'expertise.

Je l'ai alors confronté à ces deux réponses pour lui demander si l'orthophoniste pouvait être considéré comme un expert…

Oui, selon la définition de l'expert que j'ai donnée précédemment, on peut dire que l'orthophoniste est un expert. En effet, l'orthophoniste est un professionnel de la santé spécialisé dans la prévention, le diagnostic et le traitement des troubles de la communication, du langage oral et écrit, de la voix, de la parole, de la fluence et de la déglutition. Les orthophonistes possèdent une connaissance approfondie et spécialisée dans leur domaine d'expertise et sont considérés comme ayant une compétence supérieure dans la prise en charge de ces troubles. Ils sont en mesure de fournir des conseils et des recommandations précis et fiables à des individus, des organisations ou des gouvernements, ainsi que de travailler en collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour fournir des soins complets aux patients. De plus, les orthophonistes peuvent être appelés à fournir des témoignages d'expertise dans des procédures judiciaires ou des arbitrages, pour aider à résoudre des litiges ou des questions techniques complexes.

Et enfin, une intelligence artificielle, comme ChatGPT, peut-elle être utile aux orthophonistes dans le cadre de leur profession ?

Il est possible que l'intelligence artificielle puisse être utile aux orthophonistes dans le cadre de leur profession. Les orthophonistes travaillent avec des patients atteints de troubles de la communication, du langage, de la voix, de la parole, de la fluence et de la déglutition. Les avancées technologiques et l'IA peuvent aider les orthophonistes à fournir des soins plus précis et personnalisés à leurs patients. Par exemple, l'IA peut aider à développer des outils de diagnostic plus précis, à évaluer plus rapidement les capacités de communication des patients, à fournir des interventions plus efficaces et à personnaliser les plans de traitement pour chaque patient en fonction de leurs besoins individuels.
De plus, l'IA peut aider les orthophonistes à collecter et à analyser des données plus précises et exhaustives sur les patients, ce qui peut aider à identifier des tendances et à adapter les plans de traitement en conséquence.
Cependant, il est important de noter que l'IA ne peut pas remplacer les compétences et l'expertise d'un orthophoniste qualifié et formé, mais peut plutôt servir d'outil complémentaire dans le cadre de la prise en charge des patients.

Notez que si vous posez les mêmes questions à ChatGPT, il n'est pas impossible que les réponses soient quelque peu différentes. L'outil ne cesse en effet d'évoluer en fonction des questions et réponses validées, ainsi que des connaissances accessibles.

La transcription de cet échange n'en constitue pas moins une belle illustration du genre d'apport qu'un tel outil peut avoir. Sans en devenir « expert », il conviendra à chacun d'en appréhender l'utilisation, les caractéristiques et les limites dans le cadre de ses activités.

En effet, de nombreuses applications de ce type voient le jour ces dernières années : algorithme de traitement du langage pour aider les dyslexiques, aide à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, logiciel d'aide au bilan orthophonique, élaboration de protocoles de revalidation…

L'orthophoniste est donc bien un expert, ou plutôt, il maîtrise certains domaines avec un haut niveau d'expertise pour autant que cette maîtrise soit régulièrement entretenue et constamment développée. L'identification des domaines concernés et du niveau de maîtrise de chacun de ces domaines est essentielle tant pour se positionner en tant que professionnel de la santé, avec les autres professionnels et avec celles et ceux qui ne disposent pas de ces compétences

Pour l'aider dans cette démarche et surtout dans sa quête d'une valorisation de l'expertise, l'intelligence artificielle pourra s'avérer devenir un partenaire de choix pour développer ses connaissances et compétences et maintenir cette qualité relationnelle et de soins chez les orthophonistes.

6. Références bibliographiques

Afnor (2013), Norme NF X50-110 – Qualité en expertise : prescriptions générales de compétences pour une expertise, AFNOR.

Bootz J., Lievre P. & Schenk E. (2019), « L'enquête comme logique de sollicitation des experts en mode exploration : analyse de deux expéditions en milieux extrêmes », Innovation : Revue d'Economie et de Management de l'Innovation, 2019.

Brosset-Heckel V. & Champagne M. (2011), Management des expertises et veille, AFNOR Editions.

Dreyfus H. & Dreyfus S. (1986), Mind over Machine : the power of human intuition and expertise in the age computer, Blackwell.

Eraut M. (1994), Developing Knowledge and Competence, Routledge.

Eraut M. (2005), "Expert and expertise: meanings and perspectives", Learning in Health and Social Care, vol.4, Issue 4, p. 173-179.

Ericsson K. (1993), « The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance », Psychological Review, vol. 100, Issue 3, p. 363-406.

Garcia F. (2017), « L'expertise des orthophonistes dans le cadre des troubles du langage écrit », L'Orthophoniste, n° 374, p. 14-16.

Gobet F. (2018), « The Future of Expertise: The Need for a Multidisciplinary Approach », Journal of Expertise, vol.1, Issue 2.

Huber B. (1999), "Experts in organizations: the power of expertise" in International Conference of Academy of Business and Administrative Science (ABAS), Barcelone (Espagne).

Mieg H. (2009), Two factors of expertise? Excellence and professionalism of environmental experts, Routledge.

Mosier K. & Fischer U. (2011), Informed by Knowledge: Expert Performance in Complex Situations, Psychology Press, 2011.

Shanteau J., Weiss D., Thomas R. & Pounds, J. (2002), « Performance-based assessment of expertise : How to decide if someone is an expert or not », European Journal of Operational Research, Issue 136, p. 253-263.

Shanteau J. & Weiss D. (2014), « Individual Expertise vs Domain Expertise », American Psychologist, vol.69, Issue 7, p. 711-712.

Chapitre 5
La place des expert·es dans les situations d'expertise : Le cas de l'orthophonie en France

François Allard-Huver

1. Résumé

Dans ce texte, l'expertise est abordée au travers d'un questionnement double, portant à la fois sur les situations d'expertise dans lesquelles une experte ou un expert peut se trouver, et sur le statut d'expert et ses implications. L'analyse de différentes situations et leurs conséquences permet en miroir de réfléchir à la reconnaissance d'un statut d'experte ou d'expert pour les orthophonistes. Trois cas seront questionnés. En premier lieu, on évoque la posture de l'expert·e face aux *profanes*, c'est-à-dire face à un public auprès duquel il est amené à vulgariser ses connaissances. En deuxième lieu, on évoque la question du rapport de l'expert·e aux *commanditaires* et les questions qu'il est nécessaire d'aborder face à toute commande d'expertise. Enfin, nous aborderons en dernier lieu la place de l'expert·e dans les *controverses* et comment les situations d'incertitudes peuvent constituer autant de menaces et d'opportunités pour la reconnaissance d'un statut d'expert·e. L'analyse de ces situations permet également de tracer des pistes pour des recherches à venir.

2. Introduction

Dans le cadre de ce projet consacré à la réflexion sur les sciences orthophoniques, l'expertise et la définition de l'identité professionnelle des orthophonistes[1], nous souhaitons revenir sur trois points qui nous semblent importants pour questionner ce qu'être experte ou expert veut dire, en particulier lorsqu'on réfléchit à la situation des orthophonistes en France. D'autres ont pu définir précisément la place de

1. Projet IPOHE « Identité professionnelle de l'orthophoniste, aspects historiques et expertise » porté par le Collège français d'orthophonie (CFO)

l'expert·e, son niveau de connaissance, les implications de ce statut. Ici, nous nous intéressons plus spécifiquement à l'expert·e du point de vue des situations dans lesquelles elle/il intervient, et donc de son public, de son environnement (et des champs avec lesquels il interagit) et de sa place dans nos sociétés. En effet, on ne peut pas parler d'expert·e sans parler de « situation d'expertise ». Yann Berard et Renaud Crespin définissent cette situation d'expertise « comme la rencontre d'une conjoncture problématique et d'un savoir spécialisé » et invitent à considérer diverses relations : « les experts entre eux, avec leurs commanditaires ou les acteurs sociaux intéressés par la question qui leur est posée » (Bérard & Crespin, 2015). Parler d'identité et d'expertise, c'est parler d'altérité et de complexité. Parler d'expertise, c'est non seulement questionner *quand* les autres nous reconnaissent « comme », « en tant que », tout autant que *comment* ils reconnaissent que les « savoirs spécialisés », les pratiques, les objets que nous manipulons et que nous maîtrisons sont des savoirs qui méritent d'être considérés comme experts, voire « scientifiques ». On pose d'emblée la complexité d'un statut d'expert·e vis-à-vis des différents champs, des sphères discursives, mais également des espaces de reconnaissance de ce statut. Ainsi, avant de pouvoir être considéré et reconnu comme « expert » par le champ scientifique, le corpus théorique et pratique mobilisé par les orthophonistes – c'est-à-dire l'ensemble des « propositions » qu'ils formulent et qui forment un « savoir spécialisé » – doit être jugé comme appartenant au discours scientifique. Or, Michel Foucault dans *L'ordre du discours*, sa leçon inaugurale au Collège de France, rappelle qu' : « une proposition doit remplir de complexes et lourdes exigences pour pouvoir appartenir à l'ensemble d'une discipline ; avant de pouvoir être dite vraie ou fausse, elle doit être « dans le vrai » (Foucault, 2009). Ainsi, la reconnaissance de l'expertise est un processus long qui implique également une réflexion propédeutique d'ordre épistémologique sur les savoirs des orthophonistes avant de pouvoir considérer pleinement comment ils sont mobilisés et ils interagissent, dans des situations d'expertise avec d'autres savoirs issus d'autres disciplines et se confrontent à d'autres champs – juridique, médical, économique, etc. – circulant dans la sphère sociale.

Dans le cadre de l'expertise en orthophonie, la reconnaissance d'un statut d'experte ou d'expert est d'autant plus complexe que l'orthophonie, en tant que discipline et pratique professionnelle, s'appuie sur les sciences médicales tout autant que les sciences humaines et sociales, ou les sciences du langage. Or, ces dernières ont dans leur histoire été elles-mêmes confrontées à la difficulté de se constituer pleinement en tant que sciences, parce qu'elles travaillaient sur des objets et des situations dont l'identification a longtemps été sujette à débat au sein de la sphère académique. Dans le cadre du projet IPOHE, un travail sur l'histoire des sciences et l'histoire de l'orthophonie en tant que discipline – tout comme son interaction avec d'autres disciplines plus ou moins « installées » dans le champ universitaire et professionnel – sera nécessaire. En s'appuyant sur les travaux du sémiologue Louis Marin, on pourrait, au même titre que la linguistique, considérer que l'orthophonie est la « *méthode* de connaissance » d'un « *objet* à connaître », c'est-à-dire le langage, la parole, la voix comme objets scientifiques « nouveaux » bien qu'ils soient pourtant des objets

concrets aussi anciens que l'humain en tant qu'humain (Marin, 1994 : 30). Et comme le rappelle Ferdinand de Saussure, si c'est le « point de vue qui crée l'objet » (Saussure, Bally & de Mauro, 2005 : 23), encore faut-il que, d'une part, les « observateurs » soient reconnus comme légitimes à s'exprimer sur cet objet et que, d'autre part, cet objet soit reconnu comme un « objet scientifique » à part entière. Ainsi, la difficulté pour toute discipline « nouvelle » et qui s'appuie fortement sur les connaissances et les pratiques de ses praticiennes et praticiens est de faire reconnaître ses objets comme véritables objets de « recherches » auprès d'autres disciplines. C'est là tout le paradoxe de l'orthophonie qui a pu construire un corpus théorique important et pionnier sur les pathologies du langage, mais qui, d'un point de vue des codes propres au champ scientifique français, et notamment propres aux structurations disciplinaires et aux hiérarchies universitaires – sections de la Conférence nationale des Universités, diplômes adossés à des concours de l'enseignement secondaire ou encore genre et origines sociales des diplômés (Renisio, 2015) – semble souffrir d'un manque de reconnaissance. Comme le rappelle Jean Davallon, « l'émergence d'un nouveau domaine scientifique qui, proposant une certaine façon de construire des objets scientifiques, revendique une visibilité disciplinaire » ; un problème qui ne pourra pas simplement être résolu par la reconnaissance d'un statut d'experte et d'expert (Davallon, 2004).

Toutes choses étant égales par ailleurs, nous nous exprimons du point de vue d'une discipline, les sciences de l'information et de la communication, qui a été parfois confrontée aux mêmes problèmes que l'orthophonie. Parce qu'il s'agit d'une « interdiscipline » (Ollivier, 2000), jeune (née dans les années 1970 donc plus jeune même que l'orthophonie), construite à la croisée de nombreuses autres disciplines et traditions épistémologiques (histoire, sociologie, sciences du langage, philosophie, etc.), elle a souvent été confrontée à la difficulté de parler de ses objets aux autres disciplines, mais aussi de faire comprendre au public les objets sur lesquels elle travaille, plus encore de faire en sorte d'être reconnue comme expert·e (Ollivier, 2007). Ainsi, questionner l'expertise en orthophonie nous semble être une première étape ou un premier jalon dans la définition d'un « objet de recherche », dans la reconnaissance disciplinaire de l'orthophoniste et donc, *in fine*, de la reconnaissance des orthophonistes. Dans ce chapitre, nous nous intéressons donc tout particulièrement aux situations d'expertise et aux publics des orthophonistes. Trois publics, trois situations et trois postures spécifiques de l'expert·e seront donc abordés et invitent en retour les orthophonistes à travailler et préciser, dans une perspective épistémologique, les savoirs spécialisés sur lesquels ils s'appuient :

- La première situation est la posture de l'expert·e face aux *profanes*, c'est-à-dire ceux qui ne détiennent pas le savoir scientifique et la pratique professionnelle de l'expert – mais qui ne sont pas pour autant sans savoir(s).
- La deuxième situation est celle de l'expert·e face à ses *commanditaires*, c'est-à-dire celles et ceux qui « commandent » son expertise. Ici, c'est la question de son indépendance, mais également de sa liberté de parole.

- Enfin, la dernière situation, un peu particulière, duale, est celle de l'expert face aux *controverses*, dans des débats qui naissent parfois autour de controverses bien spécifiques dans lesquelles il est convoqué ou de controverses internes à sa discipline dont le public peut avoir connaissance.

2.1. L'experte face aux *profanes* : vulgarisation, langage et médiations

Premier public de l'expert·e, les *profanes*. Du latin *profanum*, c'est-à-dire ceux qui sont devant le temple. C'est une notion qui est en soi problématique, que les chercheurs remettent en cause depuis maintenant une trentaine d'années (jusqu'à parler *d'expertise profane*). Des travaux pionniers sur la sociologie des controverses ont montré que justement les associations de malades, des groupes d'habitants opposés à l'installation de centrales nucléaires ou encore les citoyens face à des problèmes sans réponse claire des pouvoirs publics étaient capables de développer et de produire leurs propres savoirs spécialisés (Callon, Lascoumes & Barthe, 2001). Des travaux ont également été menés sur les associations de malades (Barbot, 2015), les patients comme sujets « sachants » experts (*Politiques de communication 2017/2 [N° 9]* 2017) et sur la place des publics face à la maladie dans la sphère publique en général (*Questions de communication 2007/1 [n° 11]* 2007). Ces questions ont par ailleurs pu être traitées dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient (Tourette-Turgis & Thievenaz 2014), également en orthophonie, ce qui ouvre un champ de recherche intéressant à creuser et qui permet de réfléchir sur le statut de l'orthophoniste dans la relation thérapeutique et donc d'expertise entre le soignant et le soigné (Brin-Henry, 2014).

Ici, plutôt que de considérer ces publics de manière négative ou dans des situations spécifiques, nous pensons qu'il est intéressant de s'arrêter un moment sur le public qui ne détient pas le savoir scientifique et la pratique professionnelle de l'expert·e en général (et *a fortiori* de l'orthophoniste en tant qu'expert·e). Cela nous permettra également de réfléchir sur la place et la relation de l'expert face aux autres experts. Le modèle qui nous semble ici intéressant à mobiliser est celui de la vulgarisation scientifique, non pas perçue de manière péjorative, mais telle que définie dès 1686 par le philosophe Bernard de Fontenelle :

> *« Je dois avertir ceux qui liront ce livre, et qui ont quelque connaissance de la physique, que je n'ai point du tout prétendu les instruire, mais seulement les divertir en leur présentant d'une manière un peu plus agréable et plus égayée ce qu'ils savent déjà plus solidement ; et j'avertis ceux pour qui ces matières sont nouvelles que j'ai cru pouvoir les instruire et les divertir tout ensemble. » (Fontenelle, 2005)*

Cette définition donne toute sa valeur à la « vulgarisation » vue comme une activité positive et qui, loin de réduire la valeur d'un énoncé à sa complexité, considère avant

tout l'importance de la situation d'interaction entre l'énonciateur et le récepteur. Dès lors, lorsque l'expert s'adresse aux publics *profanes*, il peut tout aussi bien s'adresser à des collègues, qui ne partagent pas le même niveau de connaissances remarquables que lui sur un sujet spécifique, à un médecin qui a besoin d'un avis de spécialiste sur un patient qu'il a adressé, qu'à un public qui n'y connaît rien ou pas grand-chose, mais qui a envie ou besoin d'en savoir plus (un patient, ses parents, des proches ou le grand public) :

> *« La vulgarisation s'adresse à tout le monde, sans exception. En effet, le spécialiste, qui est aussi un profane en dehors du champ de sa spécialité, a besoin de la vulgarisation pour s'informer de ce qui se fait dans d'autres régions du savoir et pour ne pas oublier le sens de sa propre pratique parcellaire au sein de l'ensemble » (Jurdant, 2009 : 47).*

Loin d'être une activité anecdotique ou exceptionnelle, la vulgarisation devient alors une activité positive, valorisante et centrale de l'expert·e.

Dès lors, c'est au travers d'une dimension bien particulière qui est, par ailleurs, centrale à l'activité de l'orthophoniste qu'est mobilisée en premier lieu la compétence de l'expert·e : le langage. En effet, comme le rappelle Baudouin Jurdant, vulgariser devient alors l'activité de : « transposer à l'usage de tous ce qui a été conçu et élaboré dans le langage de quelques-uns » (Jurdant, 2009 : 38). Cette activité bien souvent est oubliée de ceux-là mêmes qui la pratiquent. Elle est devenue infraordinaire parce que l'expert·e maîtrise un langage expert qu'il se doit d'apporter aux autres. On est alors dans la posture du médiateur, du traducteur. On transpose bien souvent des langages provenant de discours autres, de disciplines autres. Ainsi, par ce travail de constitution d'un langage spécifique, professionnel, voire d'un « discours » scientifique au sens fort de Foucault, l'orthophoniste – spécialiste du langage et de l'échange avec ceux pour qui communiquer est problématique – construit non seulement une identité professionnelle, mais également une identité experte vis-à-vis d'autres professions et d'autres professionnels de la santé. En s'inspirant des travaux fondateurs de Daniel Jacobi (1990) et Jean Davallon (2004), des recherches supplémentaires, à l'instar de celles effectuées dans le cadre du projet OrthoCorpus[1], pourraient être conduites sur le rôle central des publications professionnelles et scientifiques au sein de la discipline, par exemple, *Rééducation Orthophonique*, *Glossa*, ou encore *L'Orthophoniste*. Le travail d'édition scientifique, de validation d'un contenu par les pairs et de sa circulation dans une communauté scientifique, du spectre de la publication scientifique à la littérature grise, peut en effet contribuer à fournir des éléments de reconnaissance d'une discipline vis-à-vis d'autres disciplines.

Plus encore, le travail de vulgarisation et la circulation des concepts de l'orthophonie en dehors de son champ théorique « originel » conduisent les orthophonistes à exercer de plus en plus le rôle de médiateurs et de « communicants » de leurs expertises (Jeanneret, 2008). Ce faisant, le corpus théorique et la pratique se structurent et

1. https://oto-fr.atilf.fr/projets/orthocorpus/

se renforcent au travers d'exercices qui conduisent les experts à faire preuve de réflexivité sur leur pratique tout autant qu'à déterminer ce qui relève des « procédures normées » et des « savoirs implicites » propres à leur activité (Le Marec, 2002). Ainsi, en ancrant la vulgarisation des savoirs pour des *profanes*, c'est-à-dire dans l'échange avec les patients, par exemple sur les résultats des expertises menées ou pour l'engagement dans un parcours thérapeutique, l'orthophoniste devient « médiateur » de son langage professionnel et, en somme, un·e expert·e. De plus, les orthophonistes échangent avec leurs patients sur les résultats des expertises menées pour évaluer les difficultés et s'engager ensemble dans un parcours thérapeutique.

2.2. L'expert(ise) face à ses *commanditaires* : une posture à définir, une commande à cadrer, des questions à (se) poser

Le deuxième public de l'expert et deuxième situation qui nous intéresse, est celle de l'expert·e face à celles et ceux qui « commandent » son expertise. Dans ce cadre nous nous intéressons à trois points spécifiques : la posture de l'expert·e face à ses *commanditaires*, le cadrage d'une commande et les questions qu'il revient alors de poser aux commanditaires tout comme celles que l'expert·e doit se poser.

De prime abord, il est important de distinguer celle ou celui qui est expert·e et la situation dans laquelle il/elle est appelé à faire « usage » de son expertise (Munagorri, 2002). En effet, la parole de l'expert est ambiguë. Il faut distinguer ceux qui sont « mandatés en tant qu'experts » dans le cadre d'une délégation de pouvoir, qui ne sont pas libres de leur parole, mais qui mettent « leurs connaissances au service de [leur] rôle politique de négociateur» et ceux qui sont « mandés comme expert » et dont on attend qu'ils usent leurs connaissances pour « contribuer à l'élaboration d'un « jugement de vérité » sur tel ou tel aspect d'un problème donné » (Roqueplo, 1997 : 13). Ainsi, si on agit en délégation, en tant « qu'expert », il faut bien se poser la question de savoir si on est *mandé*, auquel cas on conserve une liberté propre, ou si on est *mandaté* par un acteur autre – judiciaire, scientifique, politique – pour s'exprimer sur un sujet. Comme le rappelle Philippe Roqueplo, celui qui est mandaté n'est pas totalement libre, car on lui demande d'agir en tant que délégataire d'un certain pouvoir décisionnaire et de défendre la position de ce pouvoir. Il n'est alors pas un « expert », mais en « situation d'expertise », « en raison de sa compétence dans le domaine qu'on lui confie un rôle particulier, mais ce rôle ne consiste nullement dans ce cas, à formuler une expertise » (Roqueplo, 1997 : 12). Ainsi dans un contexte d'expertise juridique, l'orthophoniste peut être amené à limiter le savoir qu'il apporte à la commande qu'on lui a faite et donc par-là à limiter sa liberté de parole.

En effet, dans de nombreux cas, l'expert·e est convoqué·e dans le cas d'une « commande » ou d'une « saisine », où on va attendre qu'il délivre le savoir dont il ou elle est dépositaire, voire qu'il défende une position en s'appuyant des connaissances

qui sont les siennes. Cette commande est bien souvent problématique, car comme le rappelle Olivier Boraz :

> *« Le décideur n'a pas forcément une idée claire de ce qu'il attend de l'expertise, mais il a un problème complexe à gérer ; sa question est souvent ambiguë et nécessite une reformulation par les experts ; le décideur peut souhaiter recueillir des éléments de connaissance, mais aussi l'avis des experts quant aux mesures à prendre » (Borraz, 2015).*

Ce flou initial est bien souvent alors source de confusion sur la place de l'expert et sur son rôle, mais aussi, *in fine*, sur ce qu'on attend de lui !

Dès lors, la question de la « commande » formulée par le commanditaire devient fondamentale. Les relations avec les commanditaires, par exemple, le médecin prescripteur d'un bilan, d'autres professionnels de santé dans le parcours de soin, ou encore des parents doivent conduire à une réflexion préalable de l'orthophoniste sur la commande. Il est alors nécessaire de soulever plusieurs points en tant qu'expert·e et de (se) poser plusieurs questions :

- Qu'est-ce qui est, réellement, attendu de moi ?
- Ai-je les connaissances nécessaires ?
- Mais surtout, qui (me) commande ?

Cette dernière question est en soi cruciale, car elle renseigne les deux précédentes, mais pose également en filigrane l'interrogation sur le cadrage de l'expertise attendue. Comme le rappelle Olivier Borraz :

> *« La commande peut être très large, laissant une marge de manœuvre élevée aux experts, ou au contraire étroite, limitant leur capacité de jugement. Elle peut exclure volontairement des dimensions du problème en demandant aux scientifiques de ne se concentrer que sur certains points bien précis. Bref, la commande, en cadrant le problème, cadre aussi le travail d'expertise. » (Borraz, 2015)*

Par extension, l'orthophonie est en prise à des considérations parfois contradictoires au cours de la rédaction du compte-rendu de bilan orthophonique, document qui est au cœur de la communication des savoirs et de l'expertise des orthophonistes. En effet, le praticien devra sélectionner le degré de détail et le besoin de l'interlocuteur (médecin prescripteur, patient, institution de type MDPH[1]…), afin d'ajuster le contenu de ce document. Celui-ci sert à indiquer le diagnostic orthophonique en le justifiant, à rendre lisible l'expertise du praticien, mais il sert également dans certains cas au patient à faire reconnaître ses droits, à être reconnu dans son atypicité qui devient alors une pathologie. Ainsi, être expert·e, c'est d'abord définir les limites de sa parole et de la situation dans laquelle son expertise va être

1. Maison départementale des personnes handicapées

requise. Il en découle alors tout un problème de confiance dans l'expert·e – puis-je faire confiance à celui ou celle qui apporte son expertise sur ce sujet ? – et de reconnaissance, y compris financière, entre les différentes professions médicales et paramédicales. Lorsqu'elle parle, cherche-t-elle à défendre mes intérêts ou à répondre à une « commande » d'un acteur qui pourrait avoir des intérêts différents des miens ? Ces interrogations sont d'autant plus centrales dans un contexte où, de plus en plus de citoyens font montre d'une méfiance dans la parole des experts (Nabli, Agacinski & Gimbert, 2018), dans la science (Hervois, 2021) et notamment dans l'indépendance des experts dans un contexte d'évolution de l'environnement médiatique (Allard-Huver, 2020a ; 2020 b). On en vient alors à se poser la question de la place de l'expert·e dans la société.

3. L'experte face aux *controverses* : normalité, incertitudes, co-constructions

La troisième situation qui nous intéresse est celle de la place de l'expert dans la société lors des *controverses*. Ici, nous distinguons plus particulièrement les débats qui naissent parfois autour de controverses externes au champ scientifique de l'orthophonie et dans lesquelles l'orthophoniste est convoqué en tant qu'expert, les débats propres aux controverses internes au champ scientifique de l'orthophonie dont le public peut avoir connaissance au travers de leur médiatisation (Allard-Huver, 2020b) ou de leur mise à l'agenda public (McCombs & Shaw, 1972).

En premier lieu, la controverse fait partie de la vie (normale) de la science. Elle fait partie des processus qui contribuent à la construction et à la structuration d'un corpus théorique propre à une discipline (Kuhn, 2012). Dès lors, il est normal qu'à partir du moment où une discipline se structure et avance dans l'institutionnalisation de son corpus théorique, elle se retrouve face à des situations où le savoir n'est pas encore totalement défini, là où la science achoppe et où l'incertitude domine. C'est souvent le cas pour des controverses « internes » à une discipline, qui voient parfois s'affronter des paradigmes différents, par exemple, sur la prise en charge d'une pathologie comme l'autisme (Wacjman, 2013), sur des enjeux classificatoires comme pour les troubles neurodéveloppementaux ou encore sur des recommandations propres aux bonnes pratiques en langage écrit[1]. Lorsque l'expert·e est confronté·e à l'incertitude, la règle est la transgression du savoir :

> *« Les experts lorsqu'ils s'adressent aux politiques, ne leur disent pas « Nous savons ceci ou cela […] ». Ils disent que malgré l'insuffisance des connaissances dont ils disposent, « ils sont convaincus que », « ils estiment que » et ils moulent l'expression*

1. Recommandations de Bonne Pratique en langage écrit, https://www.college-francais-orthophonie.fr/recommandations-de-bonne-pratique-en-langage-ecrit/

> *de ces convictions dans le langage qu'ils ont l'habitude d'utiliser, c'est-à-dire le langage de la science. […] L'exigence de répondre inscrite dans la notion même d'expertise a donc pour conséquence que l'expertise scientifique transgresse alors inéluctablement les limites du savoir scientifique sur lequel elle se fonde » (Roqueplo, 1997 : 20).*

Ainsi, le langage scientifique, en situation d'incertitude, ne véhicule plus des connaissances fermes et définitives reconnues comme des paradigmes « solides », mais des connaissances « liquides » sur lesquelles la politique se fonde pour prendre des décisions qui impactent la santé du public en général, quand bien même ces connaissances ne sont pas toujours fiables. Être expert·e dans cette situation est donc complexe : comment prendre position dans un débat scientifique lorsque la « science est en train de se faire » ? La controverse touche ainsi un point récurrent du questionnement que se posent les experts en tant que médiateurs du savoir et la position complexe qu'ils ont au sein des rapports entre science et société : « [les experts] peuvent être considérés à juste titre comme des usurpateurs, ce que viennent confirmer leurs propres incertitudes quant à leur statut de vulgarisateur ; incertitudes qui ne manquent pas de surprendre dans la mesure où ils *ont quand même* un statut » (Jurdant, 2009 : 41).

La place des expert·e·s dans les controverses est devenu de plus en plus difficile face à des injonctions ou des démarches de plus en plus formalisées : *evidence based practice*, procéduralisation, etc. La situation se complique encore lorsqu'il y a médiatisation de la controverse, c'est-à-dire lorsqu'un tiers qui n'est pas scientifique ou professionnel de santé, est convoqué pour arbitrer la controverse comme la justice ou l'opinion publique dans certaines « affaires » célèbres comme le médiator, le chlordécone ou encore le glyphosate (Allard-Huver, 2021). On peut alors très vite basculer dans une polémique médiatique et là, les règles ne sont plus les mêmes.

Nonobstant, la controverse peut aussi être pour les expert·e·s, un moment d'échange et de co-construction d'un savoir qui n'est pas confiné dans des enceintes auquel le public n'aurait pas accès. Les travaux sur les « forums hybrides » ont notamment permis de mettre en avant les associations de malades, tout comme l'idée que permettre aux experts d'échanger et de co-construire avec les *profanes* ou ici avec les « patients partenaires » permettait de créer des lieux de « délibération-conversation » c'est-à-dire une :

> *« [Discussion] libre (aucune idée ni aucun argument ne sont exclus* a priori*) et ouverte à tous les membres du corps social concerné, chacun des participants est placé à égalité avec tous les autres, est tour à tour orateur et auditeur dans un esprit de respect de la force du meilleur argument. » (Ancori, 2009)*

On croise ici les enjeux de la consultation et du débat comme les fondements d'un rapport aux autres acteurs d'une controverse, qui sans dénier l'expertise propre aux professionnels, reconnaît à la parole des autres acteurs un rôle dans la co-construction d'un savoir et d'une réponse à une situation controversée :

> *« Nous considérons que des controverses constituent un enrichissement de la démocratie. L'expertise savante comme le volontarisme politique lorsqu'ils prennent la forme d'un discours d'autorité échouent à répondre aux interrogations des citoyens concernés. »* (Callon, Lascoumes & Barthe, 2001 : 59)

Donner la parole aux non experts, et à plus forte raison, que les experts donnent la parole et écoutent les questionnements des *profanes* (qu'ils soient patients, parents, aidants ou simplement intéressés), est un exercice d'humilité et de réflexivité important qui loin de dévaluer les experts, les renforce dans une posture de médiateur du savoir. Dans un contexte d'inégalité d'accès aux soins, d'inégalité sociale de santé, mais également de défiance vis-à-vis des experts qu'on soupçonne d'être au service des seuls intérêts privés, rétablir des structures de dialogue tout en renforçant l'identité professionnelle des experts est un mouvement logique et cohérent qui permet légitimer et de reconnaître la valeur des expert·e·s dans la société en général. Dès lors, s'appuyer sur ces espaces de légitimité et sur des « relais » d'opinion – qu'ils soient citoyens, patients ou autres professionnels de la santé – qui reconnaissent l'importance des orthophonistes comme experts peut permettre de renforcer leur légitimité et leur influence auprès d'autres champs institutionnels ou politiques dans une stratégie de relations publiques qui partirait de la « base » (Libaert & Pierlot, 2005).

4. Conclusion

D'un point de vue scientifique et disciplinaire, si la reconnaissance comme professionnel de santé des orthophonistes ne fait plus de doute aujourd'hui, la reconnaissance comme expert·e de la santé est encore à construire et passe sans doute par une certaine forme « d'adoubement » par les instances disciplinaires qui font sens et autorité au sein du « champ scientifique » (Bourdieu, 1976 ; 1997) français (CNU, doctorat, etc.). Au-delà de ces enjeux concomitants à la structuration d'un champ, d'une discipline et donc d'un corpus de savoirs propres, l'expert·e est bien souvent dans une posture double, parfois fluctuante, vis-à-vis du savoir et des publics qui l'interrogent. S'il est souvent en position de « sachant » propre à accompagner, par exemple, le patient face à une pathologie bien connue et maîtrisée, il est aussi parfois en position de « non-sachant », ce qui est parfois inconfortable surtout lorsque les limites du savoir, de la connaissance et de la science rencontrent la volonté de savoir – la sienne propre, celle d'une profession entière ou celle des patients et du public. On touche ainsi un point récurrent du questionnement que se posent les experts en tant que médiateurs du savoir et la position complexe qu'ils ont au sein des rapports entre science, société et grand public. Cette situation est d'autant plus inconfortable qu'on attend beaucoup de ceux qui savent et plus encore, en situation d'incertitude, on attend des expert·e·s, qu'elles/ils apportent du savoir et des réponses, et non pas qu'ils posent des questions ! Dès lors, être expert·e, c'est faire preuve avant tout de réflexivité et reconnaître les limites de sa connaissance.

Ainsi, loin d'être exhaustif, ce travail effectué au sein du projet IPOHE nous invite à envisager un certain nombre de pistes de recherche qui permettront d'explorer plus avant la question de l'expertise et du statut d'expert·e des orthophonistes. Plusieurs objets de recherche se dégagent selon nous et devront faire l'objet de travaux plus approfondis :

1. l'analyse des situations d'expertise spécifiques aux orthophonistes ;
2. l'étude des productions scientifiques au sein de la discipline, allant des revues aux colloques ;
3. l'étude des dispositifs (de formation par exemple) et des « artefacts » produits par la discipline, et en particulier le bilan orthophonique ;
4. l'analyse des controverses internes à la discipline et de leur médiatisation tout comme les controverses externes où les orthophonistes sont convoqués.

Il ne s'agit pas là de pistes exhaustives et ce travail pourra s'accompagner d'une étude de la médiatisation des orthophonistes, de leur pratique et de leur métier, comme autant de situations où leurs savoirs experts sont mis en visibilité, circulent et prennent sens au sein du corps social, comme autant de moments où elles et ils sont reconnu.es comme et en tant qu'« expert·e·s » par la société et les autres acteurs du champ scientifique.

5. Références bibliographiques

Allard-Huver F. (2020a). « Savoirs, dispositifs et médiations des risques alimentaires : le scandale des œufs contaminés au fipronil », *Les Enjeux de l'information et de la communication*.

Allard-Huver F. (2020b), « Gilles-Éric Séralini ou la transgression des médiations « traditionnelles » du savoir ? » *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n° 20, https://doi 10,400 0/rfsic.9397.

Allard-Huver F. (2021). « Glyphosate, la « guerre des urines » a bien eu lieu », *Les Enjeux de l'information et de la communication,* vol. 223, n° S2, p. 11-24.

Ancori B. (2009), « Expertise et citoyenneté : les Grecs anciens et nous. De l'agora antique aux forums hybrides modernes », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 3, n° 3, p. 485-529. https://doi 10.3917/rac.008.0485.

Barbot J. (2015), *Association de malades*, Presses de Sciences Po. ISBN 978-2-7246-1760-3, en ligne : https://www.cairn.info/dictionnaire-critique-de-l-expertise--9782724617603-page-49.htm

Bérard Y. & Crespin R. (2015), *Situation d'expertise*, Presses de Sciences Po, en ligne : https://www.cairn.info/dictionnaire-critique-de-l-expertise--9782724617603-page-294.htm

Borraz O. (2015), *Commande,* Presses de Sciences Po, en ligne : https://www.cairn.info/dictionnaire-critique-de-l-expertise--9782724617603-page-64.htm

Bourdieu P. (1976), « Le champ scientifique », *Actes de la Recherche en Sciences sociales,* vol.2, n° 2, p.88-104. https://doi 10,340 6/arss.1976.3454.

Bourdieu P. (1997), *Les usages sociaux de la science*, Éditions Quæ.

Brin-Henry F. (Dir.) (2014), « L'Éducation thérapeutique du Patient en Orthophonie », *Rééducation Orthophonique* n° 259, Isbergues, Ortho Édition

Callon M, Lascoumes P & Barthe Y. (2001), *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique,* Paris, Éditions du Seuil, La couleur des idées.

Davallon J. (2004), « Objet concret, objet scientifique, objet de recherche », *Hermès, La Revue,* vol.38, n° 1, p. 30-37.

Fontenelle B. (2005), *Entretiens sur la pluralité des mondes,* La Tour-d'Aigues : Éditions de l'Aube.

Foucault M. (2009), *L'ordre du discours : Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 decembre 1970*. Impr. Paris, Gallimard.

Hervois P. (2021), *Les Français et la science, Représentations sociales de la science 1972-2020 Science et You : 2021,* Nov. 2021, Metz, Université de Lorraine.

Jacobi D. (1990), « Les séries superordonnées dans les discours de vulgarisation scientifique », *Langages,* vol. 25, n° 98, p. 103-114. https://doi 10,340 6/lgge.1990.1585.

Jeanneret Y. (2008), *Penser la trivialité*, Paris, Hermès science publications ; Lavoisier. Communication, médiation et construits sociaux.

Jurdant B. (2009), *Les problèmes théoriques de la vulgarisation scientifique,* Paris, Archives contemporaines, Études de sciences.

Kuhn T. (2012), *The structure of scientific revolutions,* Fourth edition. Chicago, London, The University of Chicago Press.

Le Marec J. (2002), *Ce que le « terrain » fait aux concepts : Vers une théorie des composites. Habilitation à diriger des Recherches*. Paris 7.

Libaert T. & Pierlot J -M. (2005), *Les Nouvelles Luttes sociales et environnementales. Notre-Dame-des-Landes, droit au logement, gaz de schiste, expérimentation animale…*, Paris, Vuibert. Signature.

Marin L. (1994), « Modèle linguistique et sujet signifiant ». In: *De la représentation,* Marin, L. (dir.), Seuil/Gallimard.

Mccombs M.E. & Shaw D.L. (1972), The Agenda-Setting Function of Mass Media, *The Public Opinion Quarterly*, vol. 36, n° 2, p. 176-187.

Munagorri R. E. de. (2002), The Status of the Expert. *Revue française d'administration publique*, vol. 103, n° 3, p. 379-389.

Nabli B., Agacinski D. & Gimbert V. (2018), *L'expertise face à une crise de confiance ?* En ligne : https://www.strategie.gouv.fr/publications/lexpertise-face-une-crise-de-confiance

Ollivier B. (2000), *Observer la communication : naissance d'une interdiscipline*, Paris, CNRS éditions.

Ollivier B. (2007), *Les sciences de la communication : Théories et acquis,* Paris, Armand Colin.

Politiques de communication 2017/2 (N° 9), 2017, en ligne : https://www.cairn.info/revue-politiques-de-communication-2017-2.htmCairndomain : www.cairn.info

Questions de communication 2007/1 (n° 11), 2007, en ligne : https://www.cairn.info/revue-questions-de-communication-2007-1.htmCairndomain : www.cairn.info

Renisio Y. (2015), « L'origine sociale des disciplines », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 210, n° 5, p. 10-27. https://doi 10.3917/arss.210.0010.

Roqueplo P. (1997), *Entre savoir et décision, l'expertise scientifique*. Éditions Quæ.

Saussure F. de, Bally C. & De Mauro T. (2005), *Cours de linguistique générale,* Éd. critique, [Nachdr. der Ausg. 1916], Paris, Payot.

Tourette-Turgis C. & Thievenaz J. (2014), « L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche », *Savoirs,* vol. 35, n° 2, p. 9-48. https:// doi 10,391 7/ savo.035.0009.

Wacjman C. (2013), « Que nous enseigne la controverse sur l'autisme ? », *Psychologie Clinique*, vol. 36, n° 2, p. 8-30. https://doi 10,105 1/psyc/201 336 008.

PARTIE 3
La pratique de l'orthophonie

Chapitre 6
L'expertise et le raisonnement cliniques de l'orthophoniste dans la pratique évaluative

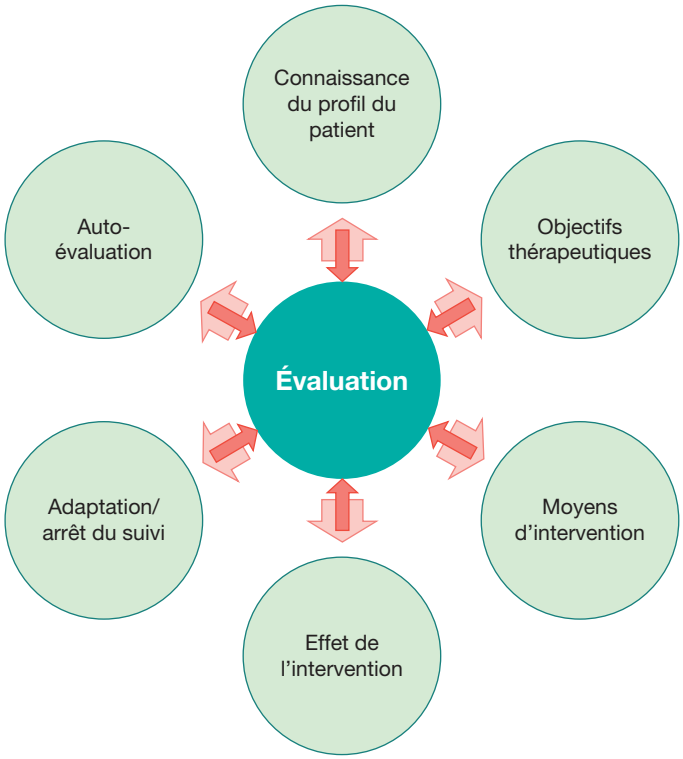
Guillaume Duboisdindien
Julie Cattini

1. Contexte

L'évaluation est une procédure systématique réalisée sous l'expertise de l'administrateur, dont le but est de collecter des informations objectives de diverses sources afin de caractériser les difficultés du patient pour diagnostiquer, envisager un pronostic, caractériser des objectifs de traitement, établir des recommandations mais aussi mesurer l'efficacité des solutions de traitement proposées (ASHA, 2023). Il s'agit d'un processus dynamique, cyclique et continu qui ne s'arrête pas à l'évaluation initiale mais qui aborde de nombreux pans de la relation thérapeutique (Figure 1). L'évaluation n'est donc pas une fin en soi, mais un moyen d'aider le patient (Youngstrom *et al.*, 2017). Cette démarche doit être individualisée et demande notamment au clinicien de s'adapter aux réactions et à l'évolution du patient au regard de facteurs contextuels.

Le processus de prise de décision clinique en évaluation est complexe car il repose sur un système de règles implicites. Cela concerne aussi bien la sélection du test, l'interprétation des données, la valeur donnée à chaque source d'informations ainsi que l'intégration des données collectées entre elles (Denman *et al.*, 2019 ; Fulcher-Rood *et al.*, 2018). Au regard du Bulletin officiel qui régit les compétences de l'orthophoniste en France, ce raisonnement clinique doit par ailleurs s'intégrer dans un cadre de travail multidisciplinaire (ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2013). En effet, la complexité principale de cette profession, dans la plupart des pays, réside dans cette singularité que l'orthophonie couvre plusieurs domaines d'intervention aussi bien dans la pédagogie, la réadaptation, le langage et la communication que la psychologie, en s'adressant à tous les âges de la vie, au sein de nombreux environnements d'exercice (ASHA, 2016).

Figure 1 Processus cyclique et boucle rétroactive de la pratique évaluative de l'orthophoniste



1.1. L'expertise clinique

Comprendre l'expertise qui découle de cette profession à l'intersection de plusieurs disciplines, est primordial pour 1) développer des stratégies d'évaluation réalistes pour la pratique clinique, 2) pour former les étudiants de cette discipline et les orthophonistes au raisonnement clinique en contexte d'évaluation et surtout pour 3) avoir une incidence significative dans l'action diagnostique, pronostique et thérapeutique auprès des patients. Deux enjeux se dégagent pour se saisir du propos qui est le nôtre et qui s'intègre à cet ouvrage collectif. Tout d'abord, interroger la notion d'expertise au regard de l'expérience clinique et *a fortiori*, distinguer la notion de raisonnement clinique dans le cadre de l'évaluation – typiquement au sein cette profession. Il s'agit de deux notions qui connaissent une grande variété de définitions selon les domaines de recherche (Fissel *et al.*, 2022) et qui restent complexes à s'approprier dans une perspective clinique. Nous proposons pour commencer de définir l'expertise et le raisonnement cliniques afin de les caractériser pour le compte de l'évaluation orthophonique plus loin.

En premier lieu, la notion d'*expertise* dans le domaine clinique est encore difficile à délimiter et souvent confondue avec le *temps de pratique* ou l'acquisition d'une *intuition clinique* (Quast & Seidel, 2018). Il n'est pas rare qu'une personne soit

considérée ou parfois même s'auto-proclame experte d'un domaine car elle incarne une personne qui a acquis une grande habileté par l'expérience et par la pratique. Ce type de profil renvoie à la notion de pseudo-expertise (Fuhrer *et al.*, 2021 ; Goldman, 2018). Les domaines de la psychologie sociale et de la philosophie analytique renseignent ce qui figure la personne dite experte (Fuhrer *et al.*, 2021). L'expert doit, certes, connaître la véracité d'un certain nombre d'énoncés (eng. *statement*) sur son sujet d'expertise, mais également être en mesure de les comprendre. Dans ce contexte, la compréhension est définie comme la capacité à saisir des liens systématiques entre les éléments d'un ensemble complexe, ou à acquérir un aperçu de certaines relations entre des éléments d'un ensemble plus large d'informations. L'expert doit savoir comment et dans quelles ressources chercher les informations valides en l'absence de connaissances sur le sujet et avoir une connaissance de son domaine (*e.g.* connaitre les questions considérées comme résolues et les questions controversées).

Un orthophoniste expert serait donc un professionnel de santé ayant développé une pratique professionnelle particulièrement habile et raisonnée dans un domaine spécifique avec des connaissances théoriques et cliniques rationnelles sur ce même domaine (Finn, 2011 ; Finn *et al.*, 2005 ; Gambrill, 2012 ; Lilienfeld *et al.*, 2014). Selon l'angle pris dans ce chapitre, l'orthophoniste dit expert est en mesure de remettre en cause sa pratique au regard de données actualisées, de réaliser des recherches pertinentes pour trouver des réponses à ses questions et de faire preuve d'intégrité quant à ses limites intellectuelles. En outre, il est important de préciser que le nombre d'années d'expérience ne suffit pas à considérer un praticien comme un expert. En effet, les études en psychologie montrent qu'il n'y a pas de corrélation entre le nombre d'années d'expérience et l'expertise, c'est-à-dire l'aptitude à résoudre une situation problème en suivant un raisonnement rationnel et appuyé sur des données cliniques, environnementales et scientifiques (Baker *et al.*, 2006 ; Spengler & Pilipis, 2015). Ainsi, souhaiter acquérir une expertise dans tout le répertoire disciplinaire du métier au sein d'un temps de pratique suffisant pour acquérir de l'expérience, en plus du caractère extrêmement fluctuant de l'accompagnement humain qu'il exige, semble illusoire et peu pertinent. En considérant cette réalité, une approche pragmatique de l'évaluation clinique, par ce qui constitue les processus transversaux intellectuels et pratiques de ce métier semble plus réaliste et bénéfique. Cette réflexion renvoie à toute une littérature qui prend de l'expansion à travers de nombreuses disciplines médicales autour du sujet du raisonnement clinique.

1.2. Le raisonnement clinique

Les définitions du raisonnement clinique varient considérablement selon les auteurs. Un certain nombre de théories issues des sciences humaines et sociales et des sciences médicales, alimentent la recherche à son sujet (Young *et al.*, 2018). Dans le cadre de ce chapitre, le raisonnement clinique est défini comme une compétence, un processus ou un résultat dans lequel les cliniciens observent, collectent et interprètent des données pour diagnostiquer et traiter les patients (Eva *et al.*, 2007 ; Gruppen, 2017). Le

raisonnement clinique implique des opérations cognitives conscientes et inconscientes qui interagissent avec des facteurs contextuels (Diepeveen *et al.*, 2020 ; Dudding & Pfeiffer, 2018 ; Durning & Artino, 2011). Les facteurs contextuels comprennent, sans s'y limiter, les circonstances et les préférences propres au patient ainsi que les caractéristiques de l'environnement de travail. Plusieurs composantes du raisonnement clinique peuvent être identifiées : la collecte d'informations, la formulation d'hypothèses, la représentation du problème, l'établissement d'un diagnostic différentiel, la sélection d'une plainte principale, la justification du diagnostic et l'élaboration d'un plan d'accompagnement ou de traitement orthophonique (Higgs & Jones, 2000). Ce paradigme de raisonnement clinique à l'aune de la pratique évaluative de l'orthophoniste constitue le fondement du présent chapitre. Les instances professionnelles et centres universitaires internationaux en santé décrivent tous le raisonnement clinique comme une compétence essentielle (Ajjawi & Higgs, 2012 ; Cumming & Ross, 2007 ; Gordon *et al.*, 2022). Caractériser sa présence au sein des pratiques évaluatives des orthophonistes nécessite de proposer un cadre conceptuel pour éclairer les futures prises de décision clinique des lecteurs.

Dans ce chapitre, nous explorons l'expertise en orthophonie dans le domaine de l'évaluation. Nous posons l'hypothèse que c'est à travers le paradigme réflexif, relationnel et procédural dans lequel s'inscrit le *raisonnement clinique* que l'expertise de l'orthophoniste se déploie à l'avantage des bénéficiaires (i.e. patients, aidants, chercheurs et société). Dans ce chapitre nous aborderons 1) ce qui constitue le raisonnement clinique *idéal*, c'est-à-dire pragmatique et avisé du point de vue de la pratique évaluative en orthophonie pour aborder ensuite en 2) les facteurs qui limitent cette pratique sur le terrain clinique. Enfin, nous caractériserons en 3) les stratégies qui ouvrent la voie à l'amélioration de la pratique évaluative pour l'orthophoniste, en vue d'offrir un accompagnement clinique de haute qualité.

2. La pratique évaluative raisonnée

De nombreuses études proposent des recommandations cliniques pour réaliser une évaluation répondant aux standards de qualité attendus que cela soit pour la sélection des épreuves, l'interprétation des données ou encore la connaissance des critères diagnostiques (Bates & Titterington, 2017 ; Daub *et al.*, 2021 ; Fabiano-Smith, 2019 ; Macoir *et al.*, 2021). D'autres études mettent également en évidence l'écart entre les pratiques professionnelles et les recommandations de bonnes pratiques issues du domaine scientifique (Betz *et al.*, 2013 ; Hallin & Partanen, 2022 ; Ogiela & Montzka, 2020). Ces recherches qui interrogent les obstacles et les facilitateurs pour améliorer l'accès au soin des patients, peuvent également donner l'impression aux cliniciens qu'à une question clinique correspond une réponse unique. Pourtant, la situation est bien plus nuancée que cela. L'expertise des chercheurs eux-mêmes, exige de faire quelques hypothèses minimales sur

l'organisation épistémique[1] de la société vis-à-vis du thème abordé. Cette vision nuancée de la « vérité scientifique » pour le compte de l'orthophonie est d'ailleurs bien illustrée dans le numéro spécial de 2006 de *Advances in Speech-Language Pathology* sur le cas fictif du petit garçon de 7 ans, *Jarrod*, atteint d'un trouble développemental des sons de la parole (TDSP) (McLeod, 2006). Dans cette expérience, différents auteurs reconnus internationalement pour leur expertise ont été invités à défendre et à décrire leur propre raisonnement hypothético-déductif concernant l'intervention recommandée pour cet enfant. Les différentes interventions étaient toutes bien argumentées et justifiées au niveau théorique mais le raisonnement clinique était différent d'un auteur à l'autre. Si des études montrent des différences de réponses selon l'expérience des orthophonistes, comme dans le cadre de l'évaluation diagnostique, par exemple, de telles discordances intellectuelles sont également présentes entre les chercheurs dans leur domaine d'expertise (Fulcher-Rood *et al.*, 2019). Il est dès lors important de ne pas perdre de vue qu'une pratique évaluative idéale n'est pas un canevas rigide qui tendrait vers une réponse unique. Au contraire, de manière non exhaustive, elle est co-dépendante des connaissances acquises, des capacités d'apprentissage, de l'expérience du clinicien, mais également de la disponibilité du moment, du contexte, des compétences relationnelles de chacun et des objectifs. C'est ce que nous développons dans la section 3 « Les limites au raisonnement clinique dans la pratique professionnelle de l'orthophoniste ».

Si deux cliniciens peuvent débuter une réflexion différemment au regard de leurs connaissances initiales ou de leurs contraintes environnementales, le raisonnement clinique est le mécanisme d'action permettant de trouver une réponse évaluative adaptée au contexte clinique. L'approche clinique la plus constructive est de savoir comment et où chercher les informations valides en l'absence de connaissances sur le sujet pour acquérir de nouvelles connaissances, tout en veillant à rester vigilant par rapport à ses propres biais intellectuels[2]. En d'autres termes, pour proposer une pratique évaluative raisonnée, nous posons l'hypothèse que l'orthophoniste doit, tout d'abord, connaitre diverses procédures valides à sa disposition pour observer, collecter et interpréter des données ainsi que leurs limites pour chacune d'entre elles. En premier lieu, deux voies principales s'ouvrent dans la pratique évaluative de terrain : les évaluations formelles et informelles.

2.1. Les évaluations informelles et formelles

Les *évaluations formelles* font référence à une famille d'évaluations basées sur un système de notation pour décrire, situer ou encore surveiller les connaissances du patient. Les évaluations normées, incluses dans cette catégorie, sont bien connues des

1. L'épistémologie interroge la nature et la valeur des principes, des concepts, des méthodes, et des résultats des sciences.
2. (Ou biais cognitif) : mécanisme de pensée à l'origine d'une altération du jugement. À cause des biais cognitifs, la prise de décision de l'individu sera faussée. D'abord étudiée en psychologie cognitive, la notion de biais cognitifs a été exploitée dans différents domaines des sciences humaines et sociales.

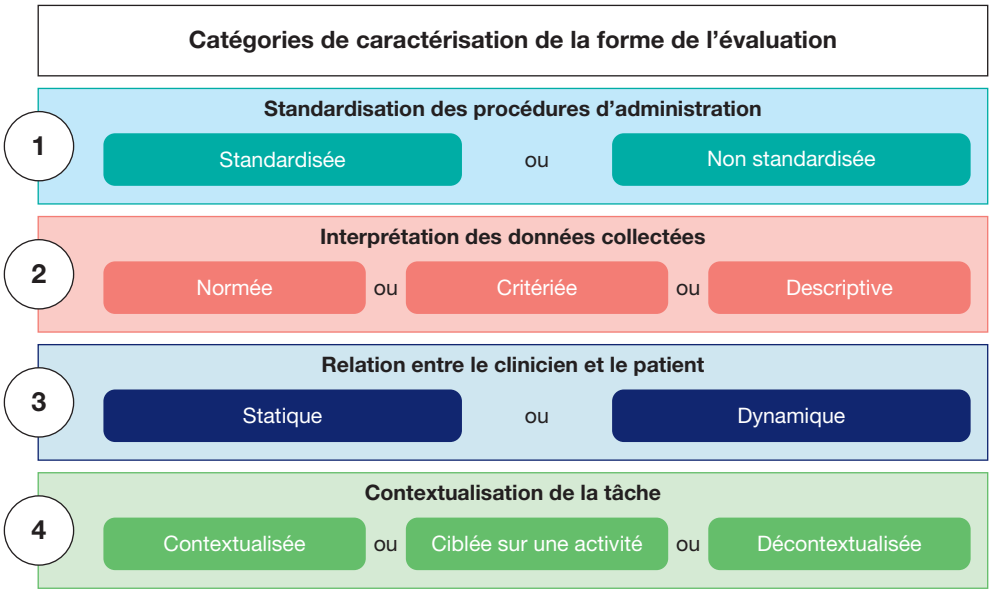
orthophonistes et prennent beaucoup de place dans le temps d'évaluation et des processus décisionnels (Fulcher-Rood *et al.*, 2019). Par opposition, l'*évaluation informelle* est une méthode d'évaluation, souvent employée intuitivement par les orthophonistes, basée sur l'observation des performances et des progrès du patient à différentes étapes de l'évaluation ou également durant un cycle interventionnel. Souvent déconsidérées dans les comptes-rendus de bilan contemporains, elles correspondent aux données comportementales, observationnelles, alternatives, naturelles ou encore dites authentiques (Denman *et al.*, 2019). Les évaluations informelles sont menées à l'aide de diverses tâches simples souvent fonctionnelles, proposées au patient. Par exemple, une orthophoniste peut demander au patient de résumer sa journée (*e.g.* pour sonder la planification discursive, les compétences en récit, les capacités mnésiques), de lui rappeler le nom d'un objet disposé sur son bureau (*e.g.* sonder le vocabulaire travaillé durant la dernière séance), volontairement laisser un jouet hors de portée de l'enfant pour observer ses demandes (*e.g.* observer les verbalisations, les types de pointages, la communication multimodale) ou encore demander le repas du jour (*e.g.* pour évaluer les quantités absorbées, estimer la consistance et discuter de la pénibilité ressentie pour les textures). L'évaluation informelle dépend de la façon dont le clinicien va l'orienter et fournit des données comportementales immédiates sur le patient à travers une intention clinique précise. Rarement mentionnés dans le rapport orthophonique initial ou les notes d'évolution, ces apports sont pourtant très riches sur le plan clinique et permettent de mieux connaître un patient à un moment précis, d'ajuster un traitement pendant l'intervention, de renseigner de manière précise et circonstanciée un autre clinicien ou de guider le raisonnement clinique vers une évaluation formelle appropriée.

2.2. Les différentes formes d'évaluation

Cette première distinction entre ces familles d'évaluations, ne permet pas de détailler les moyens d'évaluation à disposition des orthophonistes. En 2019, à partir d'une étude prospective et collective par méthode d'investigation Delphi, Denman *et al.* ont réalisé une taxonomie des moyens d'évaluation langagière chez l'enfant d'âge scolaire sur la base de la littérature contemporaine. Selon nous, cette classification est en grande partie transférable pour d'autres populations et d'autres domaines cliniques. Selon ces auteurs, la forme de l'évaluation (i.e. nature des données collectées et type de tâches utilisées) peut se décomposer en quatre catégories de caractérisation (Figure 2).

Ces catégories sont les suivantes : (1) une composante qui distingue les procédures d'administration standardisées ou non standardisées ; (2) une composante évaluative qui décrit le type d'interprétations des données collectées en termes de référence à des normes, à des critères ou à des descriptions qualitatives ; (3) une composante qui distingue l'interaction statique et dynamique entre le patient et l'administrateur ; et (4) une composante qui différencie le type de tâche selon le contexte. Chaque catégorie de caractérisation de la forme ne peut être définie que par une seule

Figure 2 Les 4 catégories de caractérisation de la forme de l'évaluation d'après Denman *et al.* (2019)



caractéristique. En d'autres termes, une évaluation particulière est soit standardisée ou non standardisée ; soit interprétée à l'aide de normes, de critères ou de descriptions ; soit statique ou dynamique ; soit contextualisée, décontextualisée ou circonscrite à une activité[1]. Cette proposition de taxonomie a l'avantage de permettre au clinicien de raisonner dans un cadre conceptuel clair sur son évaluation à travers des entités évaluatives et des mesures bien délimitées.

Par ailleurs, cette réflexion s'arrête à cette opposition définitoire entre les catégories, elle n'exclut pas mais plutôt encourage le clinicien à diversifier ses formes d'évaluation afin de recouper les données cliniques collectées entre elles au service d'un raisonnement hypothético-déductif susceptible de fournir une analyse de haute qualité (Nendaz *et al.*, 2004). Nous illustrons cette démarche dans l'encadré suivant (Tableau 1). Chaque évaluation utilisée dans le scénario clinique suivant est décrite selon les quatre catégories de caractérisation de la forme de l'évaluation. Les couleurs employées dans la Figure 2 permettent de situer le lecteur dans la catégorie appropriée.

Afin de poursuivre sur cette réflexion concernant une pratique évaluative raisonnée, nous allons développer davantage le type de données collectées en discutant des principes qui doivent guider la sélection des outils normés, la limite de ceux-ci et l'avantage de l'utilisation des outils critériés statiques ou dynamiques.

1. Un glossaire des différentes catégories de caractérisation de la forme de l'évaluation est à la disposition du lecteur en Annexe A.

Tableau 1 Illustration clinique

Scénario clinique	Catégorie d'évaluation pratiquée
Stéphanie prépare son rendez-vous avec Auguste, 4 ans, qui vient pour une suspicion de trouble développemental des sons de la parole. Elle décide de relire les données récoltées avec les deux parents lors de ***l'entretien anamnestique***.	Évaluation non standardisée, descriptive, statique et décontextualisée[1]
Au vu de ses doutes concernant le développement langagier et moteur d'Auguste, Stéphanie a demandé aux parents de remplir l'***Inventaire de Développement de l'Enfant*** (Duyme *et al.*, 2010). En analysant les réponses au questionnaire hétérorapporté, ses doutes se confirment concernant les difficultés motrices et langagières.	Évaluation standardisée, normée, statique et décontextualisée
Au vu de l'âge d'Auguste et des outils disponibles à son bureau, Stéphanie décide d'utiliser l'**Exalang 3-6** (Helloin *et* Thibault, 2006) qui lui permettra de dégager des compétences générales au niveau du langage et de la parole.	Évaluation standardisée, normée, statique et décontextualisée
Ayant conscience que la tâche de dénomination d'images ne sera pas suffisante pour établir un profil de la parole, Stéphanie pense déjà à la tâche de dénomination d'images qu'elle pourra proposer. Elle pense au ***Bilan Phonologique*** des éditions Passe-temps si une analyse au niveau consonantique est plus pertinente et à l'***Inventaire des Structures Syllabiques chez l'Enfant Francophone*** (Aubry *et al.*, 2019) si une analyse fine de la production des syllabes est à privilégier.	Évaluation standardisée, descriptive, statique et décontextualisée Évaluation standardisée, descriptive, statique et décontextualisée
Le père d'Auguste étant très demandeur de conseils pour soutenir le développement de la parole de son enfant, Stéphanie note les ***étayages*** (*e.g.* répétition ; allongement des sons ; association d'un geste ; production simultanée) qu'elle pourrait essayer avec Auguste, lors d'une ***activité ludique de dénomination en fin de séance***. Cela lui permettra de donner des recommandations aux parents et d'essayer de déterminer les sons stimulables.	Évaluation non standardisée, descriptive, dynamique et décontextualisée

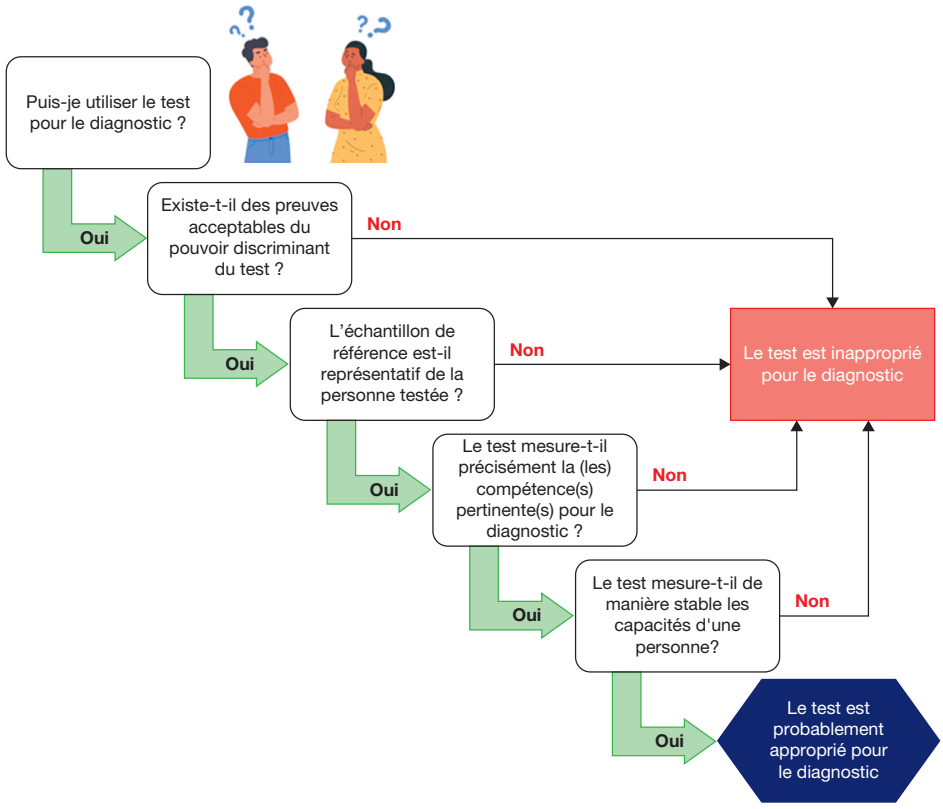
2.3. La sélection critique d'outils d'évaluation normés

Les évaluations normées prennent une place importante dans l'évaluation des orthophonistes. Elle serait d'ailleurs la source d'information principale, notamment lors de l'évaluation du langage de l'enfant (Daub *et al.*, 2021). Pour la sélection d'un test, les recommandations professionnelles considèrent l'examen des données psychométriques comme central tant dans la recherche que dans la pratique clinique (Denman

1. Selon la nature des questions, il pourrait s'agir d'une tâche d'évaluation entièrement contextualisée. Pour ce faire, Stéphanie poserait alors des questions systématiquement contextualisées du type : *« Lorsque vous vous approchiez de son berceau ou lors du bain, est-ce que c'était un enfant qui babillait, jouait avec sa voix et faisait des sons ? »* ; *« Est-ce qu'il peut avoir un échange fluide avec ses grands-parents au téléphone ? Comment cela se passe-t-il ? »*

et al., 2017 ; Nitido & Plante, 2020). Lorsque celles-ci font défaut, il est nécessaire de s'interroger sur la pertinence de l'utilisation des résultats d'évaluation obtenus pour éclairer des décisions cliniques importantes (Friberg, 2010). En 2021, Daub *et al.* ont proposé un cadre conceptuel afin de sélectionner un test, sur la base de ses caractéristiques psychométriques, au regard de l'objectif visé par le clinicien. Au lieu de réaliser une analyse exhaustive des caractéristiques psychométriques, les auteurs recommandent, sur la base des *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association *et al.*, 2014), de réaliser une recherche spécifique selon que le clinicien cherche à comparer les performances par rapport à un échantillon, estimer la sévérité d'un trouble, évaluer l'effet de l'intervention proposée, etc. En plus, cela évite de rejeter un test lorsque certaines preuves sont manquantes ou faibles alors que celles-ci ne sont pas pertinentes dans la situation clinique. Par exemple, une épreuve pourrait rencontrer de bonnes qualités psychométriques dans le cadre d'un dépistage mais ne pas correspondre aux standards attendus pour évaluer l'évolution à la suite d'une intervention. Afin de soutenir la prise de décision clinique, les auteurs proposent des arbres décisionnels pour sélectionner les outils. La figure 3 ci-dessous donne l'exemple de l'évaluation diagnostique.

Figure 3 Traduction libre de l'arbre décisionnel proposé par Daub *et al.* (2021) dans le cadre de l'évaluation diagnostique



Il est important de préciser que la problématique autour des caractéristiques psychométriques d'un outil ne concerne pas uniquement les outils normés. Par exemple, dans le cadre d'une analyse discursive critériée ou descriptive, la nécessité d'une démarche valide, tant pour la collecte que l'analyse des données, peut être sous-estimée (Stark *et al.*, 2021). Toutefois, selon nous, l'analyse critique des outils normés est d'une importance toute particulière car les orthophonistes confèrent une valeur forte aux données collectées par ce biais pour la pose du diagnostic donnant accès aux soins.

Comme évoqué précédemment, l'évaluation ne se limite pas à une évaluation initiale pour décider ou non de la pertinence d'une rééducation orthophonique ou encore pour obtenir le droit de poursuivre le suivi toutes les cinquante séances pour le dossier administratif du patient. Les recommandations de bonnes pratiques suggèrent vivement une évaluation continue du patient afin de récolter des paramètres susceptibles d'aider à la prise de décision clinique (*e.g.* modification du projet thérapeutique, arrêt de la prise en charge, sélection des moyens thérapeutiques les plus efficaces). L'évaluation est un processus cyclique qui permet de répondre aux questions cliniques se présentant au cours du suivi d'un patient (Figure 1). En outre, la construction méthodologique d'une évaluation normée présente des limites intrinsèques pour développer des objectifs thérapeutiques et vérifier l'efficacité de la thérapie proposée (Lefebvre & Trudeau, 2005 ; McCauley & Swisher, 1984 ; Piérart, 2006). Pour ce faire, les formes d'interprétations cliniques fondées sur des critères de performances envisagés préalablement par le clinicien, sont d'excellents compléments.

2.4. Les évaluations critériées statique et dynamique

L'évaluation critériée permet de comparer les performances d'un individu par rapport à un niveau ou à un critère de référence préétabli (i.e. au regard de l'âge, du niveau scolaire ou du programme d'études). À titre d'exemple, l'examen pratique du permis de conduire est une évaluation critériée. La grille d'évaluation permet à l'inspecteur de vérifier la présence du minimum de compétences requises pour devenir un usager de la route. Pour obtenir son permis de conduire, en France, un candidat doit obtenir un minimum de 20 points sur un score maximal de 31 points, tout en évitant de commettre des fautes éliminatoires.

La mention statique vient compléter cette démarche lorsque l'évaluation comprend des procédures conçues pour mesurer les performances à un moment donné dans des conditions fixes (i.e. sans faire varier le contexte et en ne fournissant aucun étayage au patient – par opposition à une modalité dynamique). Elle fournit une indication des connaissances actuelles, sans fournir d'informations sur le potentiel d'apprentissage. L'évaluateur a une position neutre.

L'évaluation critériée dynamique, quant à elle, attirera l'attention des orthophonistes, car elle vise le potentiel d'apprentissage et d'acquisition d'un individu en révélant ses capacités latentes lors d'une situation d'apprentissage ciblée (Chartier & Loarer, 2008). L'interaction entre le patient et l'administrateur offre l'opportunité

d'évaluer les réactions du patient face à des moyens ou des cibles d'intervention (Hasson & Joffe, 2007). L'implication effective de l'évaluateur permet une prise en compte des performances du patient tout en considérant le système (i.e. scolaire, professionnel, psycho-affectif, environnemental) dans lequel il évolue. Pour ce faire, deux formes sont possibles : 1) un pré-test suivi d'une période d'apprentissage et d'un post-test ou 2) des modèles d'étayage jusqu'à la réussite du patient (Fuchs *et al.*, 2011). Le pouvoir discriminant des évaluations dynamiques formelles est de plus en plus étudié (Binger *et al.*, 2017 ; Hasson *et al.*, 2012 ; Petersen *et al.*, 2017). Une méta-analyse d'Orellana *et al.* (2019) suggère une bonne sensibilité et spécificité de cette forme d'évaluation pour le diagnostic du trouble développemental du langage chez les enfants bilingues. Toutefois, il existe très peu d'outils normés proposant un mode d'évaluation dynamique. À l'heure actuelle, cette forme d'évaluation est utilisée par le biais d'outils informels, c'est-à-dire conçus par le clinicien. En francophonie, quelques outils voient le jour mais, à notre connaissance, aucun n'est actuellement disponible dans le cadre de la pratique clinique (MacLeod & Glaspey, 2022 ; Matrat *et al.*, 2022).

Dans cette partie, nous avons pu voir qu'une approche pragmatique et raisonnée de l'évaluation, c'est-à-dire résolument orientée vers l'analyse fonctionnelle des troubles par la collecte des composantes altérées et préservées du patient, permet de croiser des données cliniques issues de plusieurs modalités d'évaluation qui se complètent. Ainsi, depuis la sélection des formes d'évaluation à leur administration, en passant par la vérification des caractéristiques psychométriques des outils utilisés, un panel de moyens existe pour accompagner le raisonnement clinique. Pour autant, bon nombre des défis auxquels les orthophonistes sont confrontés doivent être relevés tant au niveau du patient lui-même que par le haut, c'est-à-dire à un niveau systémique et environnemental. Cette considération est l'objet de la prochaine section de ce chapitre.

3. Les limites au raisonnement clinique dans la pratique professionnelle de l'orthophoniste

Il est désormais établi que la pratique clinique est un exercice qui concilie de manière équilibrée les données de la recherche, l'expertise clinique et les caractéristiques du patient au sein d'un contexte environnemental dans lequel l'action clinique est prodiguée (Satterfield *et al.*, 2009). Pour autant, cet équilibre tel qu'il a été décrit dans la partie précédente est fragilisé par un ensemble de limites et de freins susceptibles d'entraver la pratique évaluative de l'orthophoniste. Ces influences ont souvent un impact négatif sur le choix des méthodes, les mesures utilisées dans l'évaluation, le processus d'évaluation lui-même, et par conséquent : le diagnostic, le pronostic du patient, les choix concernant l'intervention et le sentiment de compétence du praticien. Cette partie aborde quelques exemples de facteurs qui influencent la pratique évaluative de l'orthophoniste. Il est important de noter que les points discutés ne

représentent qu'un petit nombre des limites – encore étudiées par ailleurs – qui peuvent influencer la prise de décision clinique.

3.1. Limites des données probantes

Il est attendu que les données issues de la recherche permettent aux cliniciens du monde entier d'acquérir un savoir fiable en vue de répondre à des enjeux de soin. Cependant, ces données ne sont ni absolues ni définitives. La connaissance scientifique est le fruit de pratiques collectives qui visent à produire des réponses dont la fiabilité est mesurée à travers des questions et des méthodes spécifiques. Elle est donc par essence provisoire, et amenée à être réévaluée et rectifiée au regard de nouvelles questions de recherche. Le caractère dynamique des connaissances scientifiques combiné à la diversité des pratiques scientifiques et des domaines dont elles sont issues, complexifient le travail d'identification et de collecte de l'orthophoniste qui souhaite mettre en place une stratégie d'évaluation fondée sur des données probantes, opérationnelles et individualisées pour un patient. Les dispositifs méthodologiques dans lesquelles l'orthophonie s'intègre, sont principalement issus de la recherche expérimentale, souvent à l'aune des sciences humaines et sociales et des sciences médicales, dont les rapports constants (i.e. les mêmes causes produisent les mêmes effets) sont difficiles à établir, par la nature même de l'objet d'étude : l'être humain et le rapport à la norme (Canguilhem, 1966 ; Ereshefsky, 2009). Un certain nombre de résultats issus de la recherche clinique sont difficilement transférables dans l'immédiat pour le compte de la pratique (Brackenbury *et al.*, 2008 ; Crooke & Olswang, 2015). De plus, les études ne se valent pas toutes. Leurs niveaux de preuves s'inscrivent plutôt dans un continuum de critères plus ou moins identifiables allant de la non-preuve (préjugés, opinion) jusqu'à la présence effective dans la littérature d'un domaine, de résultats robustes car répliqués (Atkins *et al.*, 2004 ; Hultcrantz *et al.*, 2017).

Par ailleurs, l'évaluation implique l'emploi d'une terminologie reconnue. La multidisciplinarité des recherches amène l'orthophoniste à devoir composer avec des termes et des définitions variables selon la discipline parfois autour d'un même objet. En effet, l'utilisation d'une terminologie non harmonisée dans les sciences médicales et dans le cas de l'orthophonie est problématique. La littérature rapporte des complications majeures qui découlent de l'usage d'une terminologie inadéquate ou inconsistante, comme la problématique de la reconnaissance du trouble, les difficultés pour planifier et proposer les services adaptés, l'incertitude pour les professionnels de choisir la meilleure approche thérapeutique, l'utilisation inadaptée de fonds de recherche, etc. (Walsh & IGOTF-CSD, 2006). Par exemple, les termes se rapportant à l'évaluation critériée varient selon les différents auteurs. McCauley (1996) recense les termes anglophones suivants bien qu'aucune distinction définitoire ne soit réellement statuée : *criterion-referenced assessment, domain-referenced testing, objectives-referenced testing, competency-based testing ou mastery testing*. Par ailleurs, la

définition varie de fait, selon la discipline, le propos des auteurs, le type d'épreuves proposées ou encore la compétence visée. Lors d'une recherche antérieure sur le domaine de l'évaluation critériée statique formelle, nous avons constaté que seuls deux outils sur les quatre étudiés étaient définis clairement comme des évaluations dites critériées (Cattini & Duboisdindien, 2022). Cela entrave fortement le travail d'identification du clinicien et son raisonnement pour modéliser les formes d'évaluation adéquates. Plus délicat encore, cette lacune lui fait peser sur les épaules un niveau d'expertise qu'on pourrait difficilement demander à un orthophoniste qui a la charge de plusieurs patients au sein de contextes de soin souvent hétérogènes. Ainsi, comme le proposaient déjà Hunsley et Mash (2007), pour l'évaluation basée sur des données probantes à destination des personnes souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme, certaines faiblesses des pratiques issues de la recherche invitent fortement les chercheurs à élaborer des lignes directrices de la pratique évaluative pour les conditions cliniques couramment rencontrées par les orthophonistes. Ensuite, il y a nécessité de tenir compte de plusieurs facteurs critiques dans l'élaboration de telles lignes directrices, y compris la catégorisation claire des évaluations à employer, la définition de l'adéquation psychométrique, l'attention appropriée accordée à l'influence de la comorbidité et de la diversité des profils de patient, et la diffusion d'informations exactes et à jour sur le domaine évalué.

3.2. Limites liées aux valeurs et besoins du patient

L'influence des valeurs et des besoins du patient lors de l'évaluation orthophonique peut être examinée sous l'angle des disparités et aussi des freins en matière de décision clinique (Braveman, 2006) qui vont se répercuter sur la qualité de l'évaluation. Les disparités notoires répertoriées dans le domaine du soin sont la prévalence accrue des maladies, des vulnérabilités cognitives et socio-culturelles, des handicaps ou de la morbidité dans une population spécifique par rapport à une autre, tandis que les inégalités en matière de soins de santé sont les différences dans l'accès à la couverture d'assurance maladie, l'accès et l'utilisation des soins, et la qualité des soins fournis. Braveman (2006) affirme que bon nombre de ces déséquilibres peuvent être évités si l'on s'en préoccupe suffisamment tôt et souvent. Il est important de noter que ces disparités peuvent être associées à d'autres en parallèle ou en interdépendance. Cette situation peut alors entraîner des conséquences plus importantes sur le plan des conclusions à tenir à l'issue d'une évaluation clinique (Ndugga & Artiga, 2023). L'accent étant mis sur les résultats cliniques, les valeurs de patient telles que le statut socio-économique, l'identité sociolinguistique et culturelle, l'identité de genre et l'ethnicité peuvent sensiblement être négligées alors que chacune d'entre elles exerce une influence majeure sur l'efficacité globale des cibles d'évaluation proposées. La littérature a beaucoup parlé de ces inégalités en ce qui concerne la dimension sociolinguistique et culturelle (ASHA, 2017 ; Basit *et al.*, 2015) mais il en existe bien

d'autres avec lesquelles les orthophonistes doivent composer lorsqu'ils prennent des décisions cliniques.

En premier lieu, il est bien connu que le statut socio-économique (SSE)[1] a un impact significatif sur l'état de santé antérieur et actuel d'un patient. Les personnes qui ont grandi ou qui vivent dans la pauvreté ont un état de santé globalement moins bon et des taux de comorbidité et de mortalité plus élevés que les ménages comparables (Krieger *et al.*, 2003). Ce facteur de risque touche aussi bien le développement cognitif (Dennis *et al.*, 2022), les compétences langagières (Hoff, 2006 ; Roy & Chiat, 2013 ; Toppelberg & Shapiro, 2000), les apprentissages (Duncan & Seymour, 2000 ; Fluss *et al.*, 2008 ; Rassel *et al.*, 2021) que le bien-vieillir (McMaughan *et al.*, 2020). Les patients dont le SSE est faible ont globalement moins accès aux soins de santé et les soins qu'ils reçoivent sont de moins bonne qualité (Fiscella, 2004). La situation est similaire pour les préadolescents présentant également un taux plus élevé de comportements à risque. Par ailleurs, les zones reconnues comme à faible SSE comptent un moins grand nombre de professionnels libéraux susceptibles d'accompagner et de sensibiliser aux soins précoces. Dans ce contexte, les patients arrivent alors en évaluation orthophonique dans un schéma de besoins et de hiérarchisation de ces besoins, très complexes à caractériser pour le professionnel.

Deuxièmement, l'évaluation implique de comprendre et d'inclure de manière appropriée, la combinaison des variables culturelles et sociolinguistiques ainsi que l'ensemble des dimensions de la diversité qu'un individu entretient dans ses interactions avec autrui et son milieu de vie. En d'autres mots, cela nécessite une bonne sensibilité culturelle[2] (en anglais : *cultural responsiveness*) de la part du clinicien et exige d'approfondir ses connaissances culturelles et d'œuvrer à la création d'outils valides pour répondre aux enjeux de soin (Hopf *et al.*, 2021). Les approches cliniques – telles que le style d'entretien anamnestique, les outils d'évaluation et les techniques thérapeutiques – qui conviennent à une personne peuvent ne pas convenir à une autre. Ces changements peuvent impliquer des ajustements dans les approches cliniques lors de l'évaluation. La sensibilité culturelle dans la prestation de services à un impact sur la capacité d'un clinicien à répondre à la diversité démographique, à comprendre les déterminants sociaux de la santé et les disparités en matière de santé et y répondre, dans la mesure où ils ont un impact sur différentes populations ; d'améliorer la qualité des services et des résultats en matière de santé ; et de répondre aux exigences législatives, réglementaires et d'accréditation.

---

1. Le statut socio-économique (SSE) est une mesure économique et sociologique combinée de l'expérience professionnelle et de l'accès économique d'un individu ou d'une famille aux ressources et à la position sociale par rapport aux autres. Lors de l'analyse du SSE d'une famille, le revenu du ménage, l'éducation et la profession des personnes salariées sont examinés, ainsi que le revenu combiné, alors que pour le SSE d'un individu, seuls ses propres attributs sont évalués. Par ailleurs un autre attribut est désormais considéré dans le statut socio-économique, le stress financier perçu, qui définit « *l'équilibre entre les revenus et les dépenses nécessaires* » (Oakes & Rossi, 2003 ; Sun *et al.*, 2009).
2. Fait de comprendre et d'inclure de manière appropriée la combinaison des variables culturelles et l'ensemble des dimensions de la diversité qu'un individu apporte aux interactions, et d'y répondre.

Une troisième valeur du patient qui peut influencer l'évaluation de son état de santé et son accès à l'évaluation est le genre. Le genre est une valeur dont il a été démontré qu'elle est étroitement liée à d'autres problématiques (*e.g.* différence salariale) en ce qui concerne la santé et les disparités en matière de soins de santé et de soins orthophoniques (Krieger *et al.*, 2003). À titre d'exemple, le trouble développemental du langage (TDL) est considéré comme plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Ainsi, le rapport entre les garçons et filles est d'environ 2 pour 1 (pour une analyse, voir Leonard, 2014). Cependant, les études épidémiologiques de grande envergure, comme celle de Shriberg *et al.* (1999) indiquent des proportions à peu près égales d'hommes et de femmes atteints de TDL. Alors comment expliquer ce phénomène ? Qu'est-ce qui inciterait les parents et les enseignants à orienter les petits garçons aux services de dépistage et à ne pas référer les petites filles ? Des études montrent que les garçons atteints de TDL sont plus susceptibles que les filles de présenter des problèmes de comportement associés, en extériorisant plus fortement leurs frustrations (Yew & O'Kearney, 2013). Il existe également des éléments de preuves suggérant que les garçons présentant dans le continuum de troubles, des problèmes de compréhension du langage sont plus susceptibles de manifester de l'agressivité et des troubles externalisés du comportement (Brownlie *et al.*, 2004). Pour autant, cela ne signifie pas qu'à situation égale, les petites filles ne ressentent pas les mêmes frustrations, mais ce seraient *a priori* les attentes sociales liées au genre qui contraindraient les filles à moins se faire remarquer et à se contrôler émotionnellement. Cela rejoint d'ailleurs les études qui caractérisent le manque de considération sociale et médicale pour les profils de filles, d'adolescentes et de femmes adultes atteintes de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (Quinn & Madhoo, 2014), du trouble du spectre de l'autisme (Lockwood Estrin *et al.*, 2021) ou encore de la dyscalculie (Devine *et al.*, 2013).

Bien qu'il existe des disparités bien comprises en matière de santé et de soins de santé entre les hommes et les femmes, les patients transgenres ont un plus grand nombre de préoccupations liées à la qualité des soins de santé, y compris en orthophonie. Souvent en demande d'évaluation phoniatrique et communicationnelle, ils sont moins enclins à se faire évaluer et soigner parce qu'ils craignent que les cliniciens ne soient pas compréhensifs et ne connaissent pas les problèmes des personnes transgenres (Cahill & Makadon, 2014 ; Fidelindo *et al.*, 2014 ; Oates & Dacakis, 2015). Ces problèmes comprennent particulièrement les problèmes hormonaux et physiques avant et après la réassignation de genre (Cahill & Makadon, 2014). La communication est essentielle avec les patients transgenres pour être au courant de leurs préoccupations et des problèmes de santé potentiels qui peuvent survenir. Directement liée au genre, la connaissance du statut affectif est une autre valeur pour le patient. Les patients qui s'identifient comme LGBTQIA+ sont également plus susceptibles de percevoir des attitudes négatives et des stigmates de la part des praticiens, ce qui les rend moins enclins à rechercher des soins (Cahill & Makadon, 2014 ; Fidelindo *et al.*, 2014). Par conséquent, les cliniciens doivent veiller à considérer leurs stéréotypes et croyances et recevoir davantage de formation, car les patients veulent se sentir à l'aise

pour discuter des questions spécifiques aux LGBTQIA+ avec l'orthophoniste (ASHA, 2023 ; Oates & Dacakis, 2015 ; Taylor *et al.*, 2018).

Pour terminer, la co-occurrence de plusieurs conditions médicales chez un même individu est un enjeu important de réflexion pour mener une évaluation. En pratique, on peut penser aux patients en situation de déficience intellectuelle, de déficiences associées ou encore à des personnes âgées souffrant d'un trouble neurocognitif léger ou majeur. Dans ces situations, l'enjeu va être de répertorier les caractéristiques cliniques à travers un panel important d'outils d'évaluation couvrant plusieurs domaines (*e.g.* langage oral, cognition mathématique, déglutition, posture). Par ailleurs, les outils d'évaluation sont rarement adaptés à leurs conditions cognitives, physiques et émotionnelles multiples ainsi qu'aux enjeux fonctionnels souvent prioritaires que sous-tendent les plaintes de ces patients (*e.g.* continuer à conduire, favoriser des compétences fonctionnelles liées au calcul plutôt que de réaliser des apprentissages scolaires basés sur un programme inadapté, être en mesure de prendre les transports en commun). La démarche reste fragile dans ce contexte d'évaluation et cela vaut pour d'autres profils complexes, dès lors qu'on inclut 1) plusieurs composantes cognitives ou que 2) l'on s'intéresse à ce qui sous-tend un domaine particulier (*e.g.* composantes de la mémoire verbale à court terme ; interprétation de l'influence des composantes langagières pour résoudre un problème arithmétique avec un patient TDL) ou que 3) l'on doit considérer d'autres fragilités pour lesquelles le professionnel est moins formé initialement (*e.g.* demander de désigner une image en situation d'invalidité motrice, adapter des consignes verbales pour une personne sourde et atteinte d'un déficit visuel majeur).

3.3. Limites liées à l'environnement

Une combinaison d'éléments matériels et socio-économiques qui constituent le cadre et les conditions de travail de l'orthophoniste peut interférer sur la qualité de l'évaluation du patient. Comme exemples parlants et probablement vécus de près ou de loin par des cliniciens lecteurs de ce chapitre, nous pouvons citer :

1. les difficultés d'accès à une protection de santé pour certains patients ;
2. le contexte personnel du patient ou de l'orthophoniste qui peut reporter ou entraver l'accès à un soin ;
3. les contraintes temporelles exigées par les structures sanitaires, sociales ou encore hospitalières pour la préparation et la rédaction d'une évaluation ;
4. la méconnaissance des compétences diagnostiques de l'orthophoniste et
5. les demandes d'organismes administratifs ou de la direction d'un établissement de soins qui imposent l'administration uniquement de tests normés.

Ce dernier point laisse peu de place à la diversité des données cliniques à répertorier ainsi qu'à la nécessité d'enrichir les stratégies évaluatives afin de couvrir de manière appropriée et valide les besoins du patient. Ces demandes interrogent également fortement sur le crédit accordé aux capacités d'analyse de l'orthophoniste.

Ces réalités contextuelles nuisent à la qualité des soins établie pourtant comme priorité de santé publique par l'Organisation mondiale de la Santé afin de réduire les risques liés à la prestation des services de santé. Cet enjeu ne touche pas expressément les orthophonistes mais tout le système de santé (WHO, 2008). Cependant sa position dans ce système en tant qu'*agent de santé communautaire et autres prestataires des services de santé* ne le rend pas équitablement prioritaire en termes d'investissement dans des politiques durables de sensibilisation auprès des populations, de moyens matériels, économiques et humains face aux professions de médecins, du personnel infirmier et sage-femmes et du personnel en dentisterie (WHO, 2009). Cette fragilité dans la hiérarchie des soins s'exprime d'abord directement sur les patients et les bénéficiaires, mais réduit aussi considérablement les opportunités d'implémenter les meilleures pratiques de soins essentielles au raisonnement clinique et de l'innovation, et porte à conséquences sur la productivité des organisations et des nations (OCDE, 2010).

À cela s'ajoute l'ampleur de la crise actuelle et du fait que la COVID-19 continue de mettre à l'épreuve le système de santé international, générant un épuisement professionnel majeur chez tous les acteurs de santé et des pénuries de personnel (Jalili *et al.*, 2021). La relation entre le stress professionnel (Price, 2001), la satisfaction et la fidélisation du personnel sur le lieu de travail a été bien établie dans la littérature. À l'aide d'entretiens auprès de soixante orthophonistes australiennes, McLaughlin *et al.* (2008) ont identifié les facteurs susceptibles d'augmenter ou diminuer le stress au travail, la satisfaction à l'égard de leur travail et de la profession, et les raisons pouvant motiver de quitter la profession d'orthophoniste. Les thématiques dominantes de ces entretiens étaient 1) le désir des orthophonistes de faire la différence dans la vie des gens qu'ils accueillent en évaluation et en intervention, 2) la récompense qu'ils en retirent, ainsi que 3) la frustration lorsque des obstacles s'y opposent. Les questions de charge de travail, d'efficacité, de reconnaissance, de soutien, d'apprentissage et d'autonomie ont toutes été décrites comme des amplificateurs ou des modérateurs de stress, selon qu'elles facilitaient ou entravaient la prestation de services cliniques efficaces. Les difficultés engendrées par ces facteurs de stress semblent être atténuées par le sentiment qu'à la fin de la journée, les orthophonistes ont accompli quelque chose de *valable*.

Lors de l'évaluation, plusieurs professionnels de santé font remonter leur difficulté à gérer la contrainte du temps. Cette étape dans le parcours du soin d'un patient est souvent considérée comme exigeante sur le plan temporel car cruciale pour mettre en place des relations interpersonnelles et un climat d'écoute favorables, pour proposer un cadre explicatif du rôle du clinicien dans cette consultation, pour collecter les valeurs du patient afin de proposer, finalement, une évaluation opérationnelle et respectueuse. À notre connaissance, aucune étude n'est portée expressément sur la contrainte temporelle liée à l'évaluation en orthophonie. Cependant, O'Halloran *et al.* (2008) ont passé en revue la littérature sur les facteurs environnementaux ayant un impact sur la communication avec les patients souffrant de troubles de la communication selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la

santé (CIF ; OMS 2001), et ont classé le temps comme un obstacle majeur à une communication efficace dans deux domaines de la CIF : *Catégorie système et politique de service* et *Catégorie attitudes*. En 2010, Tejero a observé des infirmières interagir avec des patients pour mesurer l'engagement et le lien thérapeutique, et a constaté que les interactions d'une durée plus longue entraînaient des niveaux significativement plus élevés et permettaient d'accéder à plus d'informations, d'interventions et d'échanges interpersonnels. Inversement, lorsque les infirmières discutent des obstacles à une communication efficace avec les patients, le manque de temps pour communiquer et la charge excessive de travail sont perçus comme des obstacles à la relation infirmier-patient.

Ces considérations impliquent que faute de temps et de moyens activés par des politiques publiques, les orthophonistes se tournent vers des *facilitateurs*. Certains sont encadrés par les organismes et réglementations de santé publique, d'autres sont situés dans un cadre plus discutable et sont susceptibles d'entrer en concurrence avec le raisonnement clinique et le cadre éthique d'un soin de haute qualité (Schoenfeld *et al.*, 2016). Ainsi, depuis quelques années se développe une forme d'*ubérisation* de la santé faite pour améliorer l'efficience professionnelle des cliniciens contre une rétribution financière. Des organisations privées analysent ainsi en amont les besoins des consommateurs, ici les orthophonistes, et l'ensemble des moyens d'action utilisés par le système dans lequel ils évoluent. Cela permet de proposer un produit-cible à travers un panel de composants marketing susceptibles d'influencer le comportement. Le pouvoir marketing de certaines plateformes de consultations en ligne, d'éditions spécialisées ou de programmes de formation continue qui promettent, par exemple, de rédiger un compte-rendu en moins d'une heure, ont le potentiel d'entamer l'esprit critique des orthophonistes qui cherchent en toute bonne foi à concilier leur temps de travail et l'accompagnement de qualité auprès des patients. Cette stratégie revêt des limites et peut discréditer une certaine expertise difficilement gagnée dans le système de santé, sans un minimum de précautions et de sensibilisations préalables. Ainsi, par exemple, les outils automatisés d'aide à la rédaction de compte-rendu ont pour objectif de fournir un service entièrement informatisé en fournissant un document intégrant des visuels pour les scores obtenus et des phrases-types concernant l'interprétation quantitative, souvent sans nuance au regard des caractéristiques psychométriques de l'outil d'évaluation. Dans ce principe, il faut entrevoir que l'orthophoniste devra réaliser les liens théorico-cliniques liés aux résultats et réaliser les autres modalités d'évaluation (décrites précédemment) en les intégrant au texte automatisé. Malheureusement, le risque est de voir apparaître des comptes-rendus uniquement issus de ce traitement automatique ou, plus insidieusement, d'appauvrir la réflexion clinique.

Depuis plusieurs années, des études sur la théorie du comportement décisionnel (Pham, 1996) ont montré que la communauté du marketing – y compris l'industrie de l'édition – a constamment utilisé l'influence des biais cognitifs pour guider les choix des utilisateurs. À titre d'exemple, les résultats d'études montrent que les adaptations proposées au niveau de la typologie par les éditeurs de la littérature jeunesse pour les

apprenants ou les personnes souffrant de dyslexie ne sont pas démontrés ce jour (Bachmann & Mengheri, 2018). Par ailleurs, les supports de remédiation, dits spécialisés, présentent des faiblesses dans leurs objectifs de soin, leur choix de cibles ou leur validité théorique (Duboisdindien & Dal, 2021). Enfin, il est courant pour les orthophonistes de consolider et développer leur formation initiale par des sessions de formations continues dans le domaine de l'évaluation et les conduites diagnostiques. Ce type de stratégie permet d'accéder à des connaissances multiples et actualisées sur un domaine sous la supervision d'un formateur *a priori* expert du domaine. Cependant, des disparités dans les contenus et les programmes proposés peuvent être un frein à ce souhait de développement professionnel. Certains contenus peuvent même être à contre-courant des résultats de la recherche. En France, malgré l'encadrement des formations continues par l'article L.6361-2 du Code du travail et d'organismes d'état comme les services régionaux de contrôle et la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, il n'en est pas moins que ces juridictions n'ont pas le pouvoir du contrôle des qualités pédagogiques et théoriques des programmes ni du niveau d'expertise des formateurs (Germain & Tejeda, 2012). Le contrôle est avant tout administratif et financier des dépenses et activités générales. En résumé, les limites liées à l'environnement sont examinées et étudiées pour offrir des produits commerciaux sans que cela ne doive répondre à des standards de qualité.

Au regard de ces multiples éléments rapportés et susceptibles de limiter la pratique évaluative, le raisonnement clinique – et l'esprit critique qu'il sous-tend – se révèlent d'autant plus importants pour réaliser des choix éclairés.

4. Une pratique évaluative raisonnée et raisonnable

Le raisonnement clinique en situation d'évaluation est une activité mentale structurée qui consiste à interpréter des observations ou des résultats cliniques. Il permet de porter des appréciations qui peuvent guider la prise de décisions et adopter des mesures en accord avec les valeurs et les besoins du patient. Les orthophonistes ont conscience de la nécessité d'identifier les variables contextuelles qui soutiennent la compétence évaluée, mais aussi de collecter des données en vue de proposer des recommandations spécifiques aux proches aidants ou encore pour mettre en place un suivi individualisé. En pratique, l'évaluation orthophonique ne peut donc être vue comme la mobilisation de procédures routinières et automatiques répondant toujours à de hauts standards de qualité. La pratique évaluative est dépendante de nombreux facteurs sur lesquels le contrôle clinique reste très fluctuant. De fait, l'orthophoniste est régulièrement en train de réadapter son approche. À ce titre, des études ont montré que les orthophonistes qui travaillent dans des structures spécialisées ou avec des enfants ayant des besoins complexes utilisent moins souvent des tests normés et plus souvent des évaluations critériées statiques ou dynamiques comparativement à d'autres contextes professionnels (Gillon *et al.*, 2017 ; Watson &

Pennington, 2015). Ces constats sont également partagés pour l'évaluation des personnes souffrant d'aphasie. Face aux déficits complexes et fortement invalidants des patients en phase aiguë, particulièrement, les orthophonistes dans les structures de neurologie et de réadaptation ont tendance à privilégier l'évaluation informelle plutôt que les outils normés, notamment en utilisant soit leurs propres outils de dépistage, soit des évaluations non normées (Hersh *et al.*, 2018).

Au regard de ces différentes considérations tout au long de ce chapitre, notre propos vise à replacer l'orthophoniste et son raisonnement au centre du processus de l'évaluation (Figure 4). L'orthophoniste est responsable de la planification et de la réalisation d'évaluations adaptées, individualisées et approfondies. Il est également responsable de la détermination du résultat de l'évaluation par une interprétation appropriée des données recueillies auprès de sources multiples (McLeod & Baker, 2017). Rappelons toutefois que le cadre déontologique de la profession réglemente l'administration des évaluations orthophoniques en termes de moyens et non de résultats[1]. En d'autres termes, il est important de connaitre le périmètre d'actions liées à une situation clinique et surtout d'appréhender les limites inhérentes afin de 1) pondérer ses conclusions, 2) de postposer un avis ou encore 3) de réaliser des investigations complémentaires. Plus concrètement, le clinicien ne peut évaluer une compétence spécifique (*e.g.* stabilité des erreurs de parole chez l'enfant présentant un trouble des sons de la parole ; caractéristiques évolutives des paraphasies phonologiques dans le discours d'une personne souffrant d'une aphasie primaire progressive de la variante logopénique) de manière assurée en l'absence d'outils existants et/ou diffusés auprès de la profession.

Par ailleurs, il est illusoire de penser qu'un ou plusieurs outils pourraient répondre aux contraintes imposées par la pluralité des situations cliniques rencontrées au cours d'une vie professionnelle. Outre le développement d'outils valides et fidèles, il est donc primordial d'outiller l'orthophoniste afin de prendre une décision clinique raisonnée et raisonnable. Les données externes robustes et répliquées sont peu fréquentes afin de soutenir les décisions cliniques même si cela peut fortement varier d'un champ d'application à un autre. Lors de l'évaluation clinique, l'orthophoniste doit donc faire au mieux selon les outils à sa disposition. Bien entendu des facilitateurs existent, mais à nouveau ceux-ci demandent une analyse critique afin de s'assurer qu'ils répondent un minimum à des principes méthodologiques de qualité (*e.g.* déclaration des conflits d'intérêts, méthodologie rigoureuse).

Comme nous avons pu le voir précédemment, la littérature propose des recommandations afin de favoriser une évaluation basée sur des données probantes. Toutefois, il s'avère très rapidement que celles-ci nécessitent du temps et des connaissances académiques importantes. À titre d'illustration, les arbres décisionnels proposés par Daub *et al.* (2021) permettent de faciliter les procédures pour l'analyse

1. L'*obligation de moyens* est une obligation en vertu de laquelle l'orthophoniste doit déployer ses meilleurs efforts pour atteindre l'objectif visé, en ayant agi selon les règles de l'art ; elle s'oppose à l'obligation de résultat, par laquelle un objectif est donné et doit être atteint. Dans une obligation de moyens, l'orthophoniste doit avoir agi raisonnablement.

psychométrique des outils d'évaluation, cependant celles-ci restent peu réalistes au regard des nombreuses contraintes environnementales et missions que l'orthophoniste doit remplir au quotidien (Figure 4). Afin de connaitre rapidement la qualité psychométrique des outils, nous recommandons aux lecteurs de consulter des articles réalisant une analyse d'outils en français. Une liste de références est disponible ci-dessous (Tableau 2). Ces ressources sont une première solution mais, rapidement, elles peuvent devenir obsolètes en n'intégrant pas les derniers outils édités.

Figure 4 Expertise orthophonique dans la pratique évaluative

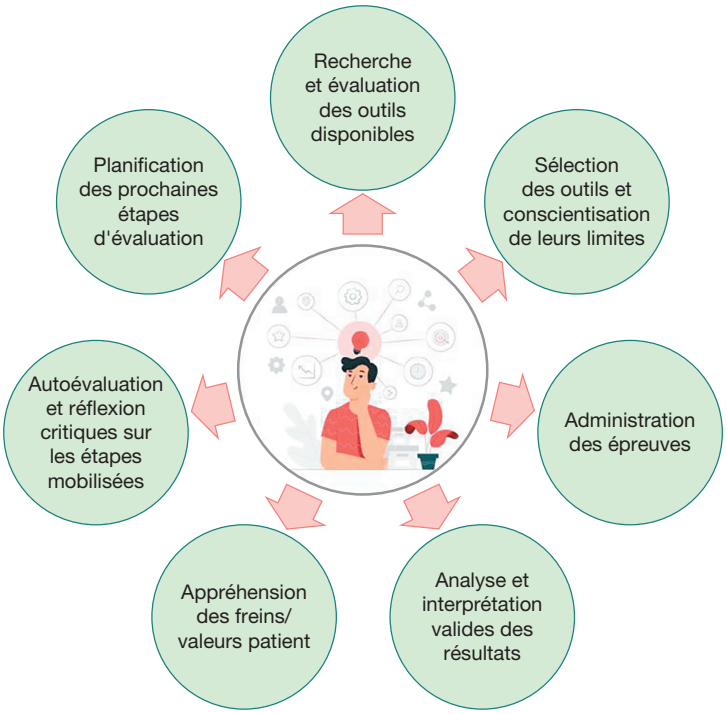


Tableau 2 Études concernant l'analyse des caractéristiques psychométriques d'outils francophones

Référence	Domaine	Population-cible
Carrier *et al.* (2022)	Cognition	Personnes âgées canadiennes francophones
Gaul Bouchard *et al.* (2009)	Langage oral et écrit	Enfants francophones nord-américains
Lafay et Cattini (2018)	Cognition mathématique	Enfants francophones
Leclercq et Veys (2014)	Langage oral	Enfants francophones d'âge scolaire
Meloni *et al.* (2022)	Perception de la parole	Enfants francophones d'âge préscolaire et scolaire

Depuis 2022, une plateforme à destination des neuropsychologues, psychologues et orthophonistes propose de répertorier les outils et leurs caractéristiques psychométriques pour les outils en français : Tool2Care. Ce travail conséquent, basé sur l'utilisation d'une grille d'analyse conçue par des psychométriciens, promet une facilitation de la sélection des outils d'évaluation de manière plus rapide. Les abonnés peuvent rechercher les outils existants dans un domaine à partir d'un moteur de recherche et avoir un aperçu rapide des informations présentes concernant les caractéristiques psychométriques de chaque outil. Les références utilisées pour réaliser l'analyse sont citées afin de permettre à l'utilisateur de contrôler les informations mises à disposition et assurent une transparence méthodologique. L'absence de conflits d'intérêts pour analyser les caractéristiques psychométriques des outils et la consultation d'études indépendantes pour évaluer ceux-ci sont des facteurs primordiaux. En 2017, Denman *et al.* ont rapporté que les informations fournies dans les manuels des tests ne sont pas toujours soutenues par les preuves issues de la littérature. Il est donc primordial de fournir des données accessibles, transparentes, indépendantes et méthodologiquement rigoureuses. De plus, outre l'analyse des caractéristiques psychométriques, il s'avère que beaucoup d'outils sont méconnus des cliniciens par manque de diffusion par les chercheurs. Lors d'un travail réalisé en 2023, au sein du projet Tool2Care, concernant les outils existants pour évaluer le domaine de la parole chez les enfants d'âge préscolaire, il s'avère qu'un total de 31 outils ont pu être identifiés et 77 % d'entre eux sont des outils non édités par des maisons d'édition. Au total, 17 outils sont en accès libre ou disponibles sur demande aux auteurs.

D'autres initiatives visant à soutenir une approche évaluative raisonnée peuvent être mises en avant. Dans le cadre du projet ANR Demonext (Namer *et* Hathout, 2020), portant sur le développement d'une base de données en morphologie dérivationnelle, un rapport méthodologique type *problem-based learning* a été édité en vue de fournir le raisonnement clinique pas-à-pas d'une évaluation critériée statique formelle (Duboisdindien *et al.*, 2022). De telles initiatives scientifiques visant à offrir des solutions aux praticiens, sans diminuer la qualité des informations fournies, sont peu courantes et peu mises en avant alors qu'elles offrent de réelles possibilités pour une pratique clinique de qualité.

L'avènement des outils normés a fondamentalement changé les pratiques professionnelles et, de notre point de vue, il est important de promouvoir, à nouveau, les observations cliniques ou encore l'utilisation d'épreuves construites empiriquement pour une situation spécifique. La passation de batteries complètes d'épreuves normées nous parait inappropriée et ne pas tenir suffisamment compte des besoins du patient et de l'orthophoniste. Afin de soutenir l'orthophoniste dans cette démarche, nous suggérons les formes d'évaluation à privilégier selon l'objectif premier de l'évaluation (Tableau 3). Cette proposition tient compte de l'état actuel des connaissances et des outils disponibles en francophonie. Théoriquement, par exemple, une évaluation normée dynamique pourrait être une bonne candidate dans le cadre du diagnostic mais l'absence d'outils disponibles rend cette option inenvisageable pour le moment.

Tableau 3 Formes de l'évaluation suggérées selon l'objectif principal de l'évaluation au regard de la disponibilité des outils disponibles en francophonie

Objectif	Forme de l'évaluation
Dépister	Évaluation normée statique possédant une bonne sensibilité
Diagnostiquer	Évaluation normée statique possédant des qualités acceptables de pouvoir discriminant
Affiner le diagnostic et comprendre le profil du patient	Évaluation critériée statique
Définir les cibles et les moyens thérapeutiques	Évaluation descriptive et critériée dynamique
Réajuster ces moyens en cours d'intervention	Évaluation descriptive dynamique
Fournir des recommandations concernant des stratégies et moyens d'aide	Évaluation descriptive dynamique et évaluation critériée dynamique
Évaluer les progrès spécifiques à l'intervention	Évaluation critériée statique possédant une bonne fidélité proposée 1) avant et après l'intervention ou 2) en mesures répétées

5. Conclusion

Le raisonnement clinique correspond aux processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien d'ajuster son expertise en vue de proposer une évaluation ou une intervention adaptée à travers un contexte spécifique de résolution de problème de santé. En situation d'évaluation notamment, il est attendu de l'orthophoniste de conduire une évaluation tout en mobilisant des stratégies d'analyse, d'évaluation d'une situation clinique, de pointer des prédicteurs pour le pronostic et la qualité de vie du patient rencontré. En outre, l'orthophoniste établit et entretient de manière effective et constante au cours de l'évaluation, une relation thérapeutique et professionnelle auprès du patient et, éventuellement, de son entourage. La sollicitation des pairs est également plébiscitée dans la pratique évaluative en complément des connaissances scientifiques à explorer au regard des données issues du bilan. En parallèle de ces savoir-faire, le champ d'expertise de l'orthophoniste clinicien se déploie à travers plusieurs thématiques de santé et différents âges de la vie humaine. L'ASHA évoque *The big-nine areas* que sont la parole, la fluence, la voix, le langage, la communication, l'audition, la déglutition, la communication sociale et les modalités de communication. En France et sur d'autres territoires, l'orthophoniste a également la charge des apprentissages. Dans ce contexte, le clinicien doit recruter quotidiennement des capacités d'analyse critique de la situation et de son propre raisonnement, et être en mesure d'édifier des aptitudes professionnelles pour évoluer dans sa pratique.

Pour conclure, l'évaluation n'est pas une fin en soi dans la pratique professionnelle de l'orthophoniste. Il est pertinent de l'envisager à travers un processus continu qui ne s'arrête pas lorsque commence l'intervention. Tout autrement, les séances de rééducation permettent de recueillir *in vivo* des données précieuses pour confirmer ou infirmer les hypothèses posées. Ce raisonnement clinique semble relativement bien ancré dans la pratique des orthophonistes qui de manière empirique, créative et instinctive développent de nombreuses stratégies évaluatives. Les données de la littérature identifient par ailleurs très bien ce souhait marqué chez ces professionnels, de favoriser le cadre d'accueil du patient – tant du point de vue logistique, clinique que relationnel – lors de l'évaluation, en vue de tisser les premiers liens de confiance, mais également pour assurer un suivi de qualité en cas d'intervention. Aussi, l'expertise clinique de l'orthophoniste résiderait principalement dans sa capacité à s'adapter et à dénouer des situations d'évaluation parfois complexes sinon plurielles compte tenu de la diversité de profils cliniques rencontrés.

Le système de santé et le système politique peuvent sembler astreignants au regard des valeurs professionnelles pour lesquelles chacun s'est engagé dans un métier de soin. Une redistribution judicieuse du temps d'évaluation dans la pratique semble primordiale pour favoriser le raisonnement clinique et affiner la compréhension qu'on peut avoir d'un patient. Par exemple, dans les domaines du langage et de la parole, l'analyse quantitative et qualitative d'un échantillon verbal peut communiquer de nombreuses informations tant pour le diagnostic que l'intervention. En langage écrit, lors du bilan initial, la consultation des cahiers de dictée d'un patient du CP au CM1 ou encore des mots qu'il peut laisser spontanément à ses parents peut fournir des informations précieuses concernant la typologie et la progression des erreurs. Pour cela, il faut du temps d'analyse et en amont du temps de formation pour fortifier l'expertise de ces professionnels cruciaux de notre système de santé.

De fait, l'évaluation *administrative* contrainte par la politique de santé décidée et réglementée en son temps, pour le cas de la France, n'est pas réellement adaptée aux contraintes vécues par le patient et doit se distinguer de l'évaluation au bénéfice de celui-ci. Par ailleurs, une telle approche aura une incidence bénéfique pour le suivi d'évolution du patient sur la durée. Dans ce cadre, nous souhaitons souligner deux conclusions principales. Tout d'abord, les orthophonistes doivent composer avec des variables multidimensionnelles et, de fait, des formes distinctes et complémentaires d'évaluation. Cette multiformité aguerrit d'autant plus la pratique et de fait, l'expertise du clinicien, situation clinique après situation clinique. Pour autant, l'utilisation d'outils d'évaluation que les directives internationales recommandent en complément des tests normés, tels que l'évaluation critériée statique et dynamique, n'est pas très répandue. Ensuite, des facteurs affectent l'expertise de ces professionnels. Ainsi, pour développer et améliorer les pratiques d'évaluation, des recommandations claires issues de la recherche, une formation de qualité basée sur des contenus scientifiques ainsi que plus de temps pour la préparation l'administration, la relation avec le patient et la remise de conclusions sont nécessaires. De nombreux défis auxquels les

orthophonistes sont confrontés doivent être relevés par le haut, à un niveau systémique (*e.g.* décideurs politiques, organisations nationales en santé publique, organisations professionnelles), tout en s'appuyant et en encourageant les facteurs, déjà existants, favorables au développement des pratiques d'évaluation des orthophonistes et pour finir, au service des patients.

6. Références bibliographiques

Ajjawi R., & Higgs J. (2012), "Core components of communication of clinical reasoning: a qualitative study with experienced Australian physiotherapists", *Advances in Health Sciences Education*, vol.17, Issue1, p. 107–119. https://doi.org/10.1007/s10459-011-9302-7

American Educational Research Association, American Psychological Association, *et* National Council on Measurement in Education. (2014), *Standards for educational and psychological testing*. https://www.apa.org/science/programs/testing/standards

Asha. (2023), *Assessment and evaluation of speech-language disorders in schools*. En ligne : https://www.asha.org/slp/assessment-and-evaluation-of-speech-language-disorders-in-schools/

Asha. (2023), *Supporting and working with transgender and gender-diverse people*. En ligne : https://www.asha.org/practice/multicultural/supporting-and-working-with-transgender-and-gender-diverse-individuals/

Asha. (2016), *Scope of practice in speech-language pathology [Scope of Practice]*. En ligne : https://www.asha.org/policy/sp2016-00343/

Asha. (2017), *Issues in ethics: Cultural and linguistic competence [Ethics]*. En ligne : https://www.asha.org/Practice/ethics/Cultural-and-Linguistic-Competence/

Atkins D., Eccles M., Flottorp S., Guyatt G. H., Henry D., Hill S., Liberati A., O'Connell D., Oxman A. D., Phillips B., Schünemann H., Edejer T. T.-T., Vist G. E., & Williams J. W. (2004), Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I : Critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. *BMC Health Services Research*, vol.4, Issue1, article 38. https://doi.org/10.1186/1472-6963-4-38

Aubry N., Bissonnette I., & Raymond S. (2019), *Inventaire des structures syllabiques chez l'enfant francophone (ISSEF)*. En ligne : https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/inventaire-des-structures-syllabiques-chez-lenfant-francophone-issef

Bachmann C., & Mengheri L. (2018), "Dyslexia and fonts : Is a specific font useful? *Brain Sciences"*, vol.8, Issue 5, article 89. https://doi.org/10.3390/brainsci8050089

Baker J., Lovell K., & Harris N. (2006), "How expert are the experts ? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques", *Nurse Researcher*, vol. 14, Issue1, p. 59-70. https://doi.org/10.7748/nr2006.10.14.1.59.c6010

Basit T. N., Hughes A., Iqbal Z., & Cooper J. (2015), "The influence of socio-economic status and ethnicity on speech and language development", *International Journal of Early Years Education*, vol. 23, Issue1, p.115–133. https://doi.org/10.1080/09669760.2014.973838

Bates S., & Titterington J. (2017), *Good practice guidelines for the analysis of child speech*.

Betz S., Eickhoff J., & Sullivan S. (2013), "Factors Influencing the Selection of Standardized Tests for the Diagnosis of Specific Language Impairment", *Language Speech and Hearing Services in Schools*, Issue44, p.133–147. https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012/12-0093)

Binger C., Kent-Walsh J., & King M. (2017), "Dynamic assessment for 3- and 4-year-old children who use augmentative and alternative communication: Evaluating expressive syntax", *Journal of Speech Language and Hearing Research*, vol.60, Issue7, p.1946-1958. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-L-15-0269

Brackenbury T., Burroughs E., & Hewitt L. E. (2008), "A Qualitative Examination of Current Guidelines for Evidence-Based Practice in Child Language Intervention", *Language Speech and Hearing Services in Schools*, vol.39, Issue1, p.78-88. https://doi.org/10.1044/0161-1461(2008/008)

Braveman P. (2006), "Health disparities and health equity: Concepts and measurement", *Annual Review of Public Health*, vol. 27, Issue1, p.167–194. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103

Brownlie E. B., Beitchman J. H., Escobar M., Young A., Atkinson L., Johnson C., Wilson B., & DOUGLAS, L. (2004), "Early language impairment and young adult delinquent and aggressive behavior", *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 32, Issue4, p. 453-467. https://doi.org/10.1023/B:JACP.0000030297.91759.74

Cahill S., & Makadon H. (2014), "Sexual orientation and gender identity data collection in clinical settings and in electronic health records : A key to ending LGBT health disparities", *LGBT Health*, *1*(1), 34–41. https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0001

Canguilhem G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires.

Carrier T., Field Lira M. B., Cortina Ortiz J. A., Duchesne C., & Montembeault M. (2022), « Revue systématique des tests cognitifs validés et/ou ayant des normes de référence pour la population canadienne francophone âgée », *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, p. 1–19. https://doi.org/10.1017/S0714980822000319

Cattini J., & Duboisdindien G. (2022), « L'évaluation critériée statique formelle en orthophonie », *Glossa*, n° 133, p. 27-47.

Chartier P., & Loarer E. (2008), *Évaluer l'intelligence logique*, Dunod.

Crooke P. J., & Olswang L. B. (2015), "Practice-Based Research: another pathway for closing the research–practice gap", *Journal of Speech Language and Hearing Research*, vol. 58, Issue6, p. S1871–S1882. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-15-0243

Cumming A., & Ross M. (2007), "The Tuning Project for medicine – learning outcomes for undergraduate medical education in Europe", *Medical Teacher*, vol. 29, Issue7, p. 636-641. https://doi.org/10.1080/01421590701721721

Daub O., Cunningham B. J., Bagatto M. P., Johnson A. M., Kwok E. Y., Smyth R. E., & CARDY, J. O. (2021), "Adopting a Conceptual Validity Framework for Testing in Speech-Language Pathology", *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol. 30, Issue4, p. 1894–1908. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00032

Denman D., Kim J.-H., Munro N., Speyer R., & Cordier R. (2019), " Describing language assessments for school-aged children : A Delphi study", *International Journal of Speech-Language Pathology*, p.1-11. https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1552716

Denman D., Speyer R., Munro N., Pearce W. M., Chen Y. W., & Cordier R. (2017), "Psychometric properties of language assessments for children aged 4-12 years : A systematic review", *Frontiers in Psychology*, vol.8. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01515

Dennis E., Manza P., & Volkow N. D. (2022), "Socioeconomic status, BMI, and brain development in children", *Translational Psychiatry*, vol. 12, Issue1, article 33. https://doi.org/10.1038/s41398-022-01779-3

Devine A., Soltész F., Nobes A., Goswami U., & Szűcs D. (2013), "Gender differences in developmental dyscalculia depend on diagnostic criteria", *Learning and Instruction*, Issue27, p. 31–39. https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2013.02.004

Diepeveen S., Van Haaften L., Terband H., De Swart B., & Maassen B. (2020), "Clinical reasoning for speech sound disorders: Diagnosis and intervention in speech-language pathologists daily practice", *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol. 29, Issue 3, p. 1529–1549. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00040

Duboisdindien G., Cattini J., & Dal G. (2022), *Brèves DP4 - Demonext-step Boris et Joël : une évaluation critériée statique des compétences en morphologie dérivationnelle*. En ligne : https://hal.science/hal-03780590/

Dudding C. C., & Pfeiffer D. L. (2018), "Clinical decision-making in speech-language pathology graduate students: Quantitative findings", *Teaching and Learning in Communication Sciences et Disorders*, vol.2, Issue 1. https://doi.org/10.30707/TLCSD2.1Dudding

Duncan L. G., & Seymour P. H. K. (2000), "Socio-economic differences in foundation-level literacy", *British Journal of Psychology*, vol. 91, Issue 2, p.145–166. https://doi.org/10.1348/000712600161736

Durning S. J., & Artino A. R. (2011), "Situativity theory: A perspective on how participants and the environment can interact: AMEE Guide no. 52", *Medical Teacher*, vol.33, Issue 3, p. 188–199. https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.550965

Duyme M., Capron C., & Zorman M. (2010), *Inventaire du Développement de l'Enfant*. Cognisciences.

Ereshefsky M. (2009), "Defining 'health' and 'disease.", *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol.40, Issue 3, p.221–227. https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2009.06.005

Eva K. W., Hatala R. M., Leblanc V. R., & Brooks L. R. (2007), "Teaching from the clinical reasoning literature : combined reasoning strategies help novice diagnosticians overcome misleading information", *Medical Education*, vol.4, Issue 12, p.1152–1158. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02923.x

Fabiano-Smith L. (2019), "Standardized Tests and the Diagnosis of Speech Sound Disorders", *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, vol.4, Issue 1, p. 58–66. https://doi.org/10.1044/2018_PERS-SIG1-2018-0018

Fidelindo L. A., Brown D. V., & Sung Min J. K. (2014), "Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population : A review of best practices", *AJN, American Journal of Nursing*, vol.114, Issue 6, p.24–34. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000450423.89759.36

Finn P. (2011), "Critical thinking: Knowledge and skills for evidence-based practice", *Language, Speech et Hearing Services in Schools*, vol.42, p.69–73. https://doi.org/10.1044/0161-1461 (2010/09-0037)

Finn P., Bothe A. K., & Bramlett R. E. (2005), "Science and pseudoscience in communication disorders: Criteria and applications", *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol.14, Issue 3, p.172–186. https://doi.org/10.1044/1058-0360 (2005/018)

Fiscella K. (2004), "Socioeconomic status disparities in healthcare outcomes", *Medical Care*, vol.42, Issue 10, p.939–942. https://doi.org/10.1097/00005650-200410000-00001

Fissel Brannick S., Wolford G. W., Wolford L. L., Effron K., & Buckler J. (2022), "What is clinical evidence in speech-language pathology ? A scoping review", *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol.31, Issue 6, p. 2943–2958. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-22-00203

Fluss J., Ziegler J., Ecalle J., Magnan A., Warszawski J., Ducot B., Richard G., & Billard C. (2008), « Prévalence des troubles d'apprentissages du langage écrit en début de scolarité : l'impact du milieu socioéconomique dans 3 zones d'éducations distinctes », *Archives de Pédiatrie*, vol.15, n° 6, p.1049–1057. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2008.02.012

Friberg J. C. (2010), « Considerations for test selection: How do validity and reliability impact diagnostic decisions ?", *Child Language Teaching and Therapy*, vol.26, Issue 1, p. 77–92. https://doi.org/10.1177/0265659009349972

Fuchs L. S., Compton D. L., Fuchs D., Hollenbeck K. N., Hamlett C. L., & Seethaler P. M. (2011), "Two-stage screening for math problem-solving difficulty using dynamic assessment of algebraic learning", *Journal of Learning Disabilities*, vol.44, Issue 4, p. 372-380. https://doi.org/10.1177/0022219411407867

Fuhrer J., Cova F., Gauvrit N., & Dieguez S. (2021), "Pseudoexpertise: A conceptual and theoretical analysis", *Frontiers in Psychology*, Issue 12, https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.732666

Fulcher-Rood K., Castilla-Earls A., & Higginbotham J. (2019), "Diagnostic decisions in child language assessment : Findings from a case review assessment task", *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, vol.50, Issue 3, p. 385–398. https://doi.org/10.1044/2019_LSHSS-18-0044

Fulcher-Rood K., Castilla-Earls A. P., & Higginbotham J. (2018), "School-based speech-language pathologists perspectives on diagnostic decision-making", *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol.27, Issue 2, p.796–812. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-16-0121

Gambrill E. (2012), *Critical thinking in clinical practice : Improving the quality of judgments and decisions,* Wiley.

Gaul Bouchard M.-E., Fitzpatrick E. M., & Olds J. (2009), « Analyse psychométrique d'outils d'évaluation utilisés auprès des enfants francophones », *Revue Canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, vol.33, n°3, p.129–139.

Germain M.-L., & Tejeda M. J. (2012), "A preliminary exploration on the measurement of expertise: An initial development of a psychometric scale", *Human Resource Development Quarterly*, vol.23, Issue 2, p.203–232. https://doi.org/10.1002/hrdq.21134

Gillon G., Hyter Y., Fernandes F. D., Ferman S., Hus Y., Petinou K., Segal O., Tumanova T., Vogindroukas I., Westby C., & Westerveld M. (2017), "International survey of speech-language pathologists practices in working with children with autism spectrum disorder", *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, vol.69, Issue 1-2, p.8–19. https://doi.org/10.1159/000479063

Goldman A. I. (2018), "Expertise". *Topoi*, vol.37, n°1, p.3–10. https://doi.org/10.1007/s11245-016-9410-3

Gordon D., Rencic J. J., Lang V. J., Thomas A., Young M., & Durning S. J. (2022), "Advancing the assessment of clinical reasoning across the health professions : Definitional and methodologic recommendations", *Perspectives on Medical Education*, vol.11, Issue 2, p. 108–104. https://doi.org/10.1007/S40037-022-00701-3

Gruppen L. (2017), "Clinical reasoning : Defining it, teaching it, assessing it, studying it", *Western Journal of Emergency Medicine*, vol.18, Issue 1, p.4–7. https://doi.org/10.5811/westjem.2016.11.33191

Hallin A. E., & Partanen P. (2022), "Factors affecting speech-language pathologists language assessment procedures and tools – challenges and future directions in Sweden", *Logopedics Phoniatrics Vocology*, p.1–10. https://doi.org/10.1080/14015439.2022.2158218

Hasson N., Dodd B., & Botting N. (2012), "Dynamic assessment of sentence structure (DASS): Design and evaluation of a novel procedure for the assessment of syntax in children with language impairments", *International Journal of Language and Communication Disorders*, vol.47, Issue 3, p.285–299. https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00108.x

Hasson N., & Joffe V. (2007), "The case for dynamic assessment in speech and language therapy", *Child Language Teaching and Therapy*, vol.23, Issue 1, p.9–25. https://doi.org/10.1177/0265659007072142

Helloin M.-C., & Thibault M.-P. (2006), *Exalang 3-6*, HappyNeuron.

Hersh D., Wood P., & Armstrong E. (2018), "Informal aphasia assessment, interaction and the development of the therapeutic relationship in the early period after stroke", *Aphasiology*, vol.32, Issue 8, p.876–901. https://doi.org/10.1080/02687038.2017.1381878

Higgs J., & Jones M. (2000), *Clinical reasoning in the health professions,* Elsevier.

Hoff E. (2006), "How social contexts support and shape language development", *Developmental Review*, vol.26, Issue 1, p.55–88. https://doi.org/10.1016/j.dr.2005.11.002

Hopf S. C., Crowe K., Verdon S., Blake H. L., & McLeod S. (2021), "Advancing workplace diversity through the culturally responsive teamwork framework", *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol. 30, Issue 5, p.1949–1961. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00380

Hultcrantz M., Rind D., Akl E. A., Treweek S., Mustafa R. A., Iorio A., Alper B. S., Meerpohl J. J., Murad M. H., Ansari M. T., Katikireddi S. V., Östlund P., Tranæus S., Christensen R., Gartlehner G., Brozek J., Izcovich A., Schünemann H., & Guyatt G. (2017), "The Grade Working Group clarifies the construct of certainty of evidence", *Journal of Clinical Epidemiology*, Issue 87, p. 4–13. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.05.006

Hunsley J., & Mash E. J. (2007), "Evidence-Based Assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*", vol.3, Issue 1, p.29–51, https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091419

Jalili M., Niroomand M., Hadavand F., Zeinali K., & Fotouhi A. (2021), "Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic : A cross-sectional study",

International Archives of Occupational and Environmental Health, vol.94, Issue 6, p. 1345–1352. https://doi.org/10.1007/s00420-021-01695-x

Krieger N., Chen J. T., Waterman P. D., Rehkopf D. H., & Subramanian S. V. (2003), "Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in health: A comparison of area-based socioeconomic measures–The Public Health Disparities Geocoding Project", *American Journal of Public Health*, vol.93, Issue10, p.1655–1671. https://doi.org/10.2105/AJPH.93.10.1655

Lafay A., & Cattini J. (2018), « Analyse psychométrique des outils d'évaluation mathématique utilisés auprès des enfants francophones », *Revue Canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, vol.42, n°2, p.127–144.

Laveault D., & Grégoire J. (2014), *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation,* Bruxelles : De Boeck Supérieur.

Leclercq A.-L., & Veys E. (2014), « Réflexions sur le choix de tests standardisés lors du diagnostic de dysphasie », *Approche Neuropsychologique Des Apprentissages Chez l'Enfant*, vol.26, n°131.

Lefebvre P., & Trudeau N. (2005), « L'orthophoniste et les tests normalisés ». *Fréquences*, vol.17, n°2, p.17–20.

Leonard L. B. (2014), "Children with specific language impairment and their contribution to the study of language development", *Journal of Child Language*, vol.41(S1), p.38–47. https://doi.org/10.1017/S0305000914000130

Lilienfeld S. O., Ritschel L. A., Lynn S. J., Cautin R. L., & Latzman R. D. (2014), "Why Ineffective Psychotherapies Appear to Work : A Taxonomy of Causes of Spurious Therapeutic Effectiveness", *Perspectives on Psychological Science*, vol.9, Issue 4, p.355–387. https://doi.org/10.1177/1745691614535216

Lockwood Estrin G., Milner V., Spain D., Happé F., & Colvert E. (2021), "Barriers to Autism Spectrum Disorder diagnosis for young women and girls : A systematic review", *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol.8, Issue 4, p.454–470. https://doi.org/10.1007/s40489-020-00225-8

McLeod A. A. N., & Glaspey A. M. (2022), "Dynamic assessment of multilingual children's word learning", *International Journal of Language et Communication Disorders*, vol.57, Issue 4, p.822–851. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12723

Macoir J., Légaré A., & Lavoie M. (2021), "Contribution of the cognitive approach to language assessment to the differential diagnosis of Primary Progressive Aphasia", *Brain Sciences*, vol.11, Issue 6, p.815. https://doi.org/10.3390/brainsci11060815

Mary Watson R., & Pennington L. (2015), "Assessment and management of the communication difficulties of children with cerebral palsy : a UK survey of SLT practice", *International Journal of Language et Communication Disorders*, vol.50, Issue 2, p.241–259. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12138

Matrat M., Delage H., & Kehoe M. (2022), "Dynamic assessment of word learning to diagnose developmental language disorder in French-speaking monolingual and bilingual children", *Languages*, vol.7, Issue 3, p. 181. https://doi.org/10.3390/languages7030181

McCauley R. (1996), "Familiar strangers : Criterion-referenced measures in communication disorders", *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, Issue 27, p.122–131. https://doi.org/10.1044/0161-1461.2702.122

McCauley R., & Swisher L. (1984), "Use and misuse of norm-referenced test in clinical assessment", *Journal of Speech and Hearing Disorders*, vol.49, Issue 4, p.338–348. https://doi.org/10.1044/jshd.4904.338

McLaughlin E., Lincoln M., & Adamson B. (2008), "Speech-language pathologists views on attrition from the profession", *International Journal of Speech-Language Pathology*, vol.10, Issue 3, p.156–168. https://doi.org/10.1080/17549500801923310

McLeod S. (2006), "Perspectives on a child with unintelligible speech", *Advances in Speech Language Pathology*, vol.8, Issue 3, p.153–155. https://doi.org/10.1080/14417040600861086

McLeod S., & Baker E. (2017), *Children's speech : An evidence-based approach to assessment and intervention*, Pearson.

McMaughan D. J., Oloruntoba O., & Smith M. L. (2020), "Socioeconomic status and access to healthcare: Interrelated drivers for healthy aging", *Frontiers in Public Health*, Issue 8. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231

Meloni G., Loevenbruck H., Vilain A., Gillet-Perret E., & McLeod A. (2022), « Evaluation de la perception des sons de parole chez les populations pédiatriques : Réflexion sur les épreuves existantes », *Glossa*, n°132, p.1–27.

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2013), *Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités (Bulletin officiel n°32)*.

Namer F., & Hathout N. (2020), "ParaDis and Démonette – From theory to resources for derivational paradigms", *Prague Bulletin of Mathematical Linguistics*, vol.114, Issue 1, p. 5–34. https://doi.org/10.14712/00326585.001

Ndugga N., & Artiga S. (2023), *Disparities in health and health care : 5 key questions and answers,* Kaiser Family Foundation. https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-5-key-question-and-answers/

Nendaz M. R., Gut A. M., Perrier A., Reuille O., Louis-Simonet M., Junod A. F., & VU, N. V. (2004), "Degree of concurrency among experts in data collection and diagnostic hypothesis generation during clinical encounters", *Medical Education*, vol.38, Issue 1, p.25–31. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2004.01738.x

Nitido H., & Plante E. (2020), "Diagnosis of developmental language disorder in research studies", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research,* Vol. 63, Issue 8, p.2777–2788, American Speech-Language-Hearing Association. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00091

Oakes J. M., & Rossi P. H. (2003). "The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach". *Social Science et Medicine*, vol.56, Issue 4, p.769–784. https://doi.org/10.1016/S0277-9536 (02)00073-4

Oates J., & Dacakis G. (2015), "Transgender voice and communication : Research evidence underpinning voice intervention for male-to-female transsexual women", *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, vol.25, Issue 2, p.48–58. https://doi.org/10.1044/vvd25.2.48

OCDE. (2010), *Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé*.

Ogiela D. A., & Montzka J. L. (2020), *Norm-referenced language test selection practices for elementary school children with suspected developmental language disorder*. https://doi.org/10.23641/asha

O'Halloran R., Hickson L., & Worrall L. (2008), "Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital : a review of the literature within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework". *International Journal of Language et Communication Disorders*, vol.43, Issue 6, p.601–632. https://doi.org/10.1080/13682820701861832

Orellana C. I., Wada R., & Gillam R. B. (2019), "The use of dynamic assessment for the diagnosis of language disorders in bilingual children: A meta-analysis", *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol.28, Issue 3, p.1298–1317. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-18-0202

Petersen D. B., Chanthongthip H., Ukrainetz T. A., Spencer T. D., & Steeve R. W. (2017), "Dynamic assessment of narratives : Efficient, accurate identification of language impairment in bilingual students", *Journal of Speech Language and Hearing Research*, vol.60, Issue 4, p. 983. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0426

Pham M. T. (1996), « Heuristiques et biais décisionnels en marketing », *Recherche et Applications En Marketing (French Edition)*, vol.11, n°4, p.53–69. https://doi.org/10.1177/076737019601100403

Piérart B. (2006), Nature et fonctions des bilans, in *Les bilans de langage et de voix - fondements théoriques et pratiques,* Estienne F. *et* Piérart B. (dir.), Masson, p. 7–13

Price J. L. (2001), "Reflections on the determinants of voluntary turnover", *International Journal of Manpower*, vol.22, n°7, p.600–624. https://doi.org/10.1108/EUM0000000006233

Quast C., & Seidel M. (2018), "Introduction : The philosophy of expertise - what is expertise?", *Topoi*, vol.37, n°1, p.1–2. https://doi.org/10.1007/s11245-017-9526-0

Quinn P. O., & Madhoo M. (2014), "A review of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in women and girls", *The Primary Care Companion For CNS Disorders,* vol. 16, Issue 3, p. 27250. https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596

Rassel A., Facon B., & CASALIS, S. (2021), "Morphological awareness and learning to read: impact of socio-economic status in French third graders", *Journal of Research in Reading*, vol.44, Issue 1, p. 228–246. https://doi.org/10.1111/1467-9817.12321

Roy P., & Chiat S. (2013), "Teasing apart disadvantage from disorder: The case of poor language", in *Current issues in developmental disorders,* Marshall, CR. (Ed.), pp. 125–150, Psychology Press.

Satterfield J. M., Spring B., Brownson R. C., Mullen E. J., Newhouse R. P., Walker B. B., & Whitlock E. P. (2009), "Toward a transdisciplinary model of Evidence-Based Practice", *Milbank Quarterly*, vol.87, Issue 2, p.368–390. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x

Schoenfeld A. J., Davies J. M., Marafino B. J., Dean M., Dejong C., Bardach N. S., Kazi D. S., Boscardin W. J., Lin G. A., Duseja R., Mei Y. J., Mehrotra A., & Dudley R. A. (2016), "Variation in quality of urgent health care provided during commercial virtual visits", *JAMA Internal Medicine*, Vol.176, Issue 5, p.635. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.8248

Shriberg L. D., Tomblin J. B., & McSweeny J. L. (1999), "Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment", *Journal of Speech, Language,*

and Hearing Research, vol.42, Issue 6, p.1461–1481. https://doi.org/10.1044/jslhr.4206.1461

Spengler P. M., & Pilipis L. A. (2015), "A comprehensive meta-reanalysis of the robustness of the experience-accuracy effect in clinical judgment", *Journal of Counseling Psychology*, vol.62, Issue 3, p. 360–378. https://doi.org/10.1037/cou0000065

Stark B. C., Dutta M., Murray L. L., Fromm D., Bryant L., Harmon T. G., Ramage A. E., & ROBERTS A. C. (2021), "Spoken discourse assessment and analysis in aphasia: An international survey of current practices", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol.64, Issue 11, p.4366–4389. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-20-00708

Sun F., Hilgeman M. M., Durkin D. W., Allen R. S., & Burgio L. D. (2009), "Perceived income inadequacy as a predictor of psychological distress in Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, *24*(1), 177–183. https://doi.org/10.1037/a0014760

Taylor S., Barr B.-D., O'Neal-Khaw J., Schlichtig B., & Hawley J. L. (2018), "Refining your queer ear : Empowering LGBTQ+ clients in speech-language pathology practice", *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, vol.3, Issue 14, p.72–86. https://doi.org/10.1044/persp3.SIG14.72

Tejero L. M. S. (2010), "Development and validation of an instrument to measure nurse-patient bonding", *International Journal of Nursing Studies*, vol.47, Issue 5, p.608–615. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.10.007

Toppelberg C. O., & Shapiro T. (2000), "Language disorders : A 10-year research update review", *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, vol.39, Issue 2, p.143–152. https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00011

Walsh R., & IGOTF-CSD. (2006). *A history of terminology: International group on terminology frameworks – communication science and disorders.* http://www.dhrs.uct.ac.za/sites/default/files/image_tool/images/147/History_of_CSD.pdf

World Health Organization. (2008), *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43951

World Health Organization. (2009), *Statistiques sanitaires mondiales*.

Yew S. G. K., & O'Kearney R. (2013), "Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments : meta-analyses of controlled prospective studies", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol.54, Issue 5, p.516–524. https://doi.org/10.1111/jcpp.12009

Young M., Thomas A., Lubarsky S., Ballard T., Gordon D., Gruppen L. D., Holmboe E., Ratcliffe T., Rencic J., Schuwirth L., & Durning S. J. (2018), "Drawing boundaries : The difficulty in defining clinical reasoning", *Academic Medicine*, vol. 93, Issue 7, p. 990–995. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002142

Youngstrom E. A., Van Meter A., Frazier T. W., Hunsley J., Prinstein M. J., ONG, M., & Youngstrom J. K. (2017), "Evidence-based assessment as an integrative model for applying psychological science to guide the voyage of treatment, *Clinical Psychology: Science and Practice"*, vol. 24, Issue 4, p.331–363. https://doi.org/10.1111/cpsp.12207

7. Annexe A : Glossaire des différentes formes d'évaluation de Denman *et al.* (2019)

Pour définir les différentes caractéristiques des formes de l'évaluation, nous reprenons le travail de Denman *et al.* (2019) traduit et adapté de manière libre :

Évaluation standardisée : l'évaluation est conçue pour être administrée et notée de manière systématique, c'est-à-dire de la même manière pour toutes les personnes qui sont évaluées : questions ou tâches spécifiques, directives claires en matière d'administration et de notation, matériel d'évaluation défini et procédures établies dans un dispositif édicté pour obtenir des réponses du patient.

Évaluation non standardisée : l'évaluation peut être administrée de différentes manières par différents évaluateurs dans différentes conditions. Les procédures d'administration et de notation peuvent être variables ou ne pas être suffisamment bien décrites pour permettre une administration et une notation systématiques (*e.g.* un matériel non fourni).

Évaluation normée : l'évaluation permet de comparer quantitativement les résultats d'un patient à ceux d'un échantillon de pairs appariés qui ont accompli la même tâche et dont les données ont été traitées pour fournir des mesures de tendance centrale. Les évaluations normées requièrent d'être toujours standardisées.

Évaluation critériée : l'évaluation permet de comparer les performances d'un patient par rapport à un niveau ou à un critère de référence préétabli (i.e. les compétences attendues au regard de l'âge, du niveau scolaire, du programme d'étude, ou encore du tableau clinique du patient).

Évaluation descriptive : l'évaluation permet de fournir des données descriptives ou qualitatives sur les capacités du patient.

Évaluation statique : l'évaluation comprend des procédures conçues pour mesurer les performances à un moment donné dans des conditions fixes (i.e. sans faire varier le contexte et en ne fournissant aucun étayage au patient). Elle fournit une indication des connaissances actuelles, sans fournir d'informations sur la réceptivité des patients à l'intervention ou sur leur potentiel d'apprentissage ou de réceptivité à un étayage. L'évaluateur a une position neutre.

Évaluation dynamique : l'évaluation comprend des procédures conçues pour évaluer les performances d'un patient dans des contextes variés et/ou avec des aides thérapeutiques différentes. Celles-ci permettent de décrire le potentiel d'apprentissage et d'identifier les aides et les techniques d'intervention ou d'enseignement les plus appropriées. La relation interactive entre le patient et l'évaluateur est un facteur primordial de cette forme d'évaluation.

Évaluation décontextualisée – hiérarchisée : ce type d'évaluation se réfère au caractère naturel d'une compétence (*e.g.* la communication) en dehors de toute situation précise mais selon une démarche d'organisation pas-à-pas en sériant une habileté attendue subordonnée à une autre (en général sur le plan développemental). Cette évaluation permet de déduire des performances fonctionnelles de manière structurée chez un individu. La présentation des tâches ou des questions dépend souvent de la réussite des tâches précédentes. Le caractère naturel de l'habileté évaluée va être circonscrit à travers des tâches dirigées par l'évaluateur sans contexte spécifique ni soutien sous la forme d'une tâche induite (*e.g.* une complétion de phrases ébauchées oralement) ou d'un questionnaire permettant de récolter des données sans se référer à une situation précise. Cette évaluation ne doit pas être confondue avec l'évaluation décontextualisée-non hiérarchisée présentée ci-dessous.

Évaluation décontextualisée – non hiérarchisée : cette évaluation a pour objectif de caractériser une aptitude naturelle chez un individu mais sans un ordre structuré ni des tâches clairement identifiables. La passation est souple et sans a priori d'un tableau clinique. Par exemple, la connaissance des règles sociales est testée à travers une série de questions spécifiques mais qui ne suivent pas une séquence développementale ou une hiérarchie de difficultés/atypies caractéristiques d'un profil clinique envisagé par le clinicien.

Évaluation contextualisée : cette évaluation s'inscrit dans une visée fonctionnelle et significative de la qualité de vie de l'individu par rapport à une compétence. Ainsi, l'évaluateur dirige les épreuves dans un contexte favorable à l'émergence d'une compétence à travers une situation naturelle (i.e. lecture d'un livre, préparer une rédaction) ou à travers une situation artificielle mais représentative d'une situation réelle (i.e. un entretien d'embauche, des jeux de rôle). Cela peut se présenter sous la forme d'une tâche spontanée (*e.g.* étude des compétences syntaxiques sur base d'un échantillon de langage oral) ou d'un questionnaire destiné aux parents permettant de récolter des données en spécifiant un contexte précis pour évaluer les performances du patient.

Évaluation ciblée sur une activité : l'évaluation fonctionnelle basée sur une activité spécifique est modélisée afin d'appréhender directement le niveau de performance global d'un individu dans des activités quotidiennes sans évaluer des processus distincts (*e.g.* pour un enfant, observation du niveau de participation au jeu avec ses pairs pendant le temps de la récréation). Les données sont essentiellement descriptives et doivent rendre compte clairement à la fois de la performance de l'individu dans l'activité sur laquelle l'évaluateur s'est focalisé et du niveau de soutien requis pour la mener à bien.

Chapitre 7
Les outils d'évaluation en orthophonie

Géraldine Debove-Hilaire

1. Introduction

Dès les prémisses de l'orthophonie, des outils élaborés tout d'abord par les premiers praticiens ont vu le jour et semblaient incontournables avant tout début de prise en soin. À l'heure actuelle et en regardant en arrière, on note que de nombreux facteurs ont contribué de façon significative à leur apparition, leur conception/élaboration, mais également à leurs améliorations. Tout d'abord, il s'agit des nombreux courants théoriques qui se sont développés au cours du 20e siècle dans d'autres disciplines comme les sciences du langage, la psychologie, les sciences sociales, les sciences de l'éducation, etc. Ce regard sur les autres approches et méthodes afin de comprendre les difficultés que présentent les patients, de les évaluer, et ensuite de les prendre en charge va contribuer au fil des décennies à spécifier et préciser le champ des compétences professionnelles de l'orthophonie, mais également son champ de recherche, à savoir la clinique, notamment sous l'axe de l'évaluation et de la prise en soin. On pourrait presque parler à l'heure actuelle des sciences orthophoniques tant son champ méthodologique est vaste. D'autre part, les réflexions autour des pratiques professionnelles ont conduit la profession à évoluer, son champ de compétences s'est précisé, élargi, spécifié tout au long des décrets par lesquels on peut retracer son histoire. Et enfin, l'évolution des technologies a également modifié les pratiques en matière d'évaluation (bilan informatisé, rédactionnel du compte-rendu orthophonique), de rééducation (support, accès au soin, et plus récemment à la suite de la pandémie du COVID-19 en mars 2020 l'apparition du télésoin en orthophonie), mais également en matière de transmission (télétransmission, soins coordonnés, dossiers partagés avec d'autres professionnels de santé…).

1.1. Les premiers outils

Sans conteste, les premiers outils d'évaluation connus et longuement explorés et utilisés par les pionniers de l'orthophonie ont été développés par Suzanne

Borel-Maisonny. Suzanne Borel-Maisonny est linguiste de formation, elle va s'appuyer sur les méthodes descriptives utilisées pour l'analyse des langues et les transférer sur le domaine clinique. Les batteries ainsi développées cherchent à décrire le plus fidèlement possible les aptitudes d'un patient, l'originalité étant qu'elle cherche à recueillir à la fois le langage verbal, mais également non verbal. La première batterie connue date de 1946 : « Tests Borel » publiés dans *Le Bulletin de société Binet*.

Les premiers outils créés par Borel-Maisonny servent à créer une situation d'exploration avec divers outils/objets à manipuler tel le « piège à souris » qui cherche à explorer cette fameuse boîte noire qu'est le cerveau. Ces nouveaux outils exploratoires permettent d'étayer les premiers diagnostics orthophoniques. Ils seront par la suite utilisés pour repérer et lister des normes développementales sur lesquelles le clinicien va pouvoir s'appuyer pour construire son observation, son jugement et ainsi son diagnostic sur lequel va pouvoir planifier sa rééducation. Toutes les anciennes générations (Ferrand, 2002) connaissent des jouets sonores, des flacons à visser/dévisser, des perles et jetons de couleur à ranger, des lacets de chaussure à enfiler, des boîtes à secouer, des plaquettes de tailles différentes à classer, etc. Son inventivité et son sens aiguisé de l'observation ont fait que certains de ses outils sont repris et réédités dans des batteries récemment publiées. Sans le savoir, en 1946, Suzanne Borel-Maisonny se trouve déjà à la croisée de la psycholinguistique qui n'apparaîtra qu'en 1951, lors du fameux congrès de Cornell. Grâce à son intuition de chercheur clinicien, elle saura tout au long de sa carrière puiser dans chaque discipline en plein essor et sillonnant le 20e siècle, les éléments constitutifs de l'orthophonie. Ces éléments feront de cette profession le cœur d'une approche qui se veut la plus interdisciplinaire au service du patient.

1.2. Évolution des pratiques

On ne peut parler de l'évolution des outils sans évoquer l'évolution de la profession qui va engendrer des modifications des pratiques. Dès 1947, la Sécurité sociale s'implique dans le champ de l'orthophonie, ce qui incite Suzanne Borel-Maisonny à réaliser des études sur la pratique de cette nouvelle discipline. La Sécurité sociale va permettre de solidifier les fondations de l'orthophonie et la rendre plus visible grâce aux diverses instances. De cette implication découle la création des premiers centres de formation en 1955, l'inauguration de la première revue en orthophonie *Rééducation Orthophonique* en 1963, la création de la certification d'orthophonie (CCO) (décret n° 65-240 du 25 mars 1965) en 1964, l'inscription de l'orthophonie dans la Nomenclature générale des actes professionnels en 1969…

1.2.1. Le bilan orthophonique clé de voûte du soin orthophonique

Pour de nombreux auteurs, le bilan orthophonique reste la clé de voûte de la prise en soin du patient, sans lui difficile de poser un diagnostic et de mener à bien une rééducation adaptée. Dès la naissance de l'orthophonie, l'évaluation est le premier pas vers le soin, mais ce n'est qu'à partir de 1983 qu'il devient inscrit dans les actes professionnels. Quatre types de bilans existent :

- Le bilan d'investigation demandé par le médecin en recherche d'un diagnostic.
- Le bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire qui permet de poser un diagnostic et d'enchaîner sur un soin orthophonique.
- Le bilan de renouvellement lorsqu'il est nécessaire de poursuivre le soin.
- Le bilan de prévention et d'accompagnement parental.

Le bilan comme acte orthophonique ainsi que les outils d'évaluation (tests) vont être très impactés par l'article 2 du décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels précisant le cadre du bilan :

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

– l'avenant à la convention nationale des orthophonistes du 27 février 2003 précisant l'architecture rédactionnelle du compte-rendu de bilan qui doit être adressé au médecin prescripteur après tout bilan réalisé.

Le diagnostic orthophonique ne peut plus être le simple résultat d'une intuition clinique, mais doit être conforté par des outils normés pour devenir le plus crédible possible.

1.2.2. Courants scientifiques : des modèles vers un soutien de l'expertise

Les outils d'évaluation en orthophonie vont subir des modifications au cours des décennies, influencés par les différents courants scientifiques qui sillonnent le 20e et le début du 21e siècle pour aboutir à des outils de plus en plus précis et fidèles. Ainsi l'orthophonie va fonder les bases de sa discipline d'évaluation en s'appuyant sur les travaux développés en sciences du langage, en psychologie, en neurolinguistique, en psycholinguistique… Les outils d'évaluation vont changer notamment au gré des approches développées dans d'autres disciplines. Citons par exemple le courant pédagogique (autour de 1950-1970) dans lequel la notion de « bon lecteur » apparaît et

autour d'elle une volonté de chiffrer la vitesse en lecture. Ces outils seront repris pour parfaire le diagnostic de trouble développemental du langage (TDL), et sont toujours utilisés aujourd'hui. On ne peut parler de bilan sans oublier de citer l'approche instrumentale (autour des années 70) dont Mesdames Borel-Maisonny, Galifi et Grangon, Santucci ou Stamback sont les grandes représentantes. Selon cette approche, l'orthophoniste recherche lors de son évaluation à repérer les « ce qui ne fonctionne pas bien » qu'on nomme « aptitudes » bien avant que la notion de trouble ne soit utilisée. Des repères d'âge (tableau notant par exemple les pourcentages de réussite sur une tâche pour un âge spécifique) vont voir le jour et permettre d'orienter le travail de rééducation. Par les approches psychométriques nées dans les années 50 et menées en psychologie, par l'approche en neuropsychologie développée à partir des années 90, et aujourd'hui par les neurosciences et les sciences médicales, le bilan orthophonique prend une nouvelle tournure et les outils et leur élaboration vont fortement en être influencés.

Il ne s'agit pas d'un égarement de la part de la profession, mais d'une recherche d'expertise en prenant les savoir-faire d'autres disciplines pour les adapter au savoir-faire de l'évaluation qualitative, quantitative, normative étayant l'acte de bilan orthophonique.

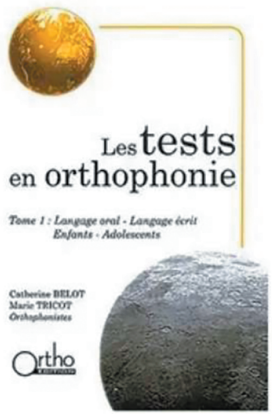
1.2.3. Évolution des technologies

Bien évidemment, l'évolution des technologies va aussi impacter le support de passation, mais également les modalités de prise en soins. Une date importante est celle de l'arrêté du 29 décembre 1999 paru au JO du 9 janvier 2000 concernant la télétransmission auprès de la CPAM par les orthophonistes. À la fin des années 90, peu d'orthophonistes avaient un ordinateur, et aujourd'hui, on ne peut concevoir un cabinet non équipé. Concernant l'évaluation du patient, de plus en plus d'outils virtuels voient le jour, permettant de mesurer de façon plus précise le temps de traitement par le patient, mais aussi par le praticien pour l'obtention des résultats. Vont aussi apparaître des outils permettant la rédaction en partie automatisée des bilans, générant un gain de temps considérable pour le clinicien. Dans une recherche menée par la société savante en orthophonie, l'Union nationale pour le développement de l'évaluation et la recherche en orthophonie (UNADREO) en 2017, un état des lieux des outils d'évaluation en orthophonie élaborés entre 2000 et 2017 mettait en évidence une augmentation du nombre d'outils informatisés entre 2011 et 2017 (plus de 45 % contre seulement 14 % entre 2001 et 2005 selon Hilaire-Debove, 2017).

Les outils d'évaluation et de remédiation informatisés commencent à se développer à la fin des années 1990 début 2000, notamment grâce à plusieurs sociétés qui développent des logiciels et/ou commercialisent du matériel pour les orthophonistes : Adéprio, Happyneuron et Ortho Édition.

2. Qu'en est-il des outils d'évaluation aujourd'hui ?

2.1. Les classeurs de bilan



Durant plusieurs décennies, il existait une tradition en orthophonie consistant à répertorier et classer l'ensemble des outils disponibles pour le praticien, dont certaines classifications ont été diffusées sous forme de publication. Puis, la production de nouveaux outils augmentant rapidement, des classeurs de bilan ont été réalisés lors des études. Ces classifications s'organisaient autour des différentes thématiques déployées dans le champ de compétences des orthophonistes. Cette grande tradition permettait aux étudiants d'être à jour quant aux outils qu'ils avaient à leur disposition lors du bilan orthophonique. Les fiches réalisées présentaient chaque test en précisant le nom de l'outil, son auteur, sa date et son lieu de parution s'il existait (beaucoup de matériel était créé et diffusé sans éditeur), la ou les populations/domaines pathologiques types concernés (langage oral, langage écrit, handicap, neurologie…), les objectifs d'évaluation, la constitution du matériel, les âges et étalonnage s'il y avait lieu.

Aujourd'hui, les enseignements portent toujours sur les tests disponibles, mais il n'y a plus systématiquement la mention de tous les outils, certains étant jugés trop anciens, pas à jour, peu fiables ou encore possédant un étalonnage trop ancien et non réactualisé. L'attention des étudiants est focalisée sur les nouveaux outils fraîchement publiés et pour lesquels les étalonnages semblent davantage contrôlés et les théories sur lesquels ils ont été construits sont plus actuelles.

2.2. Vers une garantie de la qualité psychométrique des tests en orthophonie

Soucieux de la qualité du bilan orthophonique dans les pratiques professionnelles, les outils d'évaluation sont et continuent d'être la source de questionnements quant à leur usage, leur construction et validation. Ces outils d'évaluation doivent être rigoureux et répondre à certaines normes afin de garantir leur pouvoir de diagnostic.

Une recherche menée par l'UNADREO sur la qualité des tests publiés en orthophonie depuis une vingtaine d'années s'est inspirée de la démarche émanant de la Société française de psychologie (SFP). En effet, la psychologie publie des tests depuis plus de cent ans et les démarches visant à garantir la qualité de ses outils ont aujourd'hui une réflexion et une expérience de plus d'un demi-siècle. Ainsi, la SFP a mis en place une commission des tests ayant comme principale mission la mise en place de démarches garantissant les outils d'évaluation d'un point de vue national et international (Vrignaud & Loaren, 2015). Elle vise à donner des informations sur l'utilisation des tests, à répondre et/ou recenser les questions posées par les utilisateurs et permet d'avoir un état des lieux de la situation française au niveau international et d'en diffuser des recommandations (Vrignaud *et al.*, 2003 ; Vrignaud *et al.*, 2007). Depuis 2017, l'UNADREO mène un inventaire et une réflexion sur les outils d'évaluation publiés en orthophonie depuis l'an 2000, et un groupe d'experts s'est réuni afin de recenser les outils disponibles, d'élaborer une grille d'analyse des outils francophones et de réaliser des fiches mises à disposition gracieusement via leur site à destination des cliniciens. Pour cela, elle s'est appuyée sur les travaux menés par la SFP et sur les études récemment menées sur cette thématique.

En effet, depuis peu apparaissent des publications sur les construits des outils d'évaluation en orthophonie s'inspirant de cette démarche. Ainsi en 2014, Leclerc et Veyys publient une étude sur les tests standardisés utilisés lors du diagnostic de dysphasie. Cette étude s'intéresse aux caractéristiques psychométriques des outils d'évaluation en clinique francophone lors du diagnostic des troubles du langage oral, afin d'aider les cliniciens à avoir une réflexion sur le choix des outils. Cette démarche repose sur une approche qui se veut dans la continuité de l'*Evidence-Based Practice* et souhaite aussi fournir des recommandations aux futurs concepteurs de tests afin d'améliorer la qualité des outils normés. Les auteurs ont analysé 5 outils fréquemment utilisés en Belgique : ELO, NEEL, Exalang 5-8, Exalang 6-11 et L2MA. Ils ont élaboré une grille d'analyse sur 13 points, s'appuyant sur les notions de qualité des tests développés en psychométrie. Les auteurs concluent qu'aucun des cinq tests n'a le nombre de points total, mais que certains d'entre eux possèdent de meilleures preuves que d'autres. Pour eux, avant de dire qu'un test est moins bon qu'un autre, il suffirait de rechercher les preuves pour chacun afin de les rendre plus solides quant à leur pouvoir de diagnostic et ainsi d'être plus convaincant vis-à-vis d'autres instances. Plusieurs autres articles vont ainsi s'attacher à montrer les lacunes à combler afin de sensibiliser les futurs concepteurs et impulser cette nouvelle vision de « performance validée ».

Ainsi un second inventaire a été réalisé par Monetta *et al.* en 2016. Cet article a recensé l'ensemble des outils franco-québécois utilisables pour l'évaluation des troubles du langage et de la parole. Cette étude a identifié 117 tests franco-québécois publiés entre 1980 et 2014. Pour chacun des tests, les auteurs ont réalisé une fiche descriptive mentionnant certains critères psychométriques garantissant la qualité avec toujours le même souci de sensibiliser les praticiens à tenir une réflexion sur cette problématique lorsqu'ils choisissent un test plutôt qu'un autre. De même, les

auteurs ont fait le constat que même si certains outils semblent plutôt bien construits, peu d'entre eux mentionnent les éléments psychométriques garantissant leur solidité.

Lafay et Cattini (2018) se sont quant à elles focalisées sur les outils d'évaluation en mathématique utilisés auprès des enfants francophones, et ont réalisé une analyse psychométrique de ces outils d'évaluation. Elles ont recensé 15 tests et de nouveau, l'analyse montre que peu d'entre eux répondent aux standards psychométriques.

Ce type de recherche est également réalisé sur d'autres langues. Par exemple, Denman *et al.* (2017) ont réalisé une revue systématique sur les outils d'évaluation du langage chez les enfants de 4 à 12 ans en Australie. Ils ont recensé 15 tests. Pour la plupart d'entre eux, des preuves sur l'hypothèse des tests (validités convergente et discriminante) ont été identifiées, mais dans l'ensemble, peu de ces tests ont des preuves de fiabilité et de validité du contenu, aucun n'a de preuve de validité structurelle et de cohérence interne. Cette recherche se conclut sur la nécessité de poursuivre des recherches supplémentaires sur ces tests, pour obtenir une bonne preuve de qualité des évaluations linguistiques se basant sur les critères développés en théorie des tests.

On voit donc par ces travaux qui soulignent le manque d'information sur les qualités psychométriques, une volonté de renforcer l'expertise du praticien quant à sa connaissance des limites de l'outil qu'il utilise lors de son diagnostic. Par retour, cela oblige le concepteur à être davantage rigoureux en réalisant quelques études montrant la robustesse de son outil.

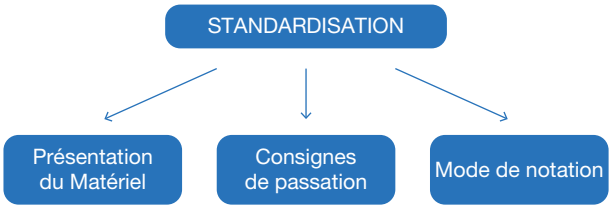
Les recherches sur cette question continuent à solliciter des questionnements. Deux mémoires ont été réalisés en France, l'un sur les outils d'évaluation en langage écrit (Brault, 2020) et le second sur le langage oral (Dalban-Moreynas, 2022).

2.3. Critère d'évaluation de la qualité des tests

Quels sont donc ces critères psychométriques sur lesquels la littérature se fonde pour rendre compte de la robustesse d'un test ? Quatre éléments sont généralement mentionnés, il s'agit de : la standardisation, la sensibilité, la fidélité et la validité.

2.3.1. Standardisation

Selon « la méthode des tests » (ECPA), la standardisation est à destination de l'utilisateur et sert à présenter le test, les consignes de passation et le mode de notation afin de réduire le biais lié à l'observateur. En effet, la standardisation permet de s'assurer que les scores obtenus par un sujet sont imputables à des différences individuelles et non pas à des variations liées à la situation de passation et notamment à l'expérimentateur. Pour réduire ce biais, un test est dit standardisé dès lors qu'il possède : une bonne présentation du matériel, des consignes de passation claires et un mode de notation précis et détaillé.



2.3.2. Sensibilité

La sensibilité d'un test est définie dans la littérature par le pouvoir de discrimination d'un test, à savoir « sa capacité à distinguer les individus les uns des autres ». On dit qu'un test a une bonne sensibilité s'il n'y a pas ou très peu de faux positifs. En général, on définit le degré de précision en trois niveaux, ainsi un outil est dit :

- de « bonne précision de discrimination » si 90 % des individus avec des pathologies connues sont détectés par l'outil,
- de « précision moyenne de discrimination » s'il n'y a que 89 % et 80 % d'individus pathologiques discriminés,
- et enfin de précision inacceptable si moins de 80 % des individus ayant une pathologie sont détectés (Friberg, 2010 ; Plante & Vance, 1994).

Cette preuve de sensibilité est soutenue notamment par la réalisation d'études de cas cliniques ou par la comparaison des performances entre un groupe de patients et un groupe de sujets tout-venant servant à la normalisation. En cas de bonne discrimination, le test est dit sensible (Betz *et al.*, 2013 ; Hilaire-Debove, 2017).

Bien évidemment, pour qu'un test soit sensible, il est nécessaire qu'il y ait la participation d'un certain nombre d'individus dans le groupe d'échantillonnage et d'un nombre d'items suffisants, de difficultés croissantes. Les effets doivent être définis et le seuil pathologique précisé, ce qui n'est pas forcément le cas dans de nombreux outils d'évaluation comme nous le verrons plus loin.

2.3.3. Fidélité

Selon Laveault et Grégoire (2014), la fidélité va renseigner sur la différence qu'il existe entre une note obtenue et la note vraie du test, la fidélité d'un test permet de répondre à la question « le test mesure-t-il quelque chose ? ». La fidélité se mesure grâce à des index de fidélité ou coefficients de fidélité qui vont permettre de décider si « les différences observées entre les personnes correspondent à des différences réelles » ou bien « si ces différences observées sont fortuites » (Roulin, 2018). Elle s'appuie sur la cohérence interne, la reproductibilité dans le temps ainsi que la stabilité du test. Il existe trois méthodes de mesure de la fidélité : la fidélité inter-observations (test-retest), la fidélité inter-observateur (inter-juges) et la fidélité ou consistance interne.

La fidélité inter-observations appelée également selon les auteurs fidélité temporelle ou fidélité test-retest permet de mesurer la stabilité de la mesure dans le temps grâce à une administration du même test au même groupe de participants à quelques mois d'intervalle (entre un et trois mois). Les résultats doivent être identiques afin de conclure sur une bonne fidélité inter-observations.

Un coefficient de corrélation entre les deux passations est généralement calculé, ce dernier est considéré comme fiable à partir de 0,70 (Huteau & Lautrey, 2006 ; Marin-Curtoud *et al.*, 2010), un coefficient de 0,90 est généralement recommandé (Leclerc & Veys, 2014).

La fidélité inter-observateur également appelée fidélité inter-juges (Ivanova & Hallowell, 2013) renvoie au fait que l'examinateur du test ne doit pas avoir de conséquence sur la passation, et que, si celui-ci change, les résultats de l'individu devront se trouver inchangés. Les administrateurs du test doivent être formés de la même façon pour rendre l'évaluation duplicable et fiable, d'où l'importance d'une bonne standardisation. Ici encore, un coefficient de corrélation ne doit pas être inférieur à 0,60 pour une valeur préférée à 0,90 (Leclerc & Veys, 2014).

Enfin, *la fidélité interne* ou *cohérence interne* (Ivanova & Hallowell, 2013), ou *consistance interne* (Marin-Curtoud *et al.*, 2010) vérifie que tous les composants du test réagissent bien entre eux, tendant vers une même réponse. Elle se mesure à l'aide de l'alpha de Cronbach, la valeur s'étend de 0 à 1, 1 étant la valeur pour laquelle les éléments sont les plus cohérents entre eux, le seuil d'acceptation est fixé à 0,70.

La fidélité objective les capacités du test, que ce soit au niveau temporel ou de la consistance interne.

2.3.4. Validité

La validité d'un test se définit par sa capacité à mesurer ce pour quoi il a été créé, à répondre à la question « le test mesure-t-il ce qu'il est censé mesurer ? » (Huteau & Lautrey, 2006 ; Lafay & Cattini, 2018 ; Laveault & Grégoire, 2014). De manière générale, on parle de validité du construit (appelée aussi théorique) pour faire référence aux connaissances des modèles théoriques et des données scientifiques récentes qui ont été utilisées pour la création de l'outil ; de validité interne pour désigner la construction du test et de validité externe pour se référer à la comparaison des résultats d'un test avec les résultats d'autres outils existants visant à obtenir les mêmes observations.

Pendant longtemps, la validité de contenu, la validité empirique et la validité de construit (théorique) ont été décrites et utilisées pour prouver la force des tests et actuellement, on parle de ces trois formes de validité sous les termes de « processus de validation » d'un test/d'une épreuve. En psychologie, on considère que la validation d'un test est un processus continu et relativement long et que ces travaux ne s'arrêtent pas à la publication du test.

La validité de contenu consiste à évaluer à quel degré les aspects du test sont représentatifs de ce que le test est censé observer (Laveault & Grégoire, 2014), elle mesure

selon Lafay et Cattini (2018) « la pertinence de contenu » du test. Le concepteur doit s'assurer que les items choisis sont effectivement représentatifs et pertinents pour évaluer ce à quoi le test sert à évaluer, les domaines à évaluer doivent être bien définis en amont et le choix des épreuves fortement en adéquation avec le domaine à mesurer (Ivanova & Hallowell, 2013).

La validité empirique est aussi appelée validité critérielle, elle rend compte de la corrélation entre tout critère mesurant le même domaine ou caractéristique (Laveault & Grégoire, 2014), il s'agit d'une bonne évaluation par rapport à un critère de référence, qui lui est externe au test (Lafay & Cattini, 2018 ; Marin-Curtoud *et al.*, 2010). Selon Piéron (*Vocabulaire de la Psychologie,* 1951) cité par Rouli (2018), « la validité empirique s'évalue par le degré de liaison entre le rendement du sujet dans un test et son rendement dans une autre activité que le test est censé prévoir ». On distingue deux types de validation empirique :

- La validité concomitante ou concourante (Leclerc & Veys, 2014), qui présente une forte corrélation entre le score obtenu au test et d'autres outils permettant de mesurer le même concept, soit le critère externe, au même moment de mesure. Si corrélation il y a, les deux mesures auront la même caractéristique (Laveault & Grégoire, 2014).
- La validité prédictive, qui est « un indicateur de la performance que l'on cherche à prédire » (Laveault & Grégoire, 2014, p178). Selon Rouli (2018), le test sert à pronostiquer/prédire le critère qui pourra être évalué en aval.

La validité du construit est aussi appelée validité conceptuelle ou théorique (terme que nous utiliserons par la suite). Elle rend compte de la validité d'un test en lien avec les théories scientifiques sur lesquelles le test a été fondé, représentant les bases de construction du test (Huteau & Lautrey, 2006 ; Lafay & Cattini, 2018). Cette validité doit nécessairement apparaître dans le manuel du dit test puisqu'il s'agit du fondement scientifique du test, sur lequel les épreuves vont être construites.

Enfin, nous ajoutons la *validité écologique* qui renvoie à l'idée de « durée » de passation et à la situation plus ou moins écologique du test (proche activité dite « normale »). Elle rend notamment compte des caractéristiques d'utilisation d'un test pour qu'il soit compatible avec une activité de diagnostic médical. La passation ne doit pas être trop longue, car dans le cas contraire, un praticien ne pourra envisager de l'utiliser, même si ce dernier a de bonnes propriétés psychométriques (Betz *et al.*, 2013).

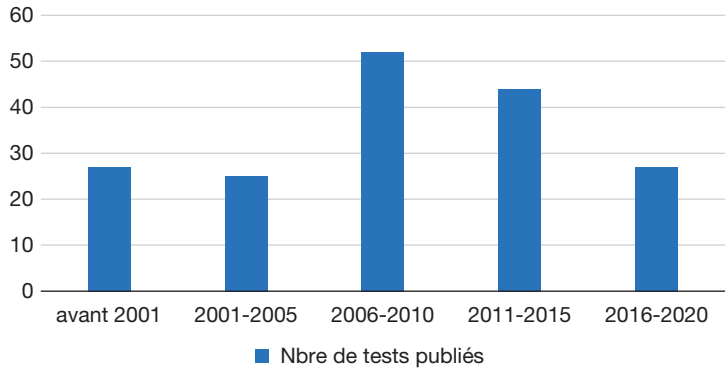
3. État des lieux des outils d'évaluation en France

Depuis 2017, l'UNADREO recense et fait un état des lieux des outils d'évaluation qui sont publiés et/ou toujours utilisés depuis l'an 2000.

3.1. Inventaire des tests

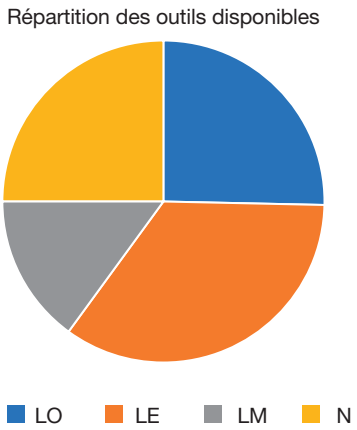
En 2022, 175 outils normés publiés ont été recensés entre 2000 et 2022 (les questionnaires ne sont pas inclus dans cet inventaire). La répartition par période met en évidence une augmentation du nombre de tests publiés à la suite du décret du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophonie. Le bilan orthophonique incluant le diagnostic orthophonique prend une place centrale dans la prise en soin du patient et également dans les enseignements en formation initiale. Certains centres de formation en orthophonie (CFUO) lui consacrent une année pleine d'enseignement. C'est également le cas en formation continue où les programmes autour du bilan, du diagnostic et de la rédaction du compte-rendu de bilan orthophonique sont de plus en plus proposés. Il s'ensuit d'une augmentation significative de l'élaboration, de la publication et de la diffusion de nouveaux outils d'évaluation normés, afin notamment de combler les lacunes notées par les praticiens dans leur exercice professionnel. En effet, entre 2001 et 2005 seulement 25 tests ont été publiés contre 52 entre 2006 et 2010, et 44 entre 2011 et 2015.

Figure 1 Nombre de tests publiés entre 2002 et 2020



Ces nouveaux outils sont développés dans le cadre de mémoires de fin d'études au sein des CFUO, mais également par des cliniciens ayant des contacts avec des chercheurs et/ou encore par des équipes de chercheurs formés en matière d'élaboration de tests issus de la psychologie et plus particulièrement en théorie des tests. Citons par exemple, durant la première décennie du 21e siècle, l'équipe d'étudiants et de chercheurs autour d'Abdelhamid Khomsi à Tours, et à l'université Lumière Lyon 2 grâce à l'équipe de Jean Ecalle et Annie Magnan, qui ont développé des outils d'évaluation en langage oral et en langage écrit. Des orthophonistes cliniciens vont se regrouper pour travailler ensemble sur l'élaboration de nouveaux outils en s'appuyant à la fois sur une revue de la littérature scientifique, le savoir-faire de la profession et de certains, en revisitant des outils développés par certains de ces cliniciens et en réalisant d'importants étalonnages avec l'aide de statisticiens (exemple d'EVALO et EVALEO autour de F. Coquet, P. Ferrand, C. Maeder et J. Roustit notamment).

L'étude de l'UNADREO a pour le moment réalisé les inventaires des outils d'évaluation pour 4 domaines : le langage oral (LO), le langage écrit (LE), la cognition/logico-mathématiques (LM) et la neurologie (N). La répartition met en évidence que c'est surtout le langage écrit (N = 54) qui possède le plus d'outils normés, suivi du langage oral (N = 40) et de la neurologie (N = 39), puis de la cognition/logico-mathématique (N = 24).



À noter que les outils en neurologie ont vu un essor considérable au cours des dernières années (pour une revue, se référer à Sabadell *et al.*, 2022 qui présente un inventaire de l'ensemble de ces outils).

Dans le cadre de l'étude de l'UNADREO sur la qualité des tests en orthophonie, une première étude a été réalisée en 2020 par Marie Brault sur les tests utilisés en langage écrit, complétée par celle de Lou Dalban-Moreynas en 2022. Ces inventaires ont été effectués à partir de plusieurs recherches, la première a été réalisée par l'UNADREO en 2017 à l'aide d'un questionnaire auprès des cliniciens, d'une revue des tests présentés dans les cahiers de bilan réalisés dans certains CFUO, en faisant une recherche auprès des éditeurs connus (notamment Ortho Édition, ECPA, Happyneuron, Adéprio…) et enfin à partir des forums sur les réseaux sociaux. Ces inventaires ont ensuite été réactualisés et complétés par les étudiants en utilisant la même démarche. Ces recherches ont permis de faire un inventaire de tous les tests publiés dans ces deux domaines depuis une vingtaine d'années. Il a été choisi de ne pas prendre en compte les tests avant l'an 2000, ces derniers étant trop anciens.

Concernant le langage oral, sur 40 tests, 32 ont pu être analysés et sur les 54 recensés en langage écrit, 25 ont pu être étudiés. Sont présentés ci-dessous les premiers résultats concernant les données compilées de ces deux travaux de recherche.

3.2. Étude sur la qualité des tests publiés (fiches réalisées sur des batteries évaluant le langage oral et/ou le langage écrit)

3.2.1. Tests analysés

Le nombre de tests présentés est de 47 listés dans le tableau 1. Les fiches sur les autres tests non mentionnées dans cette étude sont en cours de réalisation. Pour un inventaire complet des tests en langage écrit et en langage oral édités depuis 2000, se référer à Brault, M. (2020) et Dalban-Moreynas, L. (2022).

Tableau 1 Liste des tests étudiés

Nom	Année de parution	Auteur(s)	Éditeur
Alouette-R	2005	P. Lefavrais	ECPA
Bale	2010	M. Jacquier-Roux, C. Lequette, G. Pouget, S. Valdois, M. Zorman	Cogni-sciences
BILO Petits	2009	Khomsi et Khomsi	ECPA
BILO 2	2007	Khomsi *et al.*	ECPA
BILO 3C	2007	Khomsi, Khomsi, Pasquet *et al.*	ECPA
BIMM	2007	Gatignol et Marin-Curtoud	ECPA
BELO	2006	C. Pech-Georgel, F. George	De Boeck Solal
BMTi	2019	Billard *et al.*	Ortho Édition
CELF 5	2019	Wiig *et al.*	ECPA
Chronodictées	2006	B. Baneath, C. Boutard et C. Alberti	Ortho Édition
CLéA	2014	F. Pasquet, A. Parbeau-Gueno, E. Bourg	ECPA
DIADOLAB 3	2019	Manin-Sicard et Sicard	Gerip
EC2	2007	Khomsi et Khomsi	ECPA
Ecla 16+	2014	C. Gola-Asmussen, C. Lequette, G. Pouget, C. Rouyer, M. Zorman	Cogni-Sciences
EDA	2012	Billard et Touzin	Ortho Édition
ELFE	2008	C. Lequette, G. Pouget, M. Zorman	Cogni-sciences
ELO	2001	Khomsi	ECPA
Emilie	2010	A. Duchêne	Happyneuron
EVAC	2003	Flessas et Lussier	ECPA
EVALéo 6-15	2018	L. Launay, C. Maeder, J. Roustit, M. Touzin	Ortho Édition
EVALO	2009	Coquet *et al.*	Ortho Édition
EVALO BB	2010	Coquet *et al.*	Ortho Édition
Exalang 11-15	2009	M. Lenfant, M.P. Thibault, M.C. Helloin	Happyneuron
Exalang 5-8	2010	M.P. Thibault, M.C. Helloin	Happyneuron
Exalang 8-11	2012	M.P. Thibault, M.C. Helloin, M. Lenfant	Happyneuron
Exalang LyFac	2014	M.P. Thibault, M. Lenfant	Happyneuron
Kikou	2010	Boutard et Bouchet	Ortho Édition
Kodjo	2019	C. Poitou	Boeck Solal

Nom	Année de parution	Auteur(s)	Éditeur
L2MA-2	2010	C. Chevrié-Muller, C. Maillart, A.M. Simon, S. Fournier	ECPA
La conscience phonologique	2001	D. Delpech, F. George, E. Nok	Boeck Solal
La forme noire	2010	C. Maeder	Ortho Édition
Le vol du PC	2006	C. Boutard, I. Claire et L. Gretchanovski	Ortho Édition
Logator	2009	G. Boudes, C. Boutard	Ortho Édition
N-EEL	2001	Chevrie-Muller et Plaza	ECPA
Orthographe au collège	2008	M.P. Thibault	Orthomotus
PEES 3-8	2008	Boutard et Bouchet	Ortho Édition
PELEA	2010	Boutard *et al.*	Ortho Édition
PETITE EVAC	2003	Flessas *et al.*	ECPA-CENOP
Profil cognitif et linguistique	2011	Laboratoire de recherche	Gérip
TLOCC	2006	Maurin	Ortho Édition
TCS-r	2019	C. Maeder	Ortho Édition
TCT	2012	S. Cheneau	Mot à mot
TIME 2	2003	J. Ecalle	Mot à mot
TIME 3	2006	J. Ecalle	Mot à mot
THAPHO	2007	J. Ecalle	Mot à mot
Tinfolec	2014	J. Ecalle, P. Revy	Gérip
TOPL2	Traduit en 2008	Phelps-Terasaki et Phelps-Gunn	Flippad

Les manuels et articles de 47 tests ont été analysés à partir de la grille d'évaluation élaborée par l'UNADREO. L'étude a consisté à relever la qualité de l'étalonnage pour la partie standardisation et à réaliser un score de « mesure de qualité » basé sur 10 points. Pour chaque mesure citée ci-dessous, un point a été accordé si ces éléments apparaissent dans le manuel et/ou ont fait l'objet d'une publication. Le score se répartit de la façon suivante :

- Sensibilité (/3 pts)
  - Étude de cas cliniques (1pt)
  - Effets (âge ou autre…) (1pt)
  - Mention du seuil pathologique (1pt)
- Validité (/4 pts)
  - Théorique (1pt)

- ◦ De contenu (1pt)
- ◦ Empirique (1pt)
- ◦ Écologique (1pt)

- Fidélité (/3 pts)
  - ◦ Inter-observations (1pt)
  - ◦ Inter-observateur (1pt)
  - ◦ Cohérence interne (1pt)

⇨ Score total qualité/10

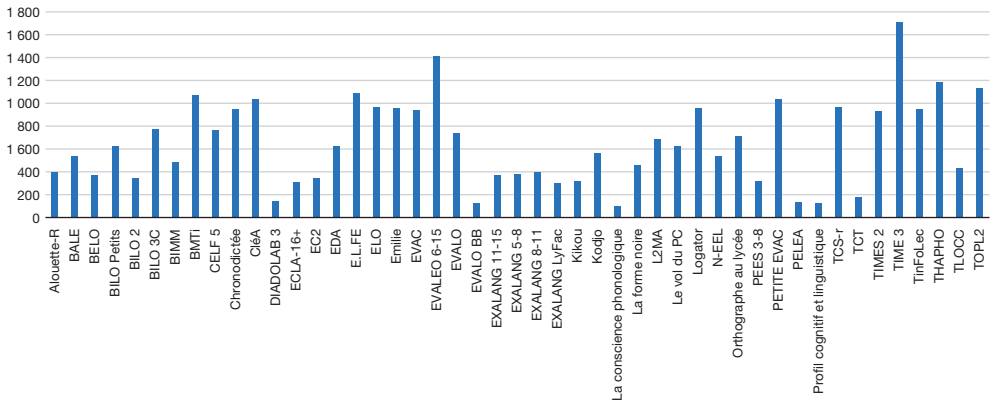
Le paragraphe suivant présente les premiers résultats de ce travail d'analyse.

3.2.2. Standardisation

Après analyse, les 47 tests possèdent tous un manuel confirmant une bonne standardisation notamment en matière de présentation du matériel, présentation du mode de passation et de cotation. De même, les étalonnages sont présentés sans ambiguïté.

Concernant les étalonnages, plusieurs remarques sont cependant à faire. Tout d'abord, on voit que de plus en plus, les concepteurs font attention à la taille des échantillons afin de rendre les données plus représentatives. Ainsi, les plus petits échantillons comprennent 98 participants alors que les plus grands vont jusqu'à 1417.

Figure 2 Taille de l'échantillon par test



Si les concepteurs ont fait d'importants progrès sur l'aspect de la taille d'échantillon, il n'en reste pas moins que les tests présentent encore quelques lacunes en matière d'indication concernant la période de passation et l'origine locale sur le territoire français de la population ayant participé à l'étalonnage. Ainsi, seulement un peu plus de la moitié (53 % soit 25 tests) mentionnent la période de passation et 32 % ne mentionnent rien sur la collecte. Sur ceux qui la mentionnent, soit 32 tests (68 %), seulement 9 % d'entre eux ont été construits sur une population nationale, 37 % régionale, 7 % locale et enfin 31 % ne mentionnent pas le lieu de passation.

3.2.3. Score de qualité/10

Le score moyen tous tests confondus est de 5,38 (ET = 2,10). Le tableau ci-dessous présente le nombre de tests en fonction du score de qualité et met en évidence que la majorité des tests se situent au-dessus de 4 critères.

Tableau 2 Nombre de tests en fonction du score de qualité

Score de qualité	Nbre de tests	% de tests
1	1	2,13
2	3	6,38
3	5	10,64
4	7	14,89
5	10	21,28
6	7	14,89
7	6	12,77
8	4	8,51
9	3	6,38
10	1	2,13

Un seul test obtient le score de 10, CELF 5, qui représente un des tests les plus récents de l'étude (publié en 2019) et plusieurs autres tests présentent de nombreuses preuves de leur robustesse avec des scores de :

- 7/10 pour Cléa ; Evalo Bébé ; Kikou ; PEES 3-8 ; Petite Evac ; THAPHO,
- 8/10 pour Evac ; Evalo ; Exalang 5-8 ; TOPL2,
- Et enfin 9/10 pour Exalang 8-11, Exalang 11-15 et Evaléo 6-15.

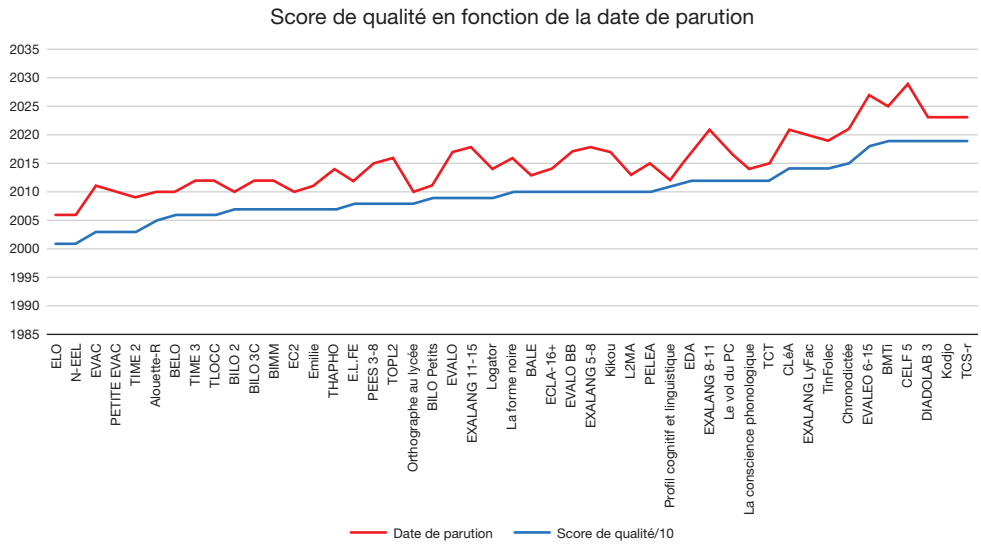
Le graphique 3 présente le nombre de critères présents en fonction des dates de parution. Ce graphique permet de mettre en évidence une tendance à mentionner de plus en plus d'éléments, ce qui rend plus facile la démarche d'analyse et de choix du test. Cela met également en évidence qu'il existe encore une grande variation entre les tests.

L'analyse des manuels met également en évidence que certains critères sont davantage étudiés que d'autres : ainsi il apparaît clairement que la validité et la sensibilité sont souvent mentionnées, alors que les critères de fidélité restent très peu étudiés.

	Sensibilité	Validité	Fidélité
Moyenne	1,64	2,91	0,83
Écart type	1,05	0,95	0,99

En effet, la moyenne du nombre de fois où la sensibilité est mentionnée est de 1,64, ce chiffre étant de 2,91 pour la validité et inférieur à 1 pour ce qui concerne la fidélité.

Figure 3 Présentation des scores de qualité en fonction de la date de parution



3.2.4. Sensibilité

Trois mesures ont été observées : la mention d'étude de cas, des effets, du seuil pathologique retenu.

Les études de cas où les groupes pathologiques concernés sont mentionnés assez fréquemment comme preuve dans 31 tests (65,96 % des tests), de même les effets (niveau, âge, milieu…) sont mentionnés dans 25 tests soit 53 % des outils étudiés. En revanche, le seuil pathologique retenu n'est mentionné que dans 21 outils seulement, soit 44 % des tests, qu'il s'agisse de percentile ou d'écart type, ce qui est problématique lorsqu'on obtient des scores sur un test à –1 écart type par exemple.

3.2.5. Validité

Les validités théorique, de contenu, empirique et écologique ne sont pas toutes les quatre mentionnées de façon identique. En effet, les validités théorique, de contenu et écologique sont celles qui sont les plus mentionnées (respectivement 36 tests soit 76, 60 %, 44 tests soit 93,62 % et 38 soit 80,85 %). La validité empirique reste, quant à elle, peu précisée (seulement 19 tests, soit 40,43 %).

3.2.6. Fidélité

Enfin les critères de fidélité sont les critères de qualité les moins explorés et/ou présentés dans les manuels de tests. En effet, seulement 15 tests (31,91 % des tests) font référence au critère inter-observations, 12 (25,53 %) au critère inter-observateur et 12 (25,53 %) au critère de cohérence interne.

Quand on regarde l'évolution des critères de qualité dans les outils orthophoniques, on constate une prise de conscience progressive des concepteurs quant à l'importance de montrer la robustesse de ces outils. Cela a commencé tout d'abord par la constitution des groupes pour l'étalonnage normatif, les critères de sélections et de précisions se sont spécifiés et développés. Ensuite, les concepteurs se sont intéressés aux critères de sensibilité où il reste encore des efforts à faire sur la mention du seuil pathologique et sur le critère de validité. Mais peu malheureusement se sont attardés sur le critère de fidélité peut-être par évidence que forcément ces outils respectent ces critères. Il faut aussi rappeler qu'il n'existe pas de chercheurs orthophoniques dont le travail serait la conception et l'étalonnage des outils et que cette recherche existe cependant, mais grâce à la volonté de cliniciens formés à la recherche, qui réalisent ce travail de façon bénévole.

4. Conclusion

Au cours des vingt dernières années, l'orthophonie voit son champ de compétences dans le domaine de l'évaluation grandir et avec lui la création et l'évolution des outils d'évaluation. L'orthophoniste, soucieux de la qualité de son travail, met tout en œuvre pour améliorer ses outils d'évaluation, les rendant plus performants et fiables. On voit ainsi, une amélioration de leur normalisation et de leur standardisation, qui s'accroît au cours des dernières années, ainsi qu'une augmentation du nombre de publications sur les critères de qualité des tests. Comme le précise Roulin (2018), la validité des tests ne s'arrête pas à la date de publication de l'outil dans la mesure où ce processus de validation est un processus long. Il va sans dire que les outils possédant peu de preuves de leur robustesse ne doivent pas être mis de côté sous ce prétexte, mais au contraire, qu'il faut encourager des études qui permettraient de les rendre plus solides quant à leur validation. On note également que la fidélité reste insuffisamment testée.

Rendre les outils d'évaluation plus robustes quant à leur construit est un gage d'expertise et de qualité dans la pratique professionnelle. Cette approche permet de rendre un diagnostic orthophonique autour d'une démarche réfléchie, construite, qui se doit d'être validée par le développement de travaux de recherches scientifiques autour des outils spécifiques aux axes de recherche de l'orthophonie (prévention, évaluation et prise en soin/rééducation).

5. Références bibliographiques

Betz S. K., Eickhoff J. R., & Sullivan S. F. (2013), "Factors Influencing the Selection of Standardized Tests for the Diagnosis of Specific Language Impairment", *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, vol. 44, Issue 2, p.133-146. https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012/12-0093).

Brault M. (2020), *Inventaire et analyse des critères de validité et de fidélité mentionnés par les outils d'évaluation utilisés pour le bilan orthophonique en langage écrit en France*, mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, université Lyon 1, 37 p.

Dalban-Moreynas L. (2022), *Les tests en orthophonie. Étude sur la qualité de construction de tests utilisés pour le bilan orthophonique*, mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, université Lyon 1, 41 p.

Denman D., Speyer R., Munro N., Pearce W. M., Chen Y.-W., & Cordier R. (2017), « Psychometric Properties of Language Assessments for Children Aged 4–12: A Systematic Review », *Frontiers in Psychology*, Issue 8, p. 1515.

ECPA (2015), *Le livre blanc « la méthode des tests »,* Paris, éditions ECPA.

Friberg J. C. (2010). « Considerations for test selection: How do validity and reliability impact diagnostic decisions? », *Child Language Teaching and Therapy*, vol. 26, Issue 1, p. 77-92. https://doi.org/10.1177/0265659009349972

Ferrand P. (2002), « Des souris », *Rééducation Orthophonique,* n° 212*,* p. 3-6.

Hilaire-Debove G. (2017), « Pourquoi et comment évaluer les outils d'évaluation en orthophonie », in Efficacité des thérapies, Gatignol P., Rousseau T. (dir.), Isbergues, Ortho Édition, p. 39-62.

Huteau M., & Lautrey J. (2006), « *II. Qu'est-ce qu'un test ?* », *La Découverte, Cairn.info*, p. 20-47, en ligne : https://www.cairn.info/les-tests-d-intelligence--9782707149992-p-20.htm

Ivanova M. V., & Hallowell B. (2013), "A tutorial on aphasia test development in any language: Key substantive and psychometric considerations", *Aphasiology*, vol. 27, Issue 8, p. 891-920. https://doi.org/10.1080/02687038.2013.805728

Lafay A., & Cattini J. (2018), « Analyse psychométrique des outils d'évaluation mathématique utilisés auprès des enfants francophones », *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, vol. 42, n° 2, p. 147-164.

Laveault D. & GRÉGOIRE J. (2014), *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation*, Bruxelles, De Boeck Supérieur.

Leclerc A.-L., & Veys E. (2014), « Réflexions sur le choix de tests standardisés lors du diagnostic de dysphasie », *Approche neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, n° 26, p. 374-382.

Marin-Curtoud S., Rousseau T., & Gatignol P. (2010), « État des lieux sur « le test » Qu'appelle-t-on un test ? Qu'est-ce qu'évaluer ? Du test au testeur… Comment franchir le pas ? », *L'Orthophoniste*, n° 296, p. 19-26.

Monetta L., Desmarais C., Macleod A. A. N., St-Pierre M.-C., Bourgeois-Marcotte J., & Perron M. (2016), « Recension des outils franco-québécois pour l'évaluation des troubles du langage et de la parole », *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology,* vol. 40, n° 2, p. 1-11.

Pieron H. (1951), *Vocabulaire de la psychologie* (2003, dernière édition), Presses universitaires de France.

Plante E. & Vance R. (1994), « Selection of Preschool Language Tests: A Data-Based Approach », *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, Issue 25, p. 15-24.

Roulin J-L (2018), *Savoir, Comprendre, Apprendre. Leçons de Psychométrie*, SCALP-Cours, en ligne : https://psychometrie.jlroulin.fr/cours/cours-psychometrie.pdf

Sabadell V., Tcherniack V., Michalon S., Kristensen N. & Renard A. (2022), *Pathologies neurologiques, Bilans et interventions orthophoniques*, De Boeck Supérieur.

Vrignaud P., Castro D., & Mogenet J.-L. (2003), « Recommandations internationales sur l'utilisation des tests », *Pratiques psychologiques*, *Numéro spécial,* p. 1-32, en ligne : http://www.sfpsy.org/IMG/pdf/recomm1.pdf

Vrignaud P., Chevalier A., & Paineau A. (2007), *Recommandations internationales sur les tests informatisés ou les tests distribués par Internet*, Document téléchargeable sur le site de la Société française de Psychologie.

Vrignaud P. & Loaren E. (2015), « Qualité des pratiques d'évaluation psychologique : Garantir la validité des outils, former les praticiens », *Flash info SFP*, p. 2-7.

PARTIE 4
Socio-histoire de l'orthophonie

Chapitre 8
De l'histoire de l'orthophonie vers une identité de la profession

Anne Dehêtre

1. Introduction

Bien qu'il semble que la naissance et l'historique de l'orthophonie paraissent déjà largement documentés et racontés par d'éminents confrères et éminentes consœurs (Borel-Maisonny, 1963 ; De Luca *et al.* 2007 ; Héral, 2007 ; Prud'homme, 2016), l'intérêt d'un nouvel article est apparu de manière évidente en relisant « la construction de l'orthophonie française, une histoire récente » de Jacques Roustit[1], paru dans l'ouvrage *Le métier de l'orthophoniste* (Kremer *et al.*, 2016). Dans ce chapitre, celui qui est un des bâtisseurs de la profession que nous connaissons actuellement s'inquiétait justement que notre histoire ne sorte « insidieusement de la mémoire collective de notre patrimoine ». Les principales causes qu'il attribue en 2016 à ce possible oubli sont le manque d'investissement dans les universités, le surinvestissement de connaissances nouvelles tendant à effacer des apports plus anciens […], la tentation de cloisonner l'expertise scientifique et la compétence clinique par la séparation de l'universitaire d'un côté et du praticien de terrain de l'autre. Roustit (*ibid.*) s'interroge alors sur le fait que nous pourrions oublier que, dans toute cette histoire, l'orthophoniste est avant tout un « praticien-chercheur », alliant le clinicien au scientifique.

La naissance même du projet Identité professionnelle de l'orthophoniste : aspects historiques et expertise (IPOHE), qui a donné corps à cet ouvrage, devrait être dans un premier temps à même de le rassurer, et de nous rassurer ; « Orthophonie, identité professionnelle et expertise » répond à cette dernière question. Nous n'oublions pas d'où nous venons ni les fondements mêmes de notre pratique professionnelle. Les chapitres qui le composent démontrent que c'est justement cette alliance entre l'expérience clinique et la prise en compte des recherches scientifiques, des avancées technologiques et médicales qui permettent aux orthophonistes de revendiquer leur expertise dans leurs champs de compétences et dans les actes qu'ils prodiguent quotidiennement aux patients.

1. Jacques Roustit, orthophoniste, président de la Fédération nationale des orthophonistes, 1986-2004

Nous répondrons aussi que le projet a été mené au sein du Collège français d'orthophonie (CFO), et le périmètre même des objectifs et des missions de cet organisme doit aussi être à même de conforter l'idée d'un orthophoniste « praticien-chercheur », s'appuyant sur la clinique et la recherche scientifique. Une des branches représentant la profession, la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), seul syndicat représentatif des orthophonistes, et l'Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie (UNADREO), la société savante de l'orthophonie reconnue par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ont créé en 2009 le CFO afin de répondre aux nombreuses demandes des instances de la santé pour des expertises scientifiques et cliniques de la profession. Cette alliance de la recherche et de l'exercice professionnel a justement été pensée pour répondre aux besoins concrets d'une clinique alimentée par les dernières avancées médicales, techniques et scientifiques, mais également aux besoins d'une recherche alimentée par une pratique professionnelle de terrain.

Enfin, la parution du référentiel formation en 2013[1] a vu la sanctuarisation de la transmission de l'histoire de l'orthophonie dans le cursus de formation initiale des étudiant·es en orthophonie. L'unité d'enseignement 4.1, intitulée « Histoire et connaissances de la profession », enseignée depuis la rentrée universitaire 2013-2014 dans tous les centres de formation universitaire en orthophonie, principalement au premier semestre des 8 UE qui constituent le cursus complet, doit permettre aux futur·es professionnel·les de ne rien ignorer de notre histoire collective, de l'évolution de notre métier et comment s'est construit et se construit sans cesse notre identité professionnelle.

L'histoire de l'orthophonie ne me paraît donc pas méconnue, mais elle mérite d'être rappelée à toutes occasions, car elle est le fondement même de notre métier, de notre discipline, de notre art, de notre profession. Alexis de Tocqueville (1805-1859) écrivait dans ses correspondances : « Quand le passé n'éclaire plus l'avenir, l'esprit marche dans les ténèbres ». Notre passé est riche, et nous le verrons, il recèle déjà de tout ce qui fonde notre pratique aujourd'hui. Alors, n'ayons de cesse d'approfondir les connaissances que nous avons de notre histoire. Ce chapitre ne sera qu'une pierre de plus à l'édifice de la transmission de nos connaissances sur ce passé collectif, qui nous permet d'aller ensemble de l'avant et qui fonde également l'unité de notre profession.

2. La consécration du terme « orthophonie » au 19e siècle

Olivier Héral, orthophoniste et historien de la profession, a publié de nombreux articles sur tous les acteurs qui se sont intéressés au travers des siècles aux troubles du langage (Héral 2007 ; 2012). On s'accorde aujourd'hui pour dire que cette histoire débute

1. Annexe 3 du Décret 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste

réellement avec l'Abbé de l'Épée, qui au début du 18e siècle, décide d'instruire les enfants « sourds-muets » par une méthode gestuelle. Il crée une école qui à sa mort en 1789, est reprise par l'État et devient en 1794, l'Institut national des jeunes sourds (INJS). Cet institut perdure encore aujourd'hui rue Saint-Jacques, dans le 5e arrondissement de Paris.

À la même période, le docteur Jean Itard s'illustre dans ce qui deviendra plus tard la prise en charge des troubles du langage et de la communication. Il tente de faire parler le jeune Victor, retrouvé abandonné dans une forêt de l'Aveyron. Ces premiers essais de « rééducation » sont largement décrits dans l'ouvrage *Les Enfants sauvages* de Lucien Maison (2007), qui publie les écrits du docteur Itard. Le film *L'Enfant sauvage* de François Truffaut, montre quelques scènes qui ne sont pas sans évoquer les prémices d'une intervention orthophonique et psychomotrice.

Mais c'est au docteur Colombat que l'on doit l'utilisation première du mot « orthophonie ». Il crée en 1830 « l'institut orthophonique de Paris », dont l'objectif est de traiter des personnes souffrant de bégaiement et de toute autre maladie de la voix.

En 1920, les docteurs Castex et Jouet publient le *Traité d'orthophonie* et créent un cours d'orthophonie au sein de l'Institut national des jeunes sourds, pour toutes les personnes avec un « handicap de la parole », dont les mutilés de guerre.

3. La naissance d'une discipline, l'orthophonie, et du métier, les orthophonistes : le développement d'une expertise

Roustit (2016) a qualifié, à juste titre, la naissance de l'orthophonie « clinique » telle que nous la connaissons encore de nos jours, de « génie personnel de Suzanne Borel-Maisonny ». Cette femme brillante, née en 1900, poursuit des études à l'université à Paris, où elle suit des cours de philosophie et obtient une licence de Lettres. Elle est aussi l'élève de l'Abbé Rousselot qui a créé la phonétique expérimentale et qui a largement orienté par ses recherches la clinique à venir de Borel-Maisonny.

L'abbé Rousselot décide en effet de dépasser, dès la fin du 19e siècle, les recherches fondamentales en phonétique et en linguistique pour se lancer dans la recherche appliquée. Il s'intéresse particulièrement aux « différences phonologiques du langage » dans sa thèse et souhaite s'en servir avec des objectifs thérapeutiques afin de rétablir le « parler droit » chez les personnes avec des difficultés, ou des objectifs éducatifs pour gommer des accents. Il fonde l'institut de laryngologie et d'orthophonie avec le docteur Natier, et ils créent ensemble *La Parole*, une revue internationale d'otologie, de rhinologie, de laryngologie et de phonétique expérimentale. L'apport primordial de cette dernière à la médecine pour corriger des « vices de l'articulation » et des troubles du langage d'origine fonctionnelle est largement reconnu.

Suzanne Borel-Maisonny, grammairienne-phonéticienne de formation, poursuit donc son cursus aux côtés de l'Abbé Rousselot. Elle participe activement à ses

enseignements et à ses expériences, et commence à être connue et reconnue dans le milieu médical et universitaire.

L'appel du docteur Veau, chirurgien spécialisé dans la réparation des fentes palatines, à Suzanne Borel-Maisonny, paraît donc évident. Ses opérations sont en effet une réussite au niveau anatomique, mais les patients opérés ne parlent pas correctement. Françoise Kadri-Maisonny, sa fille, décrit cette demande du docteur Veau à sa mère en 1926 dans l'ouvrage de Laurence Tain (2007). Dans ce même ouvrage, et pour l'ensemble des biographes de la profession, cette date marque définitivement la naissance de l'orthophonie d'aujourd'hui.

C'est cette application concrète des connaissances scientifiques, de la recherche fondamentale en phonétique, des connaissances médicales et anatomiques, à des troubles d'origine fonctionnelle qui sera à l'origine de la discipline, et de la profession d'orthophoniste. C'est la confirmation que la recherche fondamentale peut être au service d'une pratique clinique. L'année 1926 est la date qui marquera aussi le début de la complémentarité entre les connaissances et les compétences des médecins, des chirurgiens, et les connaissances et les compétences des orthophonistes. Ce sera le début d'une coopération plus que fructueuse au service des personnes avec des troubles du langage, de la parole, et de la communication.

Très vite, Suzanne Borel-Maisonny crée donc les premières consultations à l'hôpital des Enfants-Trouvés (Saint Vincent de Paul) et forme des collaboratrices. Elle étend ses consultations à l'hôpital Saint-Michel pour les troubles d'articulation. Elle rencontre au cours de ses consultations hospitalières le docteur Tarneaud qui fait adopter le terme de « phoniatrie » en France en 1932 et qui crée le premier cours de cette discipline à la faculté de médecine avec, entre autres, Suzanne Borel Maisonny. L'orthophonie s'intéresse alors aux troubles de la voix.

Les consultations en orthophonie se multiplient et les élèves de Borel-Maisonny deviennent de plus en plus nombreuses à la veille de la 2e guerre mondiale. Leur enseignement est essentiellement clinique, elles apprennent en consultation avec Borel-Maisonny, directement au contact des patients, même si Suzanne Borel-Maisonny conseille à ses consœurs de passer en parallèle un diplôme universitaire en phonétique, en psychologie ou dans d'autres disciplines.

Dans le même temps, Suzanne Borel-Maisonny n'a de cesse d'étendre le champ de ses connaissances et donc de ses compétences, entraînant avec elle toutes les orthophonistes et consolidant les bases et les apports de la jeune discipline. Elle s'intéresse à la création d'appareils de mesure spécifiques à la profession, en travaillant notamment avec des médecins sur la radiographie ; de là naîtront les acougrammes phonétiques (Borel-Maisonny, 1962) et l'audiophonoscope.

L'orthophonie dépasse déjà largement les seules expériences cliniques. Elle s'appuie sur des appareils de mesure et des outils d'évaluation et de rééducation, pensés et conçus sur des critères médicaux, anatomiques et scientifiques, dans le but d'apporter des réponses objectives aux pathologies, aux troubles et aux besoins individuels des patients concernés.

4. La théorisation de l'expérience clinique : première consécration de l'expertise de l'orthophoniste

Les rencontres et les coopérations s'enchaînent et Borel-Maisonny commence à théoriser sa pratique et ses expériences valorisées dans des ouvrages clés. Elle publie en 1937 avec le docteur Pichon, pédiatre, psychanalyste et linguiste un traité sur le bégaiement (Pichon & Borel-Maisonny, 1937). Elle travaille également dans le centre du docteur Binet, créateur des premières échelles de mesure de l'intelligence. Elle se trouve convaincue de la nécessité de créer et de diffuser les premiers tests en orthophonie, outils nécessaires à la pratique clinique de l'orthophonie et à son développement. Elle confirme, par leur publication dans *Le Bulletin de la Société Binet*, que l'étude des compétences des patients, ainsi que l'étude de leurs difficultés et de leurs troubles permettent au clinicien et à la clinicienne de se fixer des objectifs et donc ce qu'on appelle aujourd'hui un projet thérapeutique. Suzanne Borel-Maisonny invente donc le bilan orthophonique, acte premier de toute l'intervention qui pourra en découler.

Dans un même temps, elle va continuer à étendre le domaine d'investigation de l'orthophonie, en coopérant avec des pédiatres, des psychiatres et des psychologues reconnus, comme René Zazzo ou Julian de Ajuriaguerra. Ceux qui s'intéressent au développement de l'enfant et de toutes ses compétences ne peuvent s'arrêter à la seule étude du langage oral.

C'est donc de ce travail commun que Borel-Maisonny tire deux nouveaux champs d'investigation. Elle publie « Le test non verbal pour les enfants de 15 mois à 5 ans 6 mois », soulignant donc que la construction du langage oral est primordiale et doit aussi être accompagnée. Et c'est aussi naturellement que Borel-Maisonny s'intéresse avec ses confrères psychologues, psychiatres et neurologues au langage écrit et à ses troubles, notamment à « la dyslexie », d'abord décrite à la fin du 19e siècle par un ophtalmologue allemand, Oswald Berkhan (Wagner, 1973 : 23), pour les enfants en cours d'apprentissage de la lecture, et « la dyslexie acquise », consécutive à un accident vasculaire cérébral, décrite au début du 20e siècle par un neurologue américain, Samuel T. Orton (1925).

Lorsqu'on regarde ce parcours, Borel-Maisonny semble avoir tout fait et être la fondatrice première de l'orthophonie en France telle que nous la connaissons encore aujourd'hui. Dans l'ouvrage de Laurence Tain (2007), Virginie de Luca et Raphaëlle Vilboux, nomment un de leurs chapitres « Le mythe et sa réalité : la place de Suzanne Borel-Maisonny dans l'histoire de l'orthophonie ». Il y a sans doute une part de mythe quand nos consœurs ou nos confrères qui ont eu la chance de rencontrer cette femme nous racontent ces échanges, des anecdotes ou des récits du début de l'orthophonie. Nous pouvons évoquer le perroquet de Borel-Maisonny ou encore son singe qu'elle essayait de faire parler, ses expériences sur des cabines acoustiques… Mais l'histoire et les témoignages encore nombreux des femmes et des hommes qui ont travaillé avec elle, les écrits dans la presse ou les relevés de décision officiels démontrent que

Suzanne Borel-Maisonny a réellement inventé une pratique clinique et une discipline à part entière.

L'histoire nous prouve que c'est elle qui la première se voit reconnaître le statut d'experte dans les troubles de la parole, de la voix, du langage oral et écrit. C'est elle que des médecins chirurgiens en maxillo-facial, ORL, neurologues, psychiatres, pédiatres… appellent quand ils se retrouvent face à un échec des « structures » qu'ils ont pourtant réparées.

D'autres femmes (et plus tard, d'autres hommes) participeront grandement au développement de l'orthophonie et de son champ de compétences, mais Suzanne Borel-Maisonny reste tout de même la fondatrice de notre art.

5. La structuration de la discipline et de la profession : la reconnaissance officielle de l'identité professionnelle des orthophonistes

La littérature du domaine détaille largement certaines des étapes de cette structuration et relate des événements incontournables, et notamment Roustit (2016). Il semble important, en complément, de décrire la démarche intellectuelle et visionnaire de Borel-Maisonny qui, en s'engageant sur tous les fronts (scientifique, clinique, social et politique), a réussi à donner à notre métier une unité et une véritable identité professionnelle. L'identité propre de la profession s'est forgée sur sa reconnaissance à tous les niveaux, imposée dès la naissance du métier. Aujourd'hui, partout sur le territoire national, on pratique la même orthophonie. Les orthophonistes ont tous et toutes les mêmes compétences et assurent une égalité des soins à tous et à toutes les patient·es. Cette vision de la profession comme une unité composée de plusieurs piliers indissociables a perduré après Borel-Maisonny, et aujourd'hui, tous les combats continuent d'être menés de front. Il paraîtrait incohérent, voire dangereux, d'envisager l'évolution de l'exercice professionnel des orthophonistes sans penser en même temps les évolutions réglementaires et légales, ou sans adapter la formation initiale, sans tenir compte des avancées scientifiques et médicales et des avancées de la recherche.

Dans les paragraphes suivants, nous rappellerons les origines de cette unité, mais nous nous détacherons de la seule description chronologique pour tenter de montrer que depuis bientôt 100 ans, c'est encore ainsi que se construit la profession et qu'elle grandit et évolue sans cesse. À l'inverse, nous détaillerons trois piliers qui représentent des marqueurs de l'identité professionnelle actuelle des orthophonistes : l'orthophonie comme métier du soin reconnu par la Sécurité sociale, la formation et la recherche en orthophonie, et la structuration de l'orthophonie par l'activité syndicale.

5.1. Reconnaissance de l'orthophonie comme métier du soin

La profession s'est inscrite dans les métiers du soin dès sa naissance. Nous l'avons vu dans les chapitres précédents, l'orthophonie française est née d'abord à la suite des consultations médicales : en maxillo-facial, en ORL, en neurologie, en psychiatrie… Il peut d'ailleurs être important de rappeler encore ici, face à ceux qui veulent aujourd'hui dénoncer une médicalisation des difficultés scolaires, que les troubles spécifiques du langage écrit (neurodéveloppementaux ou acquis) ont d'abord été décrits par des médecins dès la fin du 19e siècle et que c'est par cette entrée « médicale » que les orthophonistes ont investigué ce domaine. Au milieu du 20e siècle, Suzanne Borel-Maisonny n'est plus la seule à intervenir auprès des patients et comme nous l'avons vu, de nombreuses consultations sont ouvertes dans les hôpitaux parisiens, mais aussi en clientèle privée.

L'orthophonie est donc bien considérée comme un métier du soin, avec une prise en charge financière de l'intervention orthophonique par la toute jeune Sécurité sociale qui assurera les remboursements des soins en orthophonie dès 1947.

Mais il faudra tout de même attendre presque 20 ans pour que l'orthophonie obtienne son statut légal, par la loi du 10 juillet 1964. Elle entre enfin dans le Code de la santé publique, au livre IV, en tant que profession d'auxiliaire médical pouvant exercer sous prescription médicale. En 1969, les actes d'orthophonie entrent dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Y sont décrits très précisément tous les actes pouvant être effectués par les professionnels, leur durée, leur condition de délivrance et leur tarif. Les orthophonistes disposent depuis lors de leur propre lettre clé, l'Acte médical orthophonique, et peuvent ainsi rendre visible le nombre d'actes effectués.

Enfin, en 1972, c'est la 1re convention nationale qui est signée entre l'Assurance maladie et le syndicat représentatif de la profession, la Fédération nationale des orthophonistes. Jusqu'alors, les professionnel·les réparti·es sur le territoire national signaient des conventions individuelles avec les caisses départementales, ce qui pouvait bien sûr entraîner des disparités importantes dans les conditions d'exercice et de délivrance des actes et dans les modalités de remboursement de ceux-ci. Nous le verrons dans le chapitre suivant, c'est la structuration de la profession autour d'une organisation fédérative qui a permis cette uniformisation de l'exercice professionnel. Aujourd'hui, la nomenclature des actes professionnels et la convention se sont largement étoffées, et définissent toujours aussi précisément les conditions d'exercice professionnel. La très grande majorité des orthophonistes exerce sous le régime de cette convention nationale avec l'Assurance maladie et assure aux patients des soins encadrés, pris en charge financièrement par la Sécurité sociale et surtout, assure une égalité de soins sur tout le territoire.

Mais cette égalité de soins existe aussi grâce à la formation initiale des orthophonistes qui reste uniforme partout où elle est délivrée.

5.2. Structuration de la profession par la formation et la recherche

En parallèle à ses démarches, pour faire reconnaître le statut des orthophonistes et faire inscrire l'orthophonie comme un métier de soins, Suzanne Borel-Maisonny se bat auprès du gouvernement pour officialiser un enseignement théorique et pratique de l'orthophonie. Elle obtient dès 1954 la création des premiers instituts d'orthophonie rattachés aux facultés de médecine de Paris, Lyon et Bordeaux, avec un diplôme obtenu en trois ans. C'est par la loi du 10 juillet 1964, la même qui fait entrer les orthophonistes dans le Code de la santé publique, qu'est créé le diplôme national d'exercice professionnel, le Certificat de capacité d'orthophoniste (CCO), délivré au sein de l'université.

Il y a eu plusieurs réformes des études au cours de ces décennies, mais deux d'entre elles viennent marquer plus particulièrement l'évolution de la profession (Dehêtre, 2016). Il est important de souligner que chacune de ces réformes a aussi permis de transposer les évolutions majeures de la profession au niveau de l'exercice professionnel, de sa responsabilité et de son autonomie.

La réforme de 1986 permet ainsi d'étoffer la formation initiale, la durée des études passe de trois à quatre ans. Elle consacre la nécessité des stages pratiques chez les cliniciens et les cliniciennes en salariat et en libéral, elle confère donc un statut de maître de stage aux professionnel·les en reconnaissant leur valeur dans l'enseignement, et la valeur même de la clinique. Cette réforme structure aussi l'enseignement théorique en modules par domaine majeur du champ de compétences des orthophonistes et officialise le mémoire de recherche de fin d'études. Ceci permet à certain·es étudiant·es de poursuivre plus facilement leur cursus vers un cycle de recherche, de doctorat.

La deuxième réforme majeure des études sera celle de 2013, qui attribue le grade master à la formation initiale des orthophonistes. Celle-ci doit se conformer, comme toutes les autres formations universitaires, aux exigences de la Déclaration de Bologne de 1999 qui vise à rendre visibles et comparables tous les diplômes délivrés au sein de l'Union européenne et qui structure les études supérieures en trois cycles : la licence et le master, puis le doctorat. Chaque enseignement délivre aux étudiant·es des crédits afin de leur permettre une plus grande mobilité entre les universités, mais aussi entre les filières de formation.

Encore une fois, la profession profitera de cette transposition pour y intégrer les évolutions de l'exercice professionnel, du statut et de l'expertise des orthophonistes. La convention nationale de 2002 a consacré en effet le bilan et le diagnostic orthophonique. Elle a aussi donné aux seul·es orthophonistes une responsabilité et une autonomie qu'aucun autre auxiliaire médical·e n'a à ce moment-là : la possibilité de définir dans quel domaine l'orthophoniste doit investiguer et le nombre de séances nécessaires au traitement du patient.

La profession s'attelle donc en 2009 avec le ministère de la Santé à rédiger les deux référentiels qui définissent les compétences des orthophonistes : le référentiel Activités et le référentiel Compétences[1]. C'est avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche que la profession s'attelle ensuite à transposer dans le référentiel de formation[2] les enseignements nécessaires pour que les étudiant·es atteignent le niveau de compétences attendu pour un orthophoniste, niveau défini par les deux premiers (Dehêtre, 2016).

La profession et les ministères choisissent de consacrer un diplôme national qui reste le Certificat de capacité en orthophonie, une formation uniformisée dans tous les centres de formation, qui est de grade master, en cinq ans. L'identité et l'expertise des orthophonistes, la qualité des soins prodigués restent donc les mêmes sur tout le territoire national.

En 2023, les centres de formation universitaires en orthophonie sont au nombre de 22 et restent attachés aux facultés de médecine ou aux universités en santé. Ils se sont aussi structurés et le Collège des centres de formation universitaires en orthophonie (CCFUO) a été créé, permettant aussi pour les directeurs et les directrices, les responsables pédagogiques de se réunir, d'échanger, de travailler pour une formation de grande qualité.

Mais ce premier cycle de formation qui prépare les étudiant·es à l'exercice de la profession ne serait pas satisfaisant s'il n'y était aussi attaché un troisième cycle, celui de la recherche.

Nous l'avons vu, les liens avec la recherche fondamentale et expérimentale ont permis la naissance de l'orthophonie moderne. Il était donc évident que celle-ci devait se doter d'une recherche dédiée. C'est dans ce but qu'a été créée l'Union nationale pour le développement de la recherche et de l'information en orthophonie en 1982, qui deviendra ensuite, en 1999, l'Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie (UNADREO). C'est encore aujourd'hui la seule société savante reconnue comme telle par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, et ce prestigieux label lui a permis de fonder son propre laboratoire de recherche, le laboratoire Unadréo de recherche clinique en orthophonie (LURCO). C'est encore pour répondre à la demande des sollicitations de plus en plus nombreuses de la Haute Autorité de Santé que l'UNADREO et la FNO créeront le Collège français d'orthophonie (CFO) pour des expertises scientifiques et cliniques de la profession. Depuis 2009, les missions du CFO ont évolué, jusqu'à devenir en 2019, tout en conservant sa dénomination, le Conseil national professionnel (CNP) des orthophonistes.

1. Annexes 1 et 2 du Décret 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste
2. Annexe 3 du Décret 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste

5.3. Structuration de la profession par l'identité syndicale

Toutes ces avancées et tous ces acquis n'auraient pas été possibles sans une structuration des réflexions et du travail des orthophonistes, de plus en plus nombreux et nombreuses en France. L'orthophonie a besoin d'être promue, elle a besoin de plus de visibilité, elle a besoin de se faire entendre pour défendre et promouvoir l'exercice professionnel, elle a besoin de s'étoffer. Les orthophonistes doivent pouvoir se rencontrer, mais ils doivent aussi pouvoir échanger avec d'autres professionnels, médecins, psychologues, autres rééducateurs… Très vite, Mme Borel-Maisonny a su qu'elle ne pouvait et ne devait plus être la seule porte-parole d'une profession qui s'organise et qui se développe. En 1956, elle crée l'Association des rééducateurs de la parole, du langage oral et écrit (ARPLOE), dont le but principal est d'échanger autour de cas cliniques et d'organiser des événements scientifiques. Un an plus tard, l'Association pour la rééducation des dyslexiques (APRD) est fondée par Claude Chassagny, et les rééducateurs et rééducatrices qu'elle regroupe seront ensuite reconnu·es comme orthophonistes à compétence limitée. Ce courant sera important pour l'orthophonie, car il constituera une approche psychodynamique de l'orthophonie qui existe encore. Claude Chassagny souhaitait que la rééducation du langage écrit appartienne au milieu de l'éducation et non au milieu médical, comme cela était prôné par l'APRD. Il sera à l'origine de la création du Syndicat des rééducateurs de dyslexie (SNRD).

La défense de l'orthophonie et des orthophonistes doit être promue auprès des organismes de tutelle et de l'État : le premier syndicat est créé en 1959 par Borel-Maisonny. Ce Syndicat national des rééducateurs en orthophonie (SNRO) devient en 1963 le Syndicat national des orthophonistes (SNO). En 1968, au vu de l'essor des orthophonistes et du besoin de les défendre régionalement, ce syndicat devient la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), constituée des premiers syndicats régionaux.

Parallèlement, à partir de 1964, certain·es orthophonistes décident de faire scission et fondent le Syndicat national indépendant des orthophonistes (SNIO) qui ne se reconnaît pas dans l'orientation médicale prise par le SNO. Devenu la Fédération nationale unifiée des orthophonistes (FNUO) en 1968, le syndicat s'unit au SNRD pour devenir la Fédération des orthophonistes de France (FOF) en 1975 (Dolto, 2005).

La FNO reste aujourd'hui le seul syndicat reconnu représentatif de la profession par les autorités de tutelle. Elle poursuit dans la transmission de la vision de Mme Borel-Maisonny le travail et les réflexions débutés il y a bientôt 100 ans. C'est dans un esprit de cohérence que la FNO s'est dotée au fur et à mesure des années de structures qui rendent la profession autonome et non dépendante d'autres organisations. Les créations par la FNO d'une société d'édition (Ortho Édition), d'une association européenne des orthophonistes et logopèdes (le CPLOL), d'une association internationale d'orthophonistes et de logopèdes francophones (AFILO), d'une association humanitaire (Orthophonistes du Monde), d'une association de gestion (l'AGAO) ne sont que des outils pour continuer la structuration de la profession.

L'identité professionnelle de l'orthophonie et l'expertise des orthophonistes ne peuvent s'affirmer que par une vision globale de ce qui constitue notre profession. Nous ne pouvons penser le métier sans penser en même temps sa formation initiale, une recherche spécifique, une formation continue qui permet à chacun et à chacune de mettre à jour ses compétences. Cette identité et cette expertise doivent s'alimenter d'autres compétences et être reconnues par d'autres : c'est par la coopération avec les autres professions, celles du soin, mais aussi d'autres disciplines, que nous les renforçons. Mais cette identité et cette expertise doivent être sans cesse défendues et c'est bien tout le travail syndical.

Nous pouvons donc répondre à notre questionnement initial : notre histoire, nous la connaissons, du moins nous en connaissons tous et toutes des bribes. Il est important maintenant, alors que notre profession n'est plus une profession tout à fait jeune, que nous fassions le lien entre tous ces composants. Car ces composants, réunis bout à bout, fondent notre identité professionnelle et notre expertise. Nous pourrions écrire comme Socrate : « Connais-toi toi-même » !

6. Références bibliographiques

Borel-Maisonny S. (1961), « L'acougramme phonétique : étude théorique et emploi clinique », Paris, *Compagnie française d'Audiologie, les cahiers du CFA*.

Borel-Maisonny S. (1963), « Des origines au statut légal », *Rééducation Orthophonique*, n° 1.

Castex A., & Jouet R. (1920), *Traité d'orthophonie*, Paris, Jouet Robert.

Dehetre A. (2016), « La formation initiale, le cœur de la profession d'orthophoniste », in *Le métier de l'orthophoniste, de la formation à la vie professionnelle,* Kremer J-M. *et al.*, Guide de l'orthophoniste – Volume 6 : Le métier de l'orthophoniste : de la formation à la vie professionnelle, Lavoisier Médecine.

De Luca V., & Vilboux R. (2007), « Les pionnières : récits de trajectoires dans les années 1950-1960 », in *Le métier d'orthophoniste, langage, genre et profession*, Tain L., éditions ENSP.

Dolto F. (2005), *Une vie de correspondances 1938-1988*, Gallimard.

Heral O. (2007), « Précurseurs de l'orthophonie-logopédie en Europe : Charles-Michel de l'Épée (1712-1789) et l'art d'enseigner aux sourds muets de naissance », *L'Orthophoniste*, n° 269.

Heral O. (2012), « La rééducation des surdités et des mutismes de guerre pendant la Première Guerre mondiale : organisation au sein des services de Santé des armées- étiologies, diagnostics et indications des rééducations », *L'Orthophoniste*, n° 323.

Kremer J-M., Lederle E., Maeder C. (2016), *Guide de l'orthophoniste – Volume 6 : Le métier de l'orthophoniste : de la formation à la vie professionnelle,* Lavoisier Médecine.

Orton ST. (1925), "Word-blindness in school children", *Archives of Neurology and Psychiatry*, vol.14, Issue 5, p. 285–516.

Maison L. (2007), (1re éd. 1964, Union générale d'éditions), *Les Enfants sauvages : mythe et réalité/ (Suivi de) Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron par Jean Itard*, Paris, coll. « Bibliothèques 10-18 », n° 157, 246 p.

Pichon E., & Borel-Maisonny S. (1937), *Le bégaiement, sa nature et son traitement*, Paris, Éditions Masson.

Prud'homme J. (2005), *Histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec, 1940-2005*, Québec, Presses de l'université du Québec.

Roustit J. (2016), « La construction de l'orthophonie française : une histoire récente », in *Le métier de l'orthophoniste, de la formation à la vie professionnelle,* Kremer J-M., Lederlé E. & Maeder C. (dir.), Lavoisier Médecine.

Tain L. (2007), *Le métier d'orthophoniste, langage, genre et profession*, éditions ENSP.

Wagner R. (1973), « Rudolf Berlin : Originator of the term dyslexia », *Annals of Dyslexia Issue*, vol. 23, p. 57–63.

Chapitre 9
Bilan et perspectives des mémoires sur l'histoire de l'orthophonie soutenus à Lyon (2009-2022)

Nicolas Guilhot

1. Introduction

L'histoire de l'orthophonie en France fait l'objet de plusieurs ouvrages généraux (Héral, 2007, 2011 ; Rondal, 2007 ; Kremer & Lederlé, 2012)[1]. Écrits par des orthophonistes ou des professionnels de santé, ils constituent un récit officiel, ou du moins interne, de l'évolution de la profession dans ce pays. Contrairement au Québec par exemple (Prud'homme, 2003), celle-ci n'a pas été traitée de manière globale par des chercheurs en histoire. Seuls quelques chapitres du livre *Le Métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, coordonnés par la sociologue Laurence Tain (2007), proposent une synthèse historique du point de vue des sciences sociales (De Luca & Vilboux, 2007 a, 2007 b ; Le Feuvre *et al.*, 2007 ; Philippe, 2007). Cet ouvrage fondateur intégrait également des résultats issus du travail de mémoire de plusieurs étudiant·e·s du Centre de formation universitaire en orthophonie (CFUO) de Lyon, qui avaient par ailleurs participé à l'enquête Kalliopé à l'origine de l'ouvrage *Le Métier d'orthophoniste*. À la suite de la publication du livre, les enseignements en sciences sociales dispensés au CFUO de Lyon ont donné lieu à de nombreux mémoires d'orthophonie mobilisant ce champ disciplinaire, encadrés par une équipe de doctorant·e·s et d'enseignant·e·s-chercheurs·se·s en sociologie et en histoire, mais aussi d'orthophonistes ayant participé à des travaux de recherche en sciences sociales[2].

Parmi ces mémoires, 9 proposaient une approche strictement historique et 31 contenaient des éléments ou des résultats en lien avec l'histoire de l'orthophonie en

1. À cette liste peut être ajouté un chapitre du volume VI du *Guide de l'orthophoniste* (Kremer *et al.*, 2016), co-écrit par l'un des auteurs des ouvrages d'histoire de la profession suscités.
2. Une sélection de ces mémoires a nourri un numéro de *Rééducation Orthophonique* (Woollven *et al.*, 2022).

France. Ces travaux menés depuis 2009 ont permis l'accumulation de matériau empirique et l'affirmation d'axes de recherche, en même temps qu'ils ont validé la pertinence de méthodologies de recherche issues de l'histoire contemporaine, comme l'analyse systématique des articles de revues ou les entretiens biographiques, pour proposer une approche sociohistorique de la profession d'orthophoniste qui dépasse l'histoire institutionnelle et l'histoire de la profession par elle-même.

Ce chapitre propose une relecture des apports de cet ensemble de mémoires pour l'histoire de l'orthophonie, au prisme de mon regard d'historien des organisations de santé qui a dirigé la plupart des mémoires historiques réalisés au CFUO de Lyon et participé à de nombreux jurys de soutenance de mémoires en sciences sociales abordant des éléments d'histoire de la profession. La relecture de ces études plusieurs années après leur réalisation[1] fait émerger des lignes structurantes. La plus importante, marquée par le compagnonnage avec des collègues sociologues encadrant des mémoires souvent appuyés sur les concepts de la sociologie des professions, concerne l'extension phénoménale du champ de compétences de la profession d'orthophoniste et la redéfinition régulière de ses frontières avec d'autres professions de santé (partie 1). Deux autres axes problématiques apparaissent en résonnance l'un et l'autre : la place donnée à la recherche, et plus généralement à la construction d'un savoir spécifique, dans les stratégies corporatistes d'extension de la profession d'un côté, et l'évolution des inférences mobilisées de la psychanalyse aux sciences cognitives, marquée par l'affirmation de l'évaluation chiffrée des troubles (partie 2). De cette relecture émergent de nombreuses perspectives de recherche pouvant se constituer en un programme, que j'esquisserai en conclusion.

2. Une profession conquérante : l'explosion du champ de compétences des orthophonistes

Quatre mémoires ont étudié directement l'extension du champ de compétences des orthophonistes. Ils permettent de revenir sur sa temporalité (partie 1.1) et de souligner son principal déterminant, la médicalisation d'un nombre de plus en plus important de phénomènes sociaux (partie 1.2). Tous ces mémoires ont mobilisé la sociologie des professions d'Andrew Abbott (1988) pour analyser l'extension de la profession d'orthophoniste, en insistant particulièrement sur le rôle de la construction d'un savoir spécifique dans les stratégies de légitimation et de conquête juridictionnelle de la profession (partie 1.3).

1. L'exploitation de ce corpus de mémoires a grandement bénéficié du travail de Stage de sensibilisation à la recherche (SSR) de Catherine Azzopardi Vigier réalisé en juin 2021. Son mémoire d'orthophonie, en cours de réalisation au moment de l'écriture de ce chapitre, porte sur l'histoire du champ de la cognition mathématique et promet des apports particulièrement riches pour l'histoire de la profession.

2.1. Une définition de plus en plus large du métier d'orthophoniste

Dans la période concernée par les mémoires synthétisés ici, la définition du métier d'orthophoniste connaît un élargissement marqué. L'article 504-1 de la loi n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste disposait que « *est considéré comme exerçant la profession d'orthophoniste, toute personne qui, non titulaire du diplôme d'État de docteur en médecine exécute habituellement des actes de rééducation de la voix, de la parole, et du langage écrit ou oral hors la présence du médecin* ». Quatre décennies plus tard, le décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste donnait une définition bien plus large du métier : « *l'orthophonie consiste à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ; à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.* » Cette formidable extension du champ de compétences des orthophonistes a été résumée en une phrase particulièrement concise et explicite par Jean-Marc Kremer et Emmanuelle Lederlé : l'orthophonie « *a fini par embrasser la communication, le langage tout entier, qu'il soit oral ou écrit et quelle que soit son origine, fonctionnelle, organique, traumatique, ou due à des handicaps divers* » (Kremer & Lederlé, 2012 : 9).

À partir de l'analyse de la presse spécialisée, Magnin et Poncet (2012) ont décrit cette dynamique de l'évolution des champs de compétences en orthophonie, marquée notamment par l'extension de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) en 1969, 1972, 1990 et 2002, et la promulgation des décrets de compétences de 1983 et 1992. Cette dynamique, qui s'applique également pour la mise à jour de la NGAP en 2018 et le décret de compétences de 2022 postérieurs à leur mémoire, est caractérisée par l'augmentation du nombre de pathologies relevant des actes professionnels accomplis par les orthophonistes, l'évolution de la rééducation des troubles organiques à la rééducation des troubles fonctionnels, puis à la rééducation de ce qui pourrait influer sur le bon fonctionnement langagier, voire à l'accompagnement du patient et de sa famille pour trouver d'autres modes de communication.

Deux exemples peuvent illustrer cette évolution. Le premier exemple est le développement de la prise en charge des troubles de l'oralité (au-delà des fentes palatines à l'origine du développement de l'orthophonie par Borel-Maisonny) et de la déglutition atypique : les orthophonistes en viennent à rééduquer tout ce qui concerne la sphère oro-faciale, y compris l'olfaction (Magnin & Poncet, 2012 : 47). Ce nouveau champ d'intervention des orthophonistes a fait l'objet d'un mémoire spécifique (Dantonel & Philibert, 2014), qui montre comment quelques pionnières ont fait converger des réponses cliniques en lien avec les difficultés alimentaires des jeunes enfants vers une même terminologie, devenant un champ d'intervention par un

travail de structuration scientifique des connaissances, de formation et de diffusion par des réseaux professionnels. Le second exemple porte sur les pathologies neurodégénératives pour lesquelles l'intervention devient globale : elle ne vise pas à restaurer le langage, mais à aider le patient et sa famille à trouver d'autres modes de communication. Le terme de rééducation est d'ailleurs remplacé par celui de réadaptation (Magnin & Poncet, 2012 : 49-50).

Cette évolution du champ de compétences est différenciée selon les domaines d'intervention orthophonique. L'enquête Kalliopé a montré l'évolution du temps consacré à différentes pathologies par les orthophonistes interrogés et de la part que représentent ces pathologies dans l'activité de ces professionnels. De manière globale, la prise en charge du jeune enfant handicapé, de la division palatine, de l'incompétence vélo-pharyngée, de la surdité et de la laryngectomie, diminue ; la prise en charge des pathologies liées à l'articulation, à la parole et au langage, de la dyslexie, dysorthographie et dysgraphie, et du bégaiement, reste à peu près stable ; et certains domaines d'intervention connaissent un développement : la prise en charge de la dysphasie, de la dyscalculie, des troubles vélo-tubo-tympaniques, des troubles de la déglutition, des troubles liés au vieillissement, des troubles de la voix, des dysarthries, des dysphagies et des aphasies (Le Feuvre *et al.*, 2007).

2.2. Une extension du champ de compétences portée par la médicalisation

L'accroissement du champ de compétences de l'orthophonie s'inscrit dans le mouvement plus global de médicalisation d'un nombre toujours plus important de phénomènes sociaux. Le médecin et sociologue Didier Fassin définit la médicalisation comme « *une construction sociale : elle consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes. Elle est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical* » (Fassin, 1998 : 5). Dans cette perspective, Tain (2007 : 14) parle d'une « *orthophonisation* » de la société pour évoquer l'expansion de la profession. Les mémoires étudiés ont principalement abordé les conséquences de la médicalisation de l'échec scolaire, de la naissance et du vieillissement.

La médicalisation de l'échec scolaire (Aïach, 1998 : 24) est sans doute la principale raison de l'augmentation quantitative des interventions orthophoniques, à tel point que les mémoires étudiés questionnent moins ce déterminant qu'ils ne le prennent comme un postulat de départ de leurs analyses, en s'appuyant sur des travaux en sociologie comme ceux de Pinell et Zafiropoulos (1978) ou de Morel (2014).

Pinell et Zafiropoulos (1978) ont analysé comment la médicalisation de l'échec scolaire trouvait son origine dans l'obligation scolaire à la fin du 19e siècle, quand l'arrivée d'enfants des classes populaires les plus défavorisées se traduisait par la création de nouvelles catégories désignant des enfants inadaptés à l'école : l'instable et l'arriéré, ensuite redéfinis comme des pathologies médicales par les pédopsychiatres

sous les termes de caractériel et de débile léger. Leur étude, qui date de 1978, se termine par l'analyse de la concurrence récente entre pédopsychiatres et psychanalystes sur le champ de l'échec scolaire, les deuxièmes (principalement au sein des centres médico-psychopédagogiques – CMPP) retraduisant vers le noyau familial l'étiologie d'une série de troubles mineurs « *parcellisés en autant de nouvelles catégories savantes qu'il peut y avoir de matières jugées comme fondamentales par l'école (dyslexie, dysorthographie, dyscalculie, etc.)* » (Pinell & Zafiropoulos, 1978 : 41). Dans un mémoire sur les enjeux identitaires pour la profession d'orthophoniste de la médicalisation des difficultés d'apprentissage, Barconnay et Millon (2009) étudient la période suivante en interrogeant un échantillon d'orthophonistes formés entre les années 1970 et les années 2000. Elles soulignent les tensions entre les inférences psychanalytiques des orthophonistes formées avant les années 1990 et les nouvelles générations principalement nourries par la neuropsychologie cognitive.

Morel (2014) a, de son côté, pointé la « *banalisation du recours aux professionnels du soin* » pour les difficultés d'apprentissage du langage écrit et oral et conclu que les orthophonistes pouvaient être considérés comme des « *praticiens de l'échec scolaire* ». Dans la même orientation, le mémoire de Blanchin et François (2015) sur les relations entre orthophonistes libéraux et enseignants du primaire souligne les conséquences durables d'une confusion entre les deux professions, l'orthophonie ayant historiquement été apparentée à du soutien scolaire (Blanchin & François, 2015 : 43-45).

Le rôle de la médicalisation de la naissance dans l'extension du champ de compétences de l'orthophonie constitue un résultat plus original des mémoires réalisés au CFUO de Lyon. Lauren Magnin et Solène Poncet ont pointé l'originalité de la prise en charge en orthophonie des troubles de l'oralité et des troubles de la déglutition, qui se trouve justifiée à la fois pour l'influence de ces troubles sur le langage et la parole, et à la fois, plus généralement, par le positionnement des « *orthophonistes comme spécialistes de la région bucco-faciale au sens anatomique du terme* » (Magnin & Poncet, 2012 : 47). Dantonel et Philibert (2014) ont étudié spécifiquement l'émergence du champ de l'oralité en orthophonie. Leur mémoire fait ressortir le rôle pionnier de deux générations d'orthophonistes exerçant en institution, notamment dans des services de périnatalité à l'hôpital. Leur travail en collaboration avec le corps médical a assis la légitimité de la prise en charge de ces troubles par des orthophonistes, qui a permis à une troisième génération de développer cette prise en charge en libéral avant la reconnaissance officielle par l'entrée de l'oralité dans le référentiel de formation en 2013 puis dans la convention nationale des orthophonistes avec l'Assurance maladie et la NGAP en 2017 avec le bilan des « *fonctions oro-myofaciales et de l'oralité* ».

La médicalisation du vieillissement constitue un troisième déterminant de l'extension du champ de compétences de l'orthophonie mis en avant par les mémoires (Magnin & Poncet, 2012 : 51-52). L'analyse des articles publiés dans *Glossa* et *Rééducation Orthophonique* montre que les pathologies du vieillissement ne sont abordées dans la littérature orthophonique qu'à partir des années 1990, à l'exception des séquelles de troubles neurologiques. À partir de cette décennie, une place

croissante est accordée à la formation à ces pathologies dans la formation initiale (Balboni & Durand, 2009). Les troubles du vieillissement sont intégrés dans la nomenclature des soins orthophoniques en 2002 et la Haute autorité de santé (HAS) préconise quelques années plus tard le recours à l'orthophoniste dans les troubles du vieillissement (Buan et Kerkévan, 2013 : 24).

2.3. Une dynamique abbottienne de conquête de nouvelles compétences par la construction d'un savoir spécifique

L'approche écologique des professions (Abbott, 1988) offre une grille de lecture efficace de l'extension du champ de compétences de l'orthophonie, qui a été fortement mobilisée par les mémoires à dimension historique soutenus au CFUO de Lyon – notamment parce qu'elle faisait le lien avec de nombreux autres mémoires mobilisant la sociologie des professions. Parmi les dynamiques d'évolution des professions que conceptualise Abbott, l'importance des luttes juridictionnelles et du savoir abstrait est particulièrement opérante pour penser le développement de l'orthophonie.

Abbott pense la juridiction comme la reconnaissance sociale de l'exclusivité d'exercice d'une profession sur un domaine d'activité. Il met en avant l'instabilité de la définition relative des professions, dont les frontières sont perpétuellement en débat dans un processus qu'il qualifie de lutte juridictionnelle : « *une profession ne peut pas occuper une juridiction sans l'avoir trouvée vacante ou alors sans s'être battue pour elle* » (Abbott, 1988 : 86)[1]. Le développement de l'orthophonie offre un exemple quasi paradigmatique d'une profession en conquête permanente de juridictions. Le principal mécanisme de cette conquête mis en avant par les mémoires est la reconnaissance d'une compétence sur un aspect d'un syndrome, qui légitime l'aptitude à s'occuper de l'ensemble des symptômes compris dans ce syndrome : les troubles de la communication pour l'autisme, les troubles du langage pour la maladie d'Alzheimer ou les paralysies faciales par exemple (Magnin & Poncet, 2012 : 57). Alors qu'au début de la revue *Rééducation Orthophonique*, les articles restaient principalement consacrés aux fentes palatines et à la surdité, une explosion du nombre de pathologies traitées peut être observée à partir de la fin des années 1980 : l'aphasie (à partir de la fin des années 1960 et surtout des années 1980), les pathologies neurodégénératives (à partir des années 1990), l'autisme (à partir des années 1990 – 2000), l'oralité alimentaire (à partir des années 2000) et les prises en charge précoces (0-3 ans) plus récemment. Conséquence directe, des luttes juridictionnelles peuvent être observées avec l'ergothérapie, la psychiatrie et la psychologie (dont la psychologie spécialisée en neuropsychologie), la pédagogie, la kinésithérapie. Seuls quelques rares domaines sont explicitement délaissés par les orthophonistes, notamment les troubles

1. Comme pour les citations suivantes d'Abbott, il s'agit d'une traduction personnelle, son livre n'ayant toujours pas été publié en français.

du graphisme, et une part des troubles menant à des situations d'illettrisme (Le Nouaille, 2022 ; Magnin & Poncet, 2012 : 67-73).

L'analyse de cette évolution à travers les articles des revues professionnelles met en avant la principale stratégie de revendication de nouvelles juridictions pour les orthophonistes : l'accumulation d'un savoir abstrait à travers des publications scientifiques qui permet de légitimer des pratiques émergentes ou parfois plus anciennes. De manière symptomatique, la prise en charge de nouvelles pathologies apparaît la plupart du temps dans les revues avant leur intégration dans les décrets de compétences ou les nomenclatures (cf. Figure 1 en page 6). Il est aussi intéressant de noter que les premiers articles publiés dans les revues d'orthophonie sur une pathologie « nouvelle » sont souvent écrits dans un premier temps par ou en collaboration avec d'autres professionnels de santé que des orthophonistes, puis dans un deuxième temps par des orthophonistes seuls.

Plusieurs mémoires ont étudié cette légitimation des pratiques par le savoir abstrait, qu'Abbott met au cœur des stratégies de revendication de juridictions. Il fait même du savoir abstrait un élément distinctif d'une profession. Pour lui, une profession est définie par une situation d'exclusivité sur un domaine d'activité *et* par la mobilisation d'un système de savoir abstrait : « *La théorie que j'ai esquissée dans les paragraphes d'introduction implique la définition très générale selon laquelle les professions sont des groupes d'exercice exclusifs appliquant un savoir quelque peu abstrait à des cas particuliers* »[1] (Abbott, 1988 : 8). Fournier et Lauret (2011) ont ainsi analysé comment l'importation en orthophonie du concept de pragmatique, qui envisage le langage en termes de communication, avait permis d'étendre le champ de l'orthophonie « *au-delà des mots* ». Sa mobilisation a notamment permis aux orthophonistes de se différencier des psychologues dans le domaine de la communication et de revendiquer la prise en charge des cérébro-lésés droits, de la dysphasie sémantique-pragmatique, de l'autisme et des psychoses, et dans une moindre mesure des troubles neurologiques (Fournier & Lauret, 2011 : 61-68). Dantonel et Philibert (2014) ont montré quant à elles le rôle de la construction de connaissances scientifiques sur l'oralité dans l'extension de l'expertise orthophonique sur ce champ. Leur mémoire montre une réduction progressive du temps séparant l'entrée en exercice des orthophonistes et la première intervention dans le domaine de l'oralité, signe de l'installation croissante de ce champ dans l'exercice orthophonique par le développement de la formation (continue d'abord, puis initiale). Il met aussi en avant la constitution de réseaux intraprofessionnels et interprofessionnels autour de l'oralité, qui contribuent à la diffusion d'un savoir unifié sur ce sujet.

Cette question de la mobilisation du savoir abstrait renvoie à la place du savoir académique et plus généralement de la légitimation par la science dans le développement de la profession, qui constitue le deuxième apport principal des mémoires historiques soutenus au CFUO de Lyon.

1. Ma traduction de : « *The theory I sketched in the opening paragraphs implies the very loose definition that professions are exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases* ».

Figure 1 Frise chronologique des dates d'apparition des pathologies dans 3 revues d'orthophonie (Magnin & Poncet, 2012 : 42).

3. La légitimation par la science : la place de la recherche et de la mesure en orthophonie

3.1. Les inférences dominantes : une périodisation marquée, une ligne de tension

La question du savoir abstrait propre à l'orthophonie renvoie directement aux origines de la profession. Autour de Borel-Maisonny, les pionnières de l'orthophonie exerçaient souvent à titre bénévole dans des services hospitaliers en lien étroit avec la profession médicale. La reconnaissance officielle de la profession en 1964 en fait une profession paramédicale qui tombe sous le contrôle de la profession médicale en situation de dominance (Freidson, 1984). Le mémoire sur l'émergence du champ de l'oralité en orthophonie de Dantonel et Philibert (2014) cite un exemple de recherche d'autonomisation de la profession d'orthophoniste : si la revendication initiale sur ce champ se fait auprès des médecins et en collaboration avec eux, elle se construit ensuite par une stratégie de légitimation auprès des familles et le développement d'un discours scientifique propre à la profession sur l'oralité.

La construction d'un savoir abstrait propre à la profession se fait par le recours à d'autres inférences que la science médicale, dans une périodisation très marquée (Fournier & Lauret, 2011 ; Sautier, 2011) : la mobilisation de la pédagogie, de la psychanalyse (De Luca & Vilboux, 2007a ; Philippe, 2007) et, dans certains centres de formation, des sciences humaines (linguistique, psychologie, phonétique) domine jusqu'au début des années 1980, avant de s'effacer progressivement face à la mobilisation des sciences cognitives et des neurosciences (neuropsychologie, psychologie cognitive, psycholinguistique, neurolinguistique, etc.), qui apportent de nouveaux modèles de fonctionnement du langage (Rondal, 2007).

Ces inférences successives et parfois concurrentes constituent une ligne de tension majeure dans la profession, mais aussi un facteur d'efficacité dans la conquête juridictionnelle. Dantonel et Philibert ont ainsi analysé le choix du terme « *oralité* », dont l'origine freudienne est reconnue, sinon assumée par toutes les pionnières de ce champ en orthophonie. Face à des définitions labiles, elles proposent de « *distinguer une oralité "générique" pour désigner tout ce qui touche à l'oro-facial et une oralité "spécifique" pour désigner la prise en charge des enfants présentant des difficultés d'alimentation. Ainsi, l'oralité "spécifique" désignerait bien une pratique émergente dont la dénomination, devenue oralité "générique" serait venue recouvrir et unifier des pratiques déjà existantes, voire fondatrices de l'orthophonie (comme les fentes palatines), tout en les actualisant par l'ajout d'une dimension développementale et relationnelle à des troubles organiques ou fonctionnels* » (Dantonel & Philibert, 2014 : 41-44).

Ce jeu sur les inférences a été analysé dans les mémoires comme une stratégie de légitimation par la science, dans une perspective – encore une fois – très influencée par la place que donne Abbott au savoir abstrait dans les luttes juridictionnelles[1].

3.2. L'orthophonie et la recherche : un outil de légitimation et de revendication

À partir de l'analyse des éditoriaux[2] de la revue *Glossa*, positionnée comme une revue scientifique en orthophonie, Sautier (2011) a montré l'affirmation croissante d'une science orthophonique puisant dans d'autres sciences (linguistique, psychologie, neuropsychologie, etc.). Cette entreprise d'autonomisation d'une recherche en orthophonie est marquée par la création en 1982 de l'Union nationale pour le développement de la recherche et de l'information en orthophonie (UNADRIO) par la Fédération nationale des orthophonistes (FNO). Ce syndicat, majoritaire, revendique la place des neurosciences et des sciences cognitives, en opposition avec la Fédération des orthophonistes de France (FOF) défendant une approche centrée sur la relation thérapeutique. En 1986, la création de la revue *Glossa* par l'UNADRIO se fait ainsi dans l'idée de complémentarité, mais aussi d'innovation par rapport à l'héritage de Borel-Maisonny incarné par la revue *Rééducation Orthophonique*, *Glossa* représentant la recherche scientifique et *Rééducation Orthophonique* la dimension clinique.

Le mémoire de Sautier fait ressortir deux enjeux dans l'investissement de la recherche en orthophonie. Le premier s'inscrit dans une analyse abbottienne du développement de la profession et souligne « *un processus de démarcation juridictionnelle, la profession modulant sa rhétorique scientifique en fonction des caractéristiques des concurrents en présence* » (Sautier, 2011 : 82). Le deuxième enjeu renvoie plutôt au cadre d'analyse de la sociologie de l'action publique. Sautier montre l'émergence d'une préoccupation croissante pour la démonstration de la validité scientifique de l'intervention orthophonique à partir du milieu des années 1990, qu'elle contextualise dans les objectifs de contrôle des dépenses de santé du plan Juppé de 1995 (Sautier, 2011 : 69-70) : « *dans le contexte socio-économique des quinze dernières années, marquées par la rationalisation des coûts du soin,* Glossa *se fait la vitrine de l'adaptation de l'orthophonie aux exigences nouvelles d'un "État évaluateur"* » (Sautier, 2011 : 82). Un signe de cette évolution est l'intégration du terme *évaluation* en remplacement

1. « *En réalité, la véritable utilisation des connaissances professionnelles académiques est moins pratique que symbolique. Le savoir académique légitime le travail professionnel en clarifiant ses fondements et en les rattachant à des valeurs culturelles majeures. Dans la plupart des professions modernes, ce sont les valeurs de rationalité, de logique et de science.* », ma traduction de : « *In fact, the true use of academic professional knowledge is less practical than symbolic. Academic knowledge legitimizes professional work by clarifying its foundations and tracing them to major cultural values.* » (Abbott, 1988, p. 54)
2. Cette analyse des éditoriaux a été complétée par des entretiens semi-directifs avec des acteurs clés de l'histoire de la recherche en orthophonie.

d'*information* dans le sigle de l'UNADRIO, qui devient UNADREO en 1999. La question de l'évaluation des pratiques se développe comme une thématique centrale des éditoriaux à partir de cette période.

La place de la recherche comme outil de légitimation de la profession orthophonique doit être relativisée au vu des représentations du corps de la profession. Les comités éditoriaux successifs de *Glossa* ont bien à l'esprit cette tension entre une minorité de professionnels investie dans la recherche institutionnelle et une majorité potentiellement peu sensible à ces questions. Les éditoriaux de la revue montrent une oscillation de son positionnement, qui se traduit pendant la période 1991-1997 par un recentrement sur la pratique clinique de terrain, avant un retour vers un positionnement plus scientifique autour de la figure du « *praticien-chercheur* » dans la décennie 2000 (Sautier, 2011). D'autres mémoires ont montré les limites de la diffusion de l'évaluation des pratiques ou de la mobilisation des connaissances scientifiques pour l'intervention orthophonique dans le cadre de l'*Evidence-based practice* (Boury, 2019 ; Renaud, 2021). Dans un mémoire qui analyse l'émergence de pôle de compétences – pour ne pas dire de spécialités – en orthophonie, Perry (2018) a également montré une maîtrise collective limitée du développement de la recherche et du rôle du mémoire d'orthophonie dans l'émergence de profil d'orthophonistes-chercheurs. Les dynamiques qu'elle analyse sont essentiellement contingentes à des situations locales, en particulier à la place de lieux de stage constituant des voies d'accès à la recherche.

3.3. L'affirmation de la mesure chiffrée

À partir des années 1970, le basculement des inférences dominantes dans la profession vers les sciences cognitives et les neurosciences ainsi que l'affirmation de l'évaluation se sont traduits par une place de plus en plus importante donnée à la mesure chiffrée dans la pratique orthophonique.

Les éditoriaux des revues professionnelles se font l'écho du rôle donné à la mesure chiffrée et plus globalement à la démarche expérimentale pour asseoir la scientificité de l'orthophonie (Sautier, 2011 ; Auzias & Le Garsmeur, 2012). Dans son projet éditorial, *Glossa* affirme ainsi que l'utilisation de tests normés et standardisés en orthophonie vise à satisfaire les « *besoins des cliniciens soucieux de faire reposer leur pratique sur des stratégies d'évaluation et d'intervention scientifiques* » (Héral, 1988, cité dans Auzias & Le Garsmeur, 2012 : 8). Dans un éditorial de *Glossa* de 1997, Rousseau affirme même que les pratiques « *ne peuvent faire autorité si elles n'ont pas été soumises au feu de la démonstration scientifique* » qui requiert « *des règles bien précises, méthodologiques, statistiques* » (Rousseau 1997, cité dans Auzias & Le Garsmeur, 2012 : 18). Cette ambition se traduit depuis les années 1970 par le recours de plus en plus régulier à des tests étalonnés, notamment pour le bilan orthophonique qui est inscrit depuis 1972 à la NGAP et reconnu dans le décret de compétences de 1983. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) précisait ainsi

en 2001 que le « *bilan orthophonique fait l'objet d'un compte-rendu écrit, détaillé, argumenté et clairement explicité mentionnant les tests utilisés et leurs résultats* » (ANAES 2005, cité dans Hernandez & Ribaga, 2010 : 27-28). Et l'édition du *Dictionnaire d'orthophonie* à la date des mémoires étudiés (Brin *et al.*, 2004) définissait un test comme une épreuve standardisée permettant une analyse quantitative objective et participant au diagnostic.

Hernandez et Ribaga (2010) ont utilisé un corpus de manuels de test couramment utilisés pour le bilan orthophonique, complétés par les articles publiés dans les revues d'orthophonie en rapport avec ces tests, pour étudier l'évolution des cadres théoriques en orthophonie (Hernandez & Ribaga, 2010). Leur mémoire montre que l'évolution des référentiels théoriques présentés par l'histoire « officielle » de l'orthophonie se retrouvent dans l'évolution des tests : en particulier, le développement de tests étalonnés à partir des années 1970-1980 pour répondre à un manque d'outils, mais aussi au manque d'assise théorique des outils existants (Hernandez et Ribaga, 2010 : 38-39), et à l'affirmation de la conception du langage en modules portée par les sciences cognitives (modèle tridimensionnel de Bloom et Lahey, modèle neuro-psycholinguistique de Chevrie-Muller). Mais Hernandez et Ribaga font également émerger des résultats qui questionnent la linéarité de cette histoire : évolution de la cotation et des objectifs alloués à un test (par ex. l'Alouette qui devient un test de dépistage du type de dyslexie), tâtonnements historiques dans la définition de certains troubles du langage comme la dyslexie et la dysphasie, rôle ambigu des manuels de tests qui s'appuient parfois sur des cadres théoriques acceptés, mais qui sont aussi parfois le support d'hypothèses étiologiques sur certains aspects du langage qui participent au renouvellement des cadres théoriques (Hernandez & Ribagan 2010 : 51-60).

Les tests ont aussi fait l'objet d'un deuxième mémoire s'intéressant plus particulièrement à leur place dans la construction de la légitimité de la profession en tant que profession de santé. À partir de quatorze entretiens semi-directifs auprès d'orthophonistes diplômés entre 1970 et 1983, Auzias et Le Garsmeur ont souligné une tendance historique forte au développement de la technicité, notamment en formation initiale à travers la place accordée aux cotations de bilan (Auzias et Le Garsmeur, 2012 : 36), et à un changement de culture professionnelle de plus en plus orientée vers l'évaluation quantitative. Le bilan orthophonique joue un rôle social dans l'affirmation de la légitimité des orthophonistes, vis-à-vis des (neuro)psychologues, des médecins, des enseignants, des patients et de leurs familles (Auzias et Le Garsmeur, 2012 : 49-54). Dans un mémoire également fondé sur des entretiens semi-directifs (11), mais avec un questionnement plus sociologique qu'historique sur l'usage de la mesure par les orthophonistes, Aujard et Mazzer Di Frenza ont trouvé des résultats similaires à Auzias et Le Garsmeur : l'année de formation des orthophonistes influence fortement leur utilisation de la mesure et cette utilisation participe à un processus de légitimation des orthophonistes vis-à-vis de l'État, de l'Assurance maladie, des médecins et des enseignants (Aujard & Mazzer Di Frenza, 2015). Plus généralement, leur mémoire

analyse la modification des pratiques orthophoniques sous l'influence de l'apparition des tests étalonnés.

Trois autres mémoires plus récents ont interrogé les liens entre démarche scientifique et orthophonie, en traitant des usages de la recherche scientifique (Boury, 2019), des représentations et pratiques de l'*Evidence-based practice* (EBP) (Renaud, 2021), ou encore de la recherche d'information (Da Silva Reymond, 2022) en orthophonie. Leurs résultats alimentent les questionnements sur la dynamique historique de développement de la profession.

4. Conclusion : des perspectives de recherche en histoire de la profession d'orthophoniste

Les mémoires historiques ou intégrant des aspects historiques soutenus au CFUO de Lyon depuis vingt ans ont confirmé l'intérêt d'une approche qui dépasse le traitement historique de la profession par elle-même. En particulier, ils ont montré la pertinence de méthodologies de l'histoire contemporaine, notamment l'analyse systématique de documents publiés comme les articles scientifiques ou les tests et les entretiens semi-directifs ou biographiques dans une perspective d'histoire orale. Ils ont également montré l'efficacité d'une approche sociohistorique mobilisant des conceptions dynamiques de la sociologie des professions, comme l'écologie des professions d'Andrew Abbott (1988).

L'approche sociohistorique fournit de nombreuses perspectives de développement de nouvelles études historiques sur la profession d'orthophoniste. Les mémoires et autres travaux réalisés en France n'ont en effet pas mobilisé d'autres approches sociologiques riches en possibilités. La sociologie politique fournit par exemple un cadre conceptuel adapté pour penser autrement la trajectoire de la profession, en dépassant la place prépondérante qu'Abbott donne à l'arène professionnelle dans les luttes juridictionnelles. Les notions de dépendance au sentier[1] ou de point de véto[2] (Immergut, 1990) pourraient ainsi ouvrir sur une analyse plus précise de l'arène juridique. Elles permettraient notamment de mesurer l'impact historique sans doute majeur de la décision de prise en charge des soins orthophoniques par

1. La dépendance au sentier décrit l'enfermement dans une trajectoire de développement dont l'origine est liée à des éléments conjoncturels, mais dont il est difficile de sortir par la suite pour des raisons de ressources. L'exemple classique est l'adoption d'une disposition des lettres sur les claviers de machines à écrire mécaniques qui espace les lettres souvent présentes l'une après l'autre dans une langue pour éviter le chevauchement des marteaux, disposition qui n'a pas été modifiée avec l'essor des machines à écrire électriques puis des micro-ordinateurs pour des raisons de coût de formation et de remplacement des équipements (David, 1985).
2. La théorie des points de véto met l'accent sur le caractère continu des décisions législatives et l'importance de points de véto spécifiques aux institutions politiques de chaque pays qui permettent de bloquer la séquence de décision (par exemple l'arène parlementaire en France sous la IV^{e} République ou les votations en Suisse).

l'Assurance maladie en 1947, sur les rapports des orthophonistes à la profession médicale et aux autres professions paramédicales, mais aussi sur l'enjeu de la validation scientifique des pratiques dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé. Par ailleurs, les conditions de cette décision gagneraient à être analysées à partir d'une étude historique exploitant les archives existantes.

D'autres courants de la sociologie sont susceptibles d'amener des éclairages pour une sociohistoire de la profession. En particulier, la sociologie des sciences fournit des outils adaptés à l'analyse des déterminants de la construction et de la diffusion d'une technologie orthophonique (bilans, tests, mais aussi méthodes alternatives) ou des controverses pour traiter par exemple de la définition des nomenclatures (pour une introduction, voir : Pestré, 2006 ; Raynaud, 2018). Elle permettrait également d'étudier l'impact des techniques sur le développement de nouveaux domaines d'intervention ou la réorientation de domaines plus anciens, impact que Magnin et Poncet (2012 : 42-44) ont à peine esquissé en mentionnant les avancées thérapeutiques dans les domaines des traumatismes crâniens graves, de la voix (progrès des chirurgies laryngées), du diagnostic anténatal des fentes (qui permet la mise en place d'un accompagnement orthophonique périnatal) ou de la surdité (dépistage précoce, implants cochléaires). La sociologie économique et la sociologie de la qualité seraient également intéressantes à mobiliser pour traiter de la diffusion des pratiques en orthophonie, des phénomènes de constitution de réseau, ou du développement de certaines formes de captation de la patientèle (Bergeron & Castel, 2010).

Un dernier chantier reste à ouvrir : celui de la constitution d'archives orales de la profession. Certains mémoires cités ou en cours de réalisation[1] s'appuient sur des entretiens biographiques qui gagneraient à être inventoriés, centralisés et mis à disposition des chercheurs et des professionnels, sous réserve d'un traitement garantissant le respect des données à caractère personnel. Une entreprise plus ambitieuse pourrait être d'intégrer de tels entretiens dans un travail plus large de prosopographie[2] sur un échantillon de professionnels afin d'apporter de nouveaux éléments à l'analyse des trajectoires professionnelles en orthophonie.

1. Je pense notamment au mémoire de Catherine Azzopardi Vigier sur l'histoire du champ de la cognition mathématique en orthophonie mentionné en introduction.
2. La prosopographie est classiquement définie comme une biographie collective, ou plus précisément comme « *une enquête portant sur les caractéristiques contextuelles communes d'un groupe d'acteurs historiques au moyen d'une étude collective de leurs vies* » (ma traduction de : « *the inquiry into the common background characteristics of a group of historical actors by means of a collective study of their lives* » [Stone, 1971]). Méthode classique de l'histoire antique ou médiévale, elle a été profondément renouvelée dans son utilisation en histoire contemporaine par l'importation des théories sociologiques de Bourdieu dans une approche historique qui a été baptisée « *French prosopography* » (Broady, 2002). Son objectif est « *de mettre en contexte l'institution et/ou la prise de position, scientifique par exemple, dans le social, les dispositions sociales, la famille (…) L'objet d'étude est alors non pas tant les individus que l'histoire et la structure du champ : réunir des informations sur un ensemble de caractéristiques individuelles permet de mieux comprendre cette histoire et cette structure, qui donnent à leur tour un sens aux trajectoires individuelles* » (Lemercier & Picard, 2012 : 612-614).

5. Mémoires

Aujard P. & Mazzer Di Frenza I. (2015), *Une orthophonie qui compte : pratiques et enjeux de l'usage du chiffre en orthophonie*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Auzias S. & Le Garsmeur A. (2012), *L'évolution du rôle social du test dans la pratique orthophonique*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Balboni A.-L. & Durand C. (2009), *La construction du soin orthophonique : l'exemple de la prise en charge des patients âgés*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Blanchin C. & François L. (2015), *La perception des orthophonistes libéraux quant à leurs relations avec les enseignants du primaire : la construction de représentations*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Boury S. (2019), *Entre usages et défenses de la légitimé professionnelle : quelle place pour les apports de la recherche dans la pratique des orthophonistes ?* Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Bbuan D. & Kerkevan O. (2013), *Médecin prescripteur et orthophoniste dans le parcours de soin du patient atteint de pathologie neurodégénérative : un réseau de co-adressage ?* Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Da Silva Reymond I. (2022), *La recherche d'information scientifique en orthophonie : une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon d'orthophonistes en France*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Dantonel M. & Philibert A. (2014), *Les voies de l'oralité : de l'émergence à la légitimation d'un champ en orthophonie*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Fournier V. & Lauret J.-B. (2011), *L'orthophonie au-delà des mots : communication, pragmatique*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Gal B. & Nicollin M. (2008), *Le processus de spécialisation en orthophonie : de la conception d'une pratique orientée à sa concrétisation*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Hernandez, E. & Ribaga S. (2010), *La construction et l'évolution du cadre théorique de l'orthophonie en France : lecture par une sélection de batteries et tests (1967-2005)*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Magnin L. & Poncet S. (2012), *Évolution des champs de compétences en orthophonie : analyse historique à travers la presse spécialisée*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Perry B. (2018), *Mémoires de recherche des étudiants en orthophonie de Lyon : analyse des réseaux sociaux dans le domaine de la neurologie*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Renaud H. (2021), *Un nouveau paradigme pour une nouvelle génération d'orthophonistes ? État des lieux des représentations et des pratiques de l'Evidence-Based Practice*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

Sautier M. (2011), *Recherche scientifique, recherche de légitimité. Une analyse des discours syndicaux de 1970 à nos jours*, Lyon, Université Lyon 1, Mémoire pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste.

6. Références bibliographiques

Abbott A. (1988), The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor, Chicago, University of Chicago Press.

Aïach P. (1998), « Les voies de la médicalisation », in L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas, Aïach P., Delanoë D. (dir.), Paris, Anthropos, p. 15-36.

Bergeron H. & Castel P. (2010), « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », Sociologie du travail, vol. 52, p. 441-460.

Brin F., Courrier C., Lederlé E. & Masy V. (2004), Dictionnaire d'orthophonie, 2e éd., Isbergues, Ortho Édition.

Broady D. (2002), « French Prosopography: Definition and Suggested Readings », Poetics, vol. 30, nos 5-6, p. 381-385.

David P.A. (1985), « Clio and the Economics of QWERTY », The American Economic Review, vol. 75, n° 2, p. 332- 337.

De Luca V. & Vilboux R. (2007a), « L'émergence de l'orthophonie : à la croisée des chemins (1930-1940) », in Le Métier d'orthophoniste : langage, genre et profession, Tain L. (dir.), Rennes, ENSP, p. 22-31.

De Luca V. & Vilboux R. (2007 b), « Les pionnières : récits de trajectoires dans les années 1950-1960 », in Le Métier d'orthophoniste : langage, genre et profession, Tain L. (dir.), Rennes, ENSP, p. 81-91.

Fassin D. (1998), « Les politiques de médicalisation », in L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas, Aïach P., Delanoë D. (dir.), Paris, Anthropos, p. 1-13.

Freidson E. (1984), La profession médicale, Paris, Payot.

Héral O. (2007), L'orthophonie avant l'orthophonie, Isbergues, Ortho Édition.

Héral O. (2011), Contributions à l'histoire de l'orthophonie, Isbergues, Ortho Édition.

Immergut E.M. (1990), « Institutions, Veto Points, and Policy Results: A Comparative Analysis of Health Care », Journal of Public Policy, vol. 10, no 4, p. 391-416.

Kremer J.-M., Lederlé E., Maeder C., & Ferrand P. (2016), « La construction de l'orthophonie française : une histoire récente. », in Guide de l'orthophoniste : de la formation à la vie professionnelle. Volume VI : le métier de l'orthophoniste., Kremer J-M., Lederlé E. & Maeder C. (Dir.), Paris, Lavoisier, p. 1-56.

Kremer J.-M. & Lederlé E. (2012), L'orthophonie en France, Paris, PUF.

Le Feuvre N., Gros S., Haberer C., & Voisin M.-L. (2007), « L'évolution des domaines d'intervention des orthophonistes », in Le Métier d'orthophoniste : langage, genre et profession, Tain L. (dir.), Rennes, ENSP, p. 44-51.

Lemercier C. & Picard E. (2012), « Quelle approche prosopographique ? », in Les uns et les autres. Biographies et prosopographies en histoire des sciences, Rollet L., Nabonnaud P. (dir.), Nancy, Presses universitaires de Nancy, p. 605-630.

Morel S. (2014), La médicalisation de l'échec scolaire, Paris, La Dispute.

Pestré D. (2006), Introduction aux Science Studies, Paris, La Découverte, coll. « Repères ».

Philippe C. (2007), « L'institutionnalisation de l'orthophonie : vers l'autonomie (1940-2005) ? », in Le Métier d'orthophoniste : langage, genre et profession, Tain L. (dir.), Rennes, ENSP, p. 33-39.

Pinell P. & Zafiropoulos M. (1978), « La médicalisation de l'échec scolaire. De La pédopsychiatrie à la psychanalyse Infantile », Actes de la recherche en sciences sociales, vol. 24, n° 1, p. 23-49.

Prud'homme J. (2003), L'émergence d'une nouvelle discipline : histoire de l'orthophonie au Québec (1950-2003), Montréal, Université de Québec. Mémoire de maîtrise en histoire.

Raynaud D. (2018), Sociologie des controverses scientifiques, Paris, Éditions Matériologiques, coll. « Sciences et philosophie ».

Rondal J.-A. (2007), L'orthophonie contemporaine, Isbergues, Ortho Édition.

Stone L. (1971), « Prosopography », Daedalus, n° 100, p. 46-79.

Tain L. (2007), Le Métier d'orthophoniste : langage, genre et profession, Rennes, Edition ENSP.

Woollven M., Guilhot N. & Jaubert G. (2022), « L'orthophonie au regard des sciences sociales », Rééducation Orthophonique, n° 289, p. 1-8.

Chapitre 10
Quand les sciences sociales s'intéressent à l'orthophonie

Marianne Woollven

Le travail expert est un objet d'étude désormais classique dans les sciences sociales (Abbott, 1988). Ces disciplines se sont, plus récemment, intéressées à l'orthophonie, en portant un regard qui s'avère heuristique tant pour les praticiens que pour les chercheurs (Woollven, Guilhot & Jaubert, 2022). L'objet de ce chapitre est de donner à voir la manière dont les sciences sociales envisagent le travail orthophonique en lui-même, les professionnels qui le réalisent et plus généralement les contextes dans lesquels cette pratique sociale se déroule. Pour ce faire, je propose de réaliser un modeste état de l'art des travaux traitant de l'orthophonie, que ce soit de manière centrale ou secondaire, afin de suggérer des pistes en vue de poursuivre les recherches en sciences sociales sur cet objet.

1. La démarche des sciences sociales

Il convient tout d'abord de préciser à quoi renvoie l'expression « sciences sociales », au pluriel. Il s'agit d'un ensemble de disciplines scientifiques – incluant l'histoire, la sociologie, la science politique, les sciences de l'éducation et d'autres encore – ayant chacune leurs spécificités, leur histoire et leurs institutions notamment au sein de l'université. Ces disciplines ont des traits communs, notamment en termes épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Ce sont d'abord des sciences que l'on peut qualifier d'« historiques », dans la mesure où elles étudient des phénomènes situés dans l'espace et dans le temps, qui ne sont donc pas reproductibles (Passeron, 2006). Sur le plan des méthodes, elles ne recourent pas à l'expérimentation, une démarche qui permet d'isoler ou de contrôler certains paramètres ou variables afin de raisonner « toutes choses égales par ailleurs ». Elles s'appuient au contraire sur une démarche d'enquête qui consiste à étudier les phénomènes en situation réelle. Les données d'enquête ainsi recueillies ne peuvent être analysées qu'en tenant compte de leur contexte de production (Beaud & Weber, 1997). Ces sciences ont pour objectif la connaissance, elles cherchent à comprendre les phénomènes et non à les juger ou les justifier et n'ont pas pour but de faire des prévisions ou des conjectures sur l'avenir.

Les recherches en sciences sociales portent sur des objets qui ont été précisément définis. Elles sont menées « en fonction d'une problématique théorique permettant de soumettre à une interrogation systématique les aspects de la réalité mis en relation par la question qui leur est posée » (Bourdieu, Passeron & Chamboredon, 1968). Cela implique que tout phénomène social peut devenir un objet de recherche, à partir du moment où il est soumis à un questionnement de sciences sociales. À l'inverse, aucun phénomène ou aucun problème, aussi « social » soit-il, n'est automatiquement un objet en sciences sociales. De ce fait, pour ce qui nous intéresse ici, l'orthophonie n'est pas, en soi, un objet de recherche pour les sciences sociales. Comme nous le verrons dans la section suivante, elle peut cependant être appréhendée (et l'est effectivement) au prisme d'une pluralité de questionnements.

2. L'orthophonie en sciences sociales : état de l'art

Je m'efforcerai maintenant de faire une revue de la littérature en sciences sociales portant sur l'orthophonie. Il s'agira non seulement de recenser les travaux qui traitent, d'une manière ou d'une autre de cette pratique professionnelle et des personnes qui l'exercent, sans nécessairement qu'elle en constitue l'objet central, mais aussi de mettre en évidence les questionnements et problématiques de recherche à travers lesquels l'orthophonie est abordée. Cet état de l'art permet de caractériser les spécificités du travail et du groupe professionnel des orthophonistes, ainsi que de les comparer à d'autres groupes professionnels. Cet état de l'art s'appuie sur un ensemble de publications scientifiques, telles que des ouvrages, des articles publiés dans des revues scientifiques, des rapports de recherche ainsi que des thèses de doctorat.

2.1. Sociologie de la santé

Un premier ensemble de recherches sur l'orthophonie se situe dans le champ de la sociologie de la santé. L'étude des professions a toujours occupé une place centrale dans ce champ de recherche. Ce sont d'abord les médecins qui ont été étudiés (Freidson, 1984) puis les autres groupes professionnels du monde médical (Carricaburu & Ménoret, 2004 ; Schweyer, 2018), souvent de manière collective sans que les distinctions internes soient précisément spécifiées.

2.1.1. Politiques de santé, organisation des soins et division du travail

Les travaux qui étudient les transformations institutionnelles induites par les politiques de santé contemporaines interrogent, entre autres choses, les rapports existants entre ces groupes professionnels. Ils étudient le rôle de l'État, en matière sanitaire, et

les processus de division du travail entre différents groupes professionnels. C'est le cas notamment des recherches consacrées aux maisons de santé pluriprofessionnelles. Dans ce cadre, les sociologues (Vezinat, 2019) ou politistes (Moyal, 2019) « rencontrent » des orthophonistes sur leurs terrains d'enquête.

Ainsi, Moyal (2020) étudie la division du travail entre des professionnels, médecins et paramédicaux tous libéraux, et les luttes juridictionnelles qui s'exercent sur lieu de travail (Abbott, 1988). Grâce à une enquête qualitative (à partir d'entretiens semi-directifs, d'observations et d'analyse documentaire) menée dans cinq maisons de santé pluriprofessionnelles qui sont toutes signataires de l'accord conventionnel interprofessionnel, elle montre que malgré le déplacement de certaines frontières professionnelles et des reconfigurations, le rôle des médecins généralistes reste central, en tant qu'orchestratrice tant dans les textes que dans les procédures institutionnelles.

L'organisation du travail et les relations entre groupes professionnels sont également interrogées dans le cadre de l'étude de certaines pathologies, comme la dyslexie dans une approche sociologique (Woollven, 2014), ou de dispositifs particuliers de soin, comme les pratiques à distance étudiées dans le cadre des sciences de l'éducation (Dufournier, 2017).

2.1.2. Pathologies, diagnostics et rééducation

Le travail orthophonique est également étudié dans d'autres secteurs de la sociologie de la santé. Il s'agit d'abord de l'étude des diagnostics (Jutel & Nettleton, 2011), qui analyse non seulement les catégories diagnostiques, mais aussi les processus par lesquels elles sont appliquées à des cas singuliers. Ce type d'approche reste néanmoins assez rare concernant les pathologies prises en charge par des orthophonistes malgré l'existence de quelques travaux isolés. Ceux que j'ai identifiés s'inscrivent dans une perspective transversale en sciences du langage (Brin-Henry, 2011) ou s'intéressent à des diagnostics spécifiques comme la dyslexie (Woollven, 2021) ou le bégaiement (Acton & Hird, 2004). Dans ce dernier cas, l'analyse est exclusivement théorique et ne s'appuie sur aucune enquête empirique, ce qui limite considérablement la portée du travail.

Les recherches consacrées au travail pluridisciplinaire de rééducation, qui étudient des collectifs impliquant des orthophonistes, parmi d'autres rééducateurs, permettent également de saisir certaines composantes du travail de ce groupe professionnel. Ces recherches portent en général sur des catégories spécifiques de patients, par exemple des personnes sourdes (Bedoin, 2018), ayant subi une greffe du visage (Clainche-Piel, 2020), en rééducation à la suite d'une laryngectomie (Demichel-Basnier, 2019) ou d'un accident vasculaire cérébral (Darmon, 2021). Le travail des rééducateurs y est envisagé dans son ensemble et les spécificités des groupes professionnels impliqués, bien qu'elles apparaissent ponctuellement, ne sont pas au cœur des questionnements des chercheurs. L'ouvrage de Muriel Darmon sur la rééducation post-AVC (*Ibid.*) se

distingue des autres travaux par son ancrage dans un questionnement en sociologie générale, plus précisément en sociologie de la socialisation. Grâce à une enquête qualitative menée dans des services de neurologie et des centres de rééducation, elle montre combien les rapports de classe et de genre sont des dimensions centrales du travail de rééducation. Cela permet de mettre en évidence, grâce à une étude fine des attentes mutuelles des soignants et des patients et de leurs interactions, l'ensemble des éléments qui concourent à ce que certains patients récupèrent mieux, ou au contraire moins bien, que d'autres.

En outre, quels que soient les objets étudiés, qu'il s'agisse des professions, des politiques ou des pratiques de soin, le regard de la sociologie de la santé porte assez largement depuis ses origines sur des institutions, à commencer par l'hôpital. Ce regard, et le type d'enquêtes qualitatives et ethnographiques auquel il est associé, permettent une analyse fine et contextualisée du travail, des pratiques professionnelles, des interactions et des non-dits existant dans les rapports sociaux. Néanmoins, la contrepartie de cela est que le travail médical, de soin ou de rééducation réalisé en dehors des institutions sanitaires, échappe assez largement à l'intérêt et au regard des chercheurs. L'exercice libéral ou mixte en orthophonie étant supérieur à 80 % (DREES, 2022), les outils ordinaires de la sociologie, ses questionnements autant que ses méthodes, tendent à occulter la plus grande partie du travail des orthophonistes.

2.2. Sociohistoire de l'éducation

La sociohistoire de l'éducation est le deuxième grand domaine des sciences sociales dans lequel l'orthophonie est abordée. Cela n'est pas aussi surprenant qu'il y paraît au premier abord. En effet, la sociologie de l'éducation s'intéresse à l'école en tant qu'institution centrale dans les sociétés occidentales contemporaines, chargée de la transmission et de l'évaluation des savoirs, et notamment de la lecture et de l'écriture. La culture écrite est au cœur de la forme scolaire (Lahire, 2008), et est également centrale dans l'activité des spécialistes du langage que sont les orthophonistes.

2.2.1. Histoire de l'enseignement spécialisé

Dans une perspective historique, la chercheuse en sciences de l'éducation Catherine Dorison étudie l'enseignement spécialisé en France depuis les années 1950 (Dorison, 2004 ; 2007 ; 2015). Elle s'intéresse plus particulièrement aux liens existants entre des catégories d'élèves relevant de l'éducation spécialisée, les catégories diagnostiques mobilisées et les juridictions des groupes professionnels concernés à l'intérieur, mais aussi à l'extérieur de l'Éducation nationale. L'émergence et les évolutions de la profession d'orthophoniste sont donc mentionnées à travers l'étude d'un objet et d'un contexte plus larges, mais aussi dans le cadre d'un questionnement sur les rapports entre l'éducation et la santé.

2.2.2. Difficultés scolaires et médicalisation

Dans une perspective contemporaine, les travaux sociologiques sur les difficultés scolaires abordent également l'orthophonie. Ils constatent, sans en faire un élément central de l'analyse, le recours extrêmement fréquent aux rééducateurs du langage dans des cas d'élèves en difficulté (Henri-Panabière, 2010) ainsi que les sollicitations adressées à ces mêmes professionnels par les enseignants (Garcia, 2013 ; Garcia & Oller, 2018). Dans le cadre d'une enquête quantitative française sur les pratiques d'enseignement de la lecture et de l'écriture au cours préparatoire par une équipe de recherche en sciences de l'éducation, Piquée et Viriot-Goeldel (2016) étudient les dispositifs d'aide proposés aux élèves en difficulté. Malgré quelques réserves d'ordre méthodologique[1], elles mettent en évidence la fréquence du recours à l'orthophonie face à des situations de difficultés d'apprentissage. Il n'est pas rare que le suivi orthophonique aille de pair avec d'autres dispositifs d'aide-interne à l'école, mais l'adéquation entre le niveau de difficulté des élèves et la fréquence du suivi n'est que partielle. Autrement dit, ce ne sont pas nécessairement les élèves le plus en difficulté qui sont le plus souvent suivis en orthophonie.

Dans le prolongement des travaux de Pinell et Zafiropoulos (1978), à l'époque contemporaine, Morel (2014) s'intéresse à la médicalisation de l'échec scolaire, c'est-à-dire au recours, face à des difficultés d'apprentissage, à des « professionnels du soin » qui font de l'élève un « patient ». Il réalise une enquête de terrain dans un centre de référence du langage (CRL) et un centre médico-psychopédagogique (CMPP), situés dans la même commune et qui comptent tous deux des orthophonistes. Ces deux établissements ont pour point commun de poser des diagnostics dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire et d'y associer une offre de soin. Des différences existent également. Elles concernent d'abord les publics, puisque le CMPP accueille davantage de patients de classes populaires tandis que les classes moyennes et supérieures sont plus nombreuses au CRL. Les approches théoriques sont également divergentes, puisque le CMPP s'inscrit dans une perspective psychanalytique tandis que la psychologie cognitive est mobilisée au CRL, ce qui va de pair avec des pratiques diagnostiques contrastées (la verbalisation est privilégiée dans le premier établissement, le recours aux tests standardisés plus fréquent dans le second). L'auteur montre ainsi que l'ensemble des professionnels du soin qui s'inscrivent dans une approche qu'il qualifie de « médico-psychologique », au-delà de leurs appartenances professionnelles, sont en position de force face à l'école.

2.2.3. Enfance et socialisation

Si l'on considère le champ de la sociologie de l'éducation dans un sens large, la question de l'orthophonie y est également mentionnée par des chercheurs qui étudient

1. L'enquête étant menée auprès des enseignants, les données déclaratives sur les suivis orthophoniques des élèves sont à prendre avec prudence.

l'enfance et la socialisation, définie comme la « façon dont la société forme et transforme les individus » (Darmon, 2016). Les orthophonistes y sont envisagés comme des agents, parmi d'autres, de la socialisation enfantine, dans la mesure où ils sont amenés à identifier ou classifier certains enfants (Lignier, 2015) et qu'ils transmettent des normes qui peuvent être différentes de celles qui ont cours dans la socialisation familiale (Court, 2017).

2.3. Sociologie du langage

De manière beaucoup plus ponctuelle, l'orthophonie est également abordée dans les recherches sociologiques consacrées au langage. À la différence des recherches en psychologie et en linguistique qui étudient les normes linguistiques et développementales, la perspective sociologique considère que le langage, acquis dès le plus jeune âge principalement dans le cadre familial, varie très sensiblement selon les groupes sociaux. Les pratiques langagières, socialement différenciées, ont donc des valeurs inégales dans les institutions qui définissent les normes légitimes, comme l'école, la santé ou les institutions publiques. Les sociologues s'intéressent alors aux classements sociaux opérés par les orthophonistes, selon l'origine sociale des patients, dans le cadre de la rééducation du langage (Bernstein, 1964 ; Bourguignon, 2021).

2.4. Le genre

Finalement, l'orthophonie est également abordée par des sociologues traitant des rapports de genre au sein des groupes professionnels. Dans ces travaux, c'est moins le travail spécifique des orthophonistes et ses enjeux qui sont étudiés que la féminisation, envisagée soit du point de vue des hommes orthophonistes (Bretin & Philippe, 2013), soit en lien avec la question de la représentation syndicale (Pochic, 2014 ; Guillaume, 2013).

Ce premier ensemble de travaux n'est pas à proprement parler des recherches sur l'orthophonie, son groupe professionnel et l'analyse de son expertise. Bien qu'elles approchent l'orthophonie *de biais*, ces enquêtes empiriques permettent de saisir les spécificités de ce groupe professionnel et de son travail, en tant que profession de santé centrée sur le langage, dans ses rapports institutionnels à la santé, mais aussi à l'école.

2.5. L'orthophonie en tant que telle

Je vais maintenant considérer un second ensemble de travaux qui envisagent l'orthophonie *de face*, des travaux en sciences sociales dans lesquels le travail et le groupe professionnel des orthophonistes sont au cœur de l'objet de recherche.

2.5.1. En Amérique du Nord

Les travaux de sciences sociales les plus nombreux consacrés à l'étude de l'orthophonie en tant que groupe professionnel portent sur l'Amérique du Nord et plus précisément le Québec. Si le détour par l'international s'avère fréquemment heuristique (Vigour, 2005), les analyses produites sur un groupe professionnel dans un contexte national particulier sont rarement transposables à un autre. Les comparaisons internationales montrent que la division du travail entre différents groupes professionnels, notamment paramédicaux au sens de Freidson (1984), connaît des variations importantes (Vassy, 2016). En effet, les champs de compétences, les situations et les pratiques de travail ne sont jamais identiques ni comparables. C'est la raison pour laquelle la contextualisation des données et des résultats de recherche est indispensable. Les travaux québécois présentés ci-dessous fournissent davantage des pistes d'analyse de la situation française que des conclusions qui seraient directement transposables. Entre autres différences, ce territoire est bien moins peuplé que la France (il ne compte que 8 millions d'habitants) et les politiques de santé, des affaires sociales et de l'éducation ne sont pas définies au niveau central de l'État canadien, mais au niveau provincial.

L'historien Julien Prud'homme propose une étude des professions de la rééducation québécoises dans leur ensemble (ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, orthopédagogues, etc.) en mobilisant le cadre théorique de la sociologie des professions (Prud'homme, 2011). Il étudie aussi plus spécifiquement les orthophonistes en prêtant un intérêt particulier à leurs formations, leurs compétences, leurs revendications et leur inscription dans les politiques de santé (Prud'homme, 2003 ; 2005 ; 2006). Malgré l'apport non négligeable de ces travaux, on peut émettre quelques réserves quant aux sources utilisées, qui sont très majoritairement internes aux professions étudiées. Ces recherches proposent une étude fine de la manière dont les orthophonistes se définissent, de ce qu'elles revendiquent et disent de leur travail, autrement dit de leur rhétorique. Elles accordent à l'inverse peu d'attention aux conditions de travail, aux statuts d'emploi et plus généralement aux modalités concrètes selon lesquelles le métier d'orthophoniste est exercé. Ce type d'analyse des professions paramédicales, quand il n'est pas complété par d'autres analyses, présente le risque, pour les chercheurs, de légitimer les rhétoriques professionnelles (Feroni, 2000).

2.5.2. En France

Finalement, un petit nombre de travaux sont consacrés explicitement et exclusivement à l'orthophonie en France. C'est le cas, tout d'abord, de l'ouvrage dirigé par Laurence Tain (2007). À partir de données quantitatives et qualitatives, les différents chapitres rédigés par des chercheurs, mais aussi des étudiants en orthophonie dans le cadre de mémoires en sciences sociales dressent un panorama du métier d'orthophoniste et ouvrent tout un ensemble de pistes de recherche. Il est question non

seulement de l'histoire de l'orthophonie et des caractéristiques sociodémographiques du groupe professionnel (en termes d'origine sociale et genre, entre autres), mais aussi des dynamiques interactionnelles existant avec d'autres groupes professionnels selon les contextes d'exercice (relations avec les enseignants, ou dans un contexte hospitalier), ou des prises en charge spécifiques de certaines pathologies comme la voix ou le vieillissement. L'intérêt de cet ouvrage réside d'abord dans sa contribution, grâce aux différentes enquêtes mobilisées, à une meilleure connaissance scientifique d'un groupe professionnel jusqu'alors peu étudié, mais aussi, et surtout dans sa dimension programmatique, c'est-à-dire le projet de saisir à travers une grille de lecture sociologique l'ensemble des dimensions et des dynamiques d'un groupe professionnel en évolution. Jusqu'à présent, ces perspectives ont donné lieu à relativement peu de prolongements dans le champ de la recherche académique. Elles suscitent néanmoins des travaux stimulants dans le cadre de mémoires d'étudiants en fin d'études d'orthophonie (voir le chapitre « Bilan et perspectives des mémoires sur l'histoire de l'orthophonie soutenus à Lyon (2009-2022) »).

D'autres travaux contemporains envisagent cependant certains aspects du travail des orthophonistes dans le cadre d'enquêtes plus ciblées. Ainsi, à partir d'une enquête sociologique comparative sur la construction sociale de la dyslexie, Woollven (2015) met en évidence la position originale de l'orthophonie entre la santé et l'éducation. Du fait des compétences qui lui sont reconnues et des savoirs qu'elle mobilise, cette profession paramédicale s'avère relativement autonome par rapport à la médecine, mais s'inscrit également dans un rapport de dépendance envers l'école, dont elle tente néanmoins de se distancier.

Le rapport de recherche rédigé par le sociologue Larchet (2017) sur le renoncement aux soins orthophoniques, en réponse à une commande de l'Union régionale des professionnels de santé orthophonistes d'Île-de-France est un autre exemple. À partir d'une enquête par entretiens auprès d'orthophonistes et d'une enquête par questionnaire auprès de patients, ce dernier met en évidence l'existence de profondes inégalités sociales dans l'accès au soin. Cette recherche, du fait de sa méthodologie, porte également un éclairage sur les conditions de travail des orthophonistes et les attentes des patients, deux dimensions jusqu'alors faiblement étudiées dans les autres travaux.

Enfin, bien qu'elle ne relève pas au sens strict des sciences sociales, la thèse de doctorat en didactique des mathématiques d'Emmanuel Vergnol (2021), consacrée au traitement orthophonique de la difficulté scolaire en mathématiques, peut être mentionnée ici. En effet, tant l'approche, qualifiée de théorie anthropologique du didactique, que la méthodologie, mobilisant une analyse documentaire, des entretiens et des observations *in situ*, font écho aux travaux présentés plus haut. Sur cette pathologie en particulier, l'auteur met en évidence les rapports étroits existant entre l'orthophonie et l'institution scolaire, notamment en ce qui concerne la « cause de la plainte ». Il souligne également l'existence de divergences. Par exemple, les cadres théoriques mobilisés par les enseignants diffèrent de ceux mobilisés par les orthophonistes pour expliquer les difficultés en mathématiques. En outre, les

orthophonistes opèrent une mise à distance paradoxale de l'école dans les rééducations : si leurs discours soulignent les écarts, les pratiques portent d'après l'auteur sur des tâches très similaires.

3. Quelques pistes de recherche

Pour conclure, je propose à présent d'esquisser quelques prolongements pour de futures recherches en sciences sociales sur l'orthophonie. Si les travaux existants sont, comme je l'ai montré, peu nombreux, on peut néanmoins mettre en évidence trois dimensions qui pourraient être davantage étudiées. Tout d'abord, si les orthophonistes constituent un groupe professionnel spécialiste du langage dans le champ de la santé, les enjeux sociaux du langage relatifs à leur travail ne sont que très ponctuellement étudiés. Or, le langage étant un aspect décisif des hiérarchies et rapports sociaux (Bourdieu, 2001), il serait pertinent d'envisager comment l'orthophonie donne à voir ces rapports de pouvoir.

Ensuite, l'étude de l'orthophonie gagnerait à s'inscrire davantage dans une perspective relationnelle, afin de rendre compte plus précisément des différentes dynamiques qui la traversent. Il s'agirait de développer non seulement l'analyse des débats et controverses internes au groupe professionnel, mais aussi celle des relations et concurrences avec les différents groupes professionnels voisins au cours du temps (Hughes, 1996). Cela impliquerait également de s'attarder davantage sur les rapports qu'entretiennent les orthophonistes avec leurs patients, dimensions peu présentes dans les travaux cités ci-dessus. Les analyses sociologiques en termes de « relation de service » (Goffman *et al.*, 1968) pourraient fournir un cadre afin d'envisager une relation à trois pôles entre un praticien, l'objet de son travail et son patient.

Enfin, alors que la sociologie du travail est un champ de recherche central dans l'histoire de la sociologie française, ses objets et ses méthodes semblent paradoxalement très peu mobilisés à propos de l'orthophonie. Or, la production d'une réelle connaissance scientifique sur l'orthophonie et son expertise spécifique ne peut se passer d'une étude empirique conjointe des trois dimensions du travail que sont les situations de travail, les pratiques de travail et les rapports au travail (Avril, Cartier & Serre, 2010). D'un point de vue méthodologique, cela suppose, entre autres, de développer des enquêtes observant finement et de manière contextualisée les tâches effectivement réalisées par les orthophonistes.

4. Références bibliographiques

Abbott A.D. (1988), The system of professions : an essay on the division of expert labor, University of Chicago Press, n° XVI, 438 p.

Acton C., Hird M.J. (2004), « Toward a Sociology of Stammering », Sociology, vol.38, n° 3, p. 495-513.

Avril C., Cartier M., & Serre D. (2010), Enquêter sur le travail : concepts, méthodes, récits, Paris, France, La Découverte, 283 p.

Beaud S., & Weber F. (1997), Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques, Paris, Éditions la Découverte, 327 p.

Bedoin D. (2018), Sociologie du monde des sourds, Paris, La Découverte.

Bernstein B. (1964), « Social Class, Speech Systems and Psycho-Therapy », The British Journal of Sociology, vol.15, Issue 1, p.54-64.

Bourdieu P. (2001), Langage et pouvoir symbolique, Paris, Éditions du Seuil, 423 p.

Bourdieu P., Passeron J.-C., & Chamboredon J.-C. (1968), Le métier de sociologue, Paris, Mouton : Bordas, 430 p.

Bourguignon A. (2021), « Un stigmate de la parole. Les bègues et leurs corps face aux normes du "bien parler". », Genèses, vol.123, n° 2, p. 69-89.

Bretin H., & Philippe C. (2013), « La transgression apparente de bienheureux minoritaires. Orthophonistes et conseillers conjugaux », Recherches sociologiques et anthropologiques, vol.44, n° 2, p.47-67.

Brin-Henry F. (2011), La terminologie crée-t-elle la pathologie ? Le cas de la pratique clinique de la pose du diagnostic orthophonique, Thèse de doctorat en Sciences du Langage, Université Nancy II.

Carricaburu D., & Ménoret M. (2004), « Chapitre 4 – Au-delà des médecins : les autres groupes professionnels du monde médical », Sociologie de la santé, p. 61-74.

Clainche-Piel M.L. (2020), « Faire du visage un organe anonyme. Chirurgiens et patients transplantés aux prises avec la politique du don anonyme en France », Sociologie, vol.11, n° 2, p. 149-166.

Court M. (2017), « S'occuper des enfants : des agents et des normes pluriels », dans Sociologie des enfants, Paris, La Découverte, p. 35-48.

Darmon M. (2016), La socialisation, Paris, Armand Colin, 126 p.

Darmon M. (2021), Réparer les cerveaux : sociologie des pertes et des récupérations post-AVC, Paris, la Découverte, 321 p.

Demichel-Basnier S. (2019), Sociologie des voix artificielles, Presses universitaires de Grenoble.

Dorison C. (2004), « Face à l'offre paramédicale : les premières formations de rééducateurs de l'Éducation nationale », Nouvelle revue de l'AIS, n° 28, p. 73-83.

Dorison C. (2007), Les métiers de l'échec : face à l'échec scolaire, la construction de nouvelles spécialités chez les enseignants de l'école primaire en France, 1968-1990, Lille, France, Atelier national de Reproduction des Thèses.

Dorison C. (2015), « La dyslexie, une nouvelle catégorie pour l'enseignement spécialisé (1950-1970) », Les Sciences de l'éducation – Pour l'Ère nouvelle, vol.48, 2, p. 89-105.

DREES (2022), « Démographie des professionnels de santé ». En ligne : https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/

Dufournier P. (2017), De la formation ouverte à distance à la rééducation orthophonique à distance : vers une nouvelle approche enrichie de l'orthophonie ?, Thèse de doctorat en Sciences de l'Éducation, Lyon.

Feroni I. (2000), « 2. L'identité infirmière vue par ses élites. Pièges et limites d'une rhétorique professionnelle », dans Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail, Rennes, Presses de l'EHESP (Recherche, santé, social), p.31-36.

Freidson E. (1984), La profession médicale, Payot, Paris.

Garcia S. (2013), À l'école des dyslexiques : naturaliser ou combattre l'échec scolaire ?, Paris, France, La Découverte, 309 p.

Garcia S., & Oller A.-C. (2018), « Mettre en place une pédagogie rationnelle : de la théorie sociologique aux obstacles sociaux », Sociologies pratiques, vol.37, n° 2, p.91-104.

Goffman E. (1968), Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus, Paris, France, Les Éditions de Minuit, 447 p.

Guillaume C. (2013), « La mobilisation des syndicats anglais en faveur de l'égalité salariale (1968-2012) », Travail, genre et sociétés, vol.30, n° 2, p.93-110.

Henri-Panabière G. (2010), « Élèves en difficultés de parents fortement diplômés », Sociologie, vol.1, n° 4, p.457-477.

Hughes E.C. (1996), Le regard sociologique : essais choisis, Chapoulie J.-M.C. (dir.), Paris, France, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 344 p.

Jutel A., & Nettleton S. (2011), « Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities », Social Science *et* Medicine, vol.73, n° 6, p.793-800.

Lahire B. (2008), La raison scolaire : école et pratiques d'écriture, entre savoir et pouvoir, Rennes, France, Presses universitaires de Rennes, 190 p.

Larchet N. (2017), « Les orthophonistes et leurs patient-e-s. Enquête sur le renoncement aux soins orthophoniques en région Île-de-France », Research Report, CRESPPA – Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris ; URPS Orthophonistes Île-de-France ; ARS Île-de-France.

Lignier W. (2015), « L'identification des enfants. Un modèle utile pour l'analyse des primes socialisations », Sociologie, vol.6, n° 2, p.177-194.

Morel S. (2014), La médicalisation de l'échec scolaire, Paris, France, la Dispute, 210 p.

Moyal A. (2019), « Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. Le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes », Revue française de science politique, vol.69, n° 5, p.821-843.

Moyal A. (2020), « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical », Revue française des affaires sociales, n° 1, p. 103-123.

Passeron J.-C. (2006), Le raisonnement sociologique : un espace non pépérin de l'argumentation, Paris, A. Michel.

Pinell P., & Zafiropoulos M. (1978), « La médicalisation de l'échec scolaire », Actes de la Recherche en Sciences sociales, vol.24, n° 1, p. 23-49.

Piquée C., & Viriot-Goeldel C. (2016), « La fréquentation des dispositifs d'aide aux élèves en difficulté au cours préparatoire : un révélateur de l'organisation scolaire contemporaine », Revue française de pédagogie, vol.194, n° 1, p.47-70.

Pochic S. (2014), « Femmes responsables syndicales en Angleterre et identification féministe : neutraliser leur genre pour mieux représenter leur classe ? », Sociologie, vol.5, n° 4, p.369-386.

Prud'homme J., 2003, « La formation universitaire et l'établissement d'une nouvelle profession : l'orthophonie-audiologie à l'Université de Montréal, 1956-1976 », Revue d'histoire de l'Amérique française, vol.56, n° 3, p.329-356.

Prud'homme J. (2005), Histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec : 1940 2005, Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec, n° XVI, 149 p.

Prud'homme J. (2006), « Diagnostics, promotion professionnelle et politiques de la santé. Les orthophonistes québécoises depuis 1970 », Recherches sociographiques, vol.47, n° 2, p.253-275.

Prud'homme J. (2011), Professions à part entière : histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Schweyer F.-X. (2018), Chapitre 6. Sociologie des professions du champ sanitaire et social, Presses de l'EHESP.

Tain L. (2007), le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession, Rennes, Éditions de l'École nationale de la santé publique, 303 p.

Vassy C. (2016), « Données qualitatives et comparaison internationale : l'exemple d'un travail de terrain dans des hôpitaux européens », dans Lallement M. & Spurk J. (dirs.), Stratégies de la comparaison internationale, Paris, CNRS Éditions (CNRS Sociologie), p.215-227.

Vergnol E. (2021), Traitement orthophonique de la difficulté scolaire en mathématiques, Thèse de doctorat en Mathématiques et Modélisation, Université de Montpellier.

Vezinat N. (2019), Vers une médecine collaborative, Presses universitaires de France.

Vigour C. (2005), La comparaison dans les sciences sociales : pratiques et méthodes, Paris, La Découverte, 335 p.

Woollven M. (2014), « Expertise réservée, expertise partagée : Les professionnels de la dyslexie en France et au Royaume-Uni », Carrefours de l'éducation, vol.37, n° 1, p.95-109.

Woollven M. (2015), « L'orthophonie et les troubles du langage écrit : une profession de santé face à l'école », Revue française de pédagogie, vol.190, n° 1, p.103-114.

Woollven M. (2021), « Diagnostiquer les difficultés scolaires. Étude des outils et des processus diagnostiques de la dyslexie en France et au Royaume-Uni », Sociologie, vol.12, n° 3, p.285-302.

Woollven M., Guilhot N., & Jaubert G. (2022), « L'orthophonie au regard des sciences sociales », Rééducation Orthophonique, n° 289, p.3-10.

Orthophonie, orthophonistes et expertise

Frédérique Brin-Henry

L'identité professionnelle des orthophonistes s'est forgée au fur et à mesure des évolutions des pratiques et de leur rôle tenu au sein du système de santé. Cet ouvrage, issu du projet Identité professionnelle des orthophonistes : aspects historiques et expertise (IPOHE)[1], souhaite contribuer à la réflexion et la valorisation des travaux effectués sur le sujet. Documenter cette identité professionnelle, selon Dubar (1994), est le fait de se définir, dans une temporalité biographique et sociale, individuellement et dans un groupe, à partir des caractéristiques de son travail, de ses réalisations professionnelles, de ses compétences professionnelles et de l'appartenance à un groupe professionnel (formation, équipe, entreprise, métier, secteur, filière, statut…). Deux thématiques indissociables ont constitué le cœur des travaux des groupes de travail d'IPOHE : l'expertise et les compétences en orthophonie.

1. Que retenir de ces chapitres ?

Les quatre parties de cet ouvrage correspondent aux axes adoptés dans le projet IPOHE pour explorer ces deux thématiques : ils couvrent les domaines de la formation initiale, de la définition de l'expertise, de la pratique de l'évaluation, et de l'histoire de l'orthophonie.

La première partie montre combien l'organisation de la formation initiale des orthophonistes au sein de l'université, bien qu'ancienne, ne lui confère pas encore tous les attributs qui permettraient aux orthophonistes d'évoluer pleinement au sein des institutions qui les accueillent. Emilie Bernard et Frédéric Pasquet montrent combien la spécificité du raisonnement clinique du domaine de l'orthophonie, au carrefour des sciences humaines et sociales et des sciences biomédicales, doit se construire par l'acquisition de compétences *ad hoc*. Ils montrent également combien la recherche en orthophonie, et son développement, notamment grâce à l'ouverture de la filière doctorale en orthophonie ardemment souhaitée, sont des leviers essentiels à la juste valorisation de la discipline.

1. Porté par le Collège français d'orthophonie depuis 2020

Dans la seconde partie, sont abordées les problématiques définitoires concernant l'expertise. Au 14e siècle, *espertise* est relative à une « adresse, habileté, expérience » (J. Le Fevre, *La Vieille,* éd. H. Cocheris, 835)[1]. Il s'agit de capacités à effectuer une tâche, associées pour partie à l'aisance acquise par la répétition de l'activité. Selon la norme française NF X50-110 (AFNOR, 2013), l'expert est apte à effectuer des travaux d'expertise, c'est-à-dire fournir une réponse, une interprétation, un avis ou une recommandation à partir des connaissances disponibles et de les démontrer de manière professionnelle. Cette définition a été reprise dans le Code de la santé publique[2] pour définir l'expertise sanitaire dans les termes suivants : « ensemble d'activités ayant pour objet de fournir à un commanditaire, en réponse à la question posée, une interprétation, un avis ou une recommandation aussi objectivement fondés que possible, élaborés à partir des connaissances disponibles et de démonstrations, accompagnées d'un jugement professionnel. Cette définition s'applique également, comme le précise la norme, lorsque l'organisme d'expertise et le commanditaire font partie de la même organisation et lorsque l'organisme d'expertise se saisit lui-même d'une question et émet de son propre chef une interprétation, un avis ou une recommandation ».

Le parti pris du groupe de travail a été de considérer et de définir l'expertise du domaine, plutôt que l'expertise de l'orthophoniste. Cette posture émaille l'ensemble de l'ouvrage et permet d'identifier en quoi la maîtrise de compétences et l'exercice clinique expert permettent de définir l'identité professionnelle des orthophonistes. En complément du référentiel d'activités et du référentiel de compétences parus en 2013, la cartographie des domaines de connaissance en orthophonie proposée dans cet ouvrage, permet de raisonner sur l'expertise par le biais de toutes les connaissances mobilisées par l'orthophoniste dans le cadre de l'exercice de ses fonctions. Cet outil manquait pour mieux réfléchir, en actant une fois encore la particularité du raisonnement clinique, abondé par l'ensemble des connaissances et compétences mobilisées, qui est le propre de l'orthophonie. Le chapitre suivant de Marc Borry démontre en quoi nous pouvons penser que l'orthophonie est une pratique et un domaine d'expertise, acquise grâce à la formation initiale, dans laquelle un socle de connaissances et de compétences est mobilisé pour des activités de haut niveau, de façon différente selon les situations et les rôles endossés. Ce placement des orthophonistes face aux profanes, aux commanditaires, et face aux controverses, est sillonné par François Allard-Huver, qui envisage certains moyens pour accroître la reconnaissance de l'expertise des orthophonistes.

La troisième partie est consacrée à la pratique en orthophonie, centrée autour de la phase essentielle de la pratique de l'évaluation. Guillaume Duboisdindien et Julie Cattini ont interrogé cette notion d'expertise en pratique évaluative, de la pertinence du questionnement de l'orthophoniste jusqu'à la convocation du raisonnement clinique, en passant par le choix des méthodes d'évaluation. Les ancrages théoriques en orthophonie nécessitent de fait une clarification des options, et leur article ouvre la

1. https://www.cnrtl.fr/definition/expertise
2. Décret n° 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique

voie d'une réflexion indispensable en orthophonie sur ce sujet des méthodes, des pratiques et des terminologies. Géraldine Debove-Hilaire complète cette partie par la présentation d'un classement des tests et batteries en usage, dans une perspective normative et statistique.

Enfin, la quatrième partie nous plonge dans l'histoire de l'orthophonie, depuis ses débuts grâce au chapitre de Anne Dehêtre, jusqu'à une période plus contemporaine grâce à la synthèse de Nicolas Guilhot des travaux publiés dans un ensemble de mémoires en orthophonie soutenus à Lyon ces quinze dernières années. Ce regard porté sur des jalons importants, depuis Suzanne Borel-Maisonny, nous démontre combien l'extension du champ de compétences de la profession d'orthophoniste et la redéfinition régulière de ses frontières avec d'autres professions de santé sont remarquables, et combien la recherche en orthophonie, notamment institutionnelle, est un pivot crucial de cette évolution et de la légitimation recherchée pour ce domaine d'expertise. La revue de littérature en sciences sociales portant sur l'orthophonie proposée par Marianne Woolven, permet également de repenser la place de l'orthophonie, entre santé et (ré-)éducation, et encourage à développer encore davantage les travaux et les publications concernant les relations entretenues par les orthophonistes avec leurs patients, les financeurs de leurs soins, ainsi que les autres professionnels avec lesquels ils interagissent.

L'identité professionnelle et l'expertise en orthophonie ont été explorées dans plusieurs dimensions, partant des connaissances nécessaires de l'orthophoniste jusqu'à la juste reconnaissance de l'expertise en orthophonie d'un point de vue sociétal et professionnel. L'expertise est cruciale pour la pratique du domaine, face à soi et aux parties prenantes, par la mesure de la perception de sa propre expertise, mais également grâce à une collection des preuves de l'expertise face aux autres parties prenantes, et notamment le patient, ainsi que les autres disciplines. La Figure 1 ci-dessous illustre ces divers axes d'exploration, qui pourraient constituer des axes pour des travaux complémentaires à organiser à la suite d'IPOHE.

Figure 1 Aspects complémentaires de l'expertise en orthophonie

2. Du côté du discours des orthophonistes

En guise de conclusion et pour apporter une photographie de ce tournant du 21e siècle, nous proposons une analyse terminologique et textuelle portant sur la façon dont les orthophonistes utilisent et se représentent cette notion d'expertise. Nous avons procédé à l'extraction de concordances des unités lexicales commençant par « expert » dans le corpus OrthoCorpus[1] constitué des 1 158 articles de la revue *Rééducation Orthophonique,* publiés entre 1997 et 2020 (5 511 144 mots). Les résultats de cette extraction sont les suivants :

Tableau 1 Extraction des occurrences des mots commençant par « expert » dans OrthoCorpus V3.

Indicateur	Distribution quantitative et qualitative des usages
Nombre total d'occurrences	757
Classe syntaxique	185 adjectifs, 569 noms, 2 verbes (1 infinitif, 1 au présent)
Occurrences	413 *expert/e/s* 342 *expertises* dont 1 *expertise-conseil*, 1 *expert-comptable*, et 1 *expert-profane* 2 *expertiser*
Qualification des auteurs des articles	440 articles dont au moins un auteur/trice est orthophoniste, 317 articles dont aucun auteur n'est orthophoniste
Distribution de l'usage de « expert » et « expertise »	Dans les articles écrits par au moins un orthophoniste, c'est « *expertise/s* » qui est au 1er plan (55 %), puis « *expert/e/s* » (N/Adj) à 44 % (à 22 % sous sa forme au pluriel/experts/) Dans les articles écrits par d'autres professionnels que les orthophonistes, c'est « *expert/e/s* » qui est le plus en usage (69 %), puis « *expertise/s* » (30 %)
Usage d'expert/e/s	56 % dans les articles écrits par d'autres professionnels que les orthophonistes 44 % dans les articles rédigés par au moins une orthophoniste

D'un point de vue des formes plus souvent employées, on note que l'activité de porter une expertise (« expertiser ») est peu présente dans le corpus, certainement dû au fait que c'est plus souvent l'expertise médicale et les activités juridiques qui y sont associées qui prévalent dans le domaine de la santé. Les orthophonistes qui ont contribué à la revue *Rééducation Orthophonique* semblent concevoir la notion d'expertise plutôt comme un état, et associent moins cette notion à une personne, comme c'est au contraire le cas dans les articles auxquels aucun·e orthophoniste n'a contribué.

Plus précisément dans l'examen des contextes droits de ces occurrences, on retrouve dans les articles des mentions de l'expertise *clinique* en particulier, exercée de façon *collective* ou *individuelle*. Dans les articles où au moins un des contributeurs

1. https://www.ortolang.fr/market/corpora/orthocorpus

est orthophoniste, on retrouve également la notion de *complémentarité* des différents acteurs (notamment les patients, les autres professionnels), et la notion *d'expertise du domaine*.

Dans les articles rédigés par d'autres que des orthophonistes, on retrouve de plus des mentions plus fréquentes des *domaines d'expertise* (par exemple : les implants cochléaires) et une mention des autres *parties prenantes* sans forcément d'indicateur de leur complémentarité avec l'expertise de l'orthophoniste (il s'agira de patients ou d'équipes, de participants ou de sujets, de rédacteurs et de réviseurs).

3. Perspectives

La pratique des orthophonistes est d'ores et déjà autonome et l'expérience permet d'ajuster et d'améliorer la consistance des appréciations portées sur les performances et les potentialités des patients, ainsi que la capacité de discrimination des cliniciens. L'expertise existe dans l'altérité, elle peut être analysée par contraste aux autres disciplines scientifiques proches, et la comparaison avec l'expertise d'autres professionnels. Exercer cette expertise, ce n'est pas uniquement activer et mobiliser des contenus scientifiques, mais se conformer également aux besoins des patients. Tout comme Bérard et Crespin (2015), les auteurs et autrices de cet ouvrage nous invitent ainsi ne pas réduire l'expertise à une simple technique, mais plutôt à prendre au sérieux les *situations d'expertise*, c'est-à-dire admettre que le savoir de l'expert ne repose pas seulement sur son exactitude scientifique, mais aussi sur sa conformité aux besoins sociaux des acteurs concernés. Ils suggèrent également que la profession et son expertise s'exercent dans l'intérêt des autres parties prenantes.

L'identité professionnelle des orthophonistes doit être encore davantage explorée. Les orthophonistes praticiens-chercheurs sont en besoin de postes statutaires permettant d'inclure davantage de temps de partage de connaissances, par la participation à plus de projets de recherche, pour l'enseignement, la rédaction de publications et la vulgarisation des connaissances acquises auprès du public. Cette identité se renforce grâce à l'appartenance à une communauté groupe, une communauté de pratique, d'où la nécessité de produire des écrits sur les pratiques et sur les ancrages théoriques des orthophonistes.

Au travers de ces chapitres, nous avons vu que ce niveau d'expertise est évolutif, dans une pratique réflexive, voire délibérée, habituelle en orthophonie. L'identité professionnelle des orthophonistes se construit donc autour de ces notions de compétences et d'expertise, dans un cadre à la fois disciplinaire, mais éminemment sociétal et politique. La valorisation des acquis, des réflexions et des pratiques par des travaux publiés doit constituer une vraie priorité pour l'orthophonie.

En effet, la remise en question constante et la capacité intégrative des orthophonistes doivent être considérées comme un atout qui repositionne l'identité et les pratiques au regard de l'évolution scientifique, mais nous soumettons l'hypothèse

qu'elles peuvent également contribuer à un certain manque de confiance des orthophonistes, milieu essentiellement féminin, en leur place d'expert·e·s dans le domaine de la pathologie du langage, de la communication et des fonctions oro-myofaciales. Il en ressort que la profession est insuffisamment sollicitée dans son expertise, notamment par les médias. Les orthophonistes sont cependant des professions de premier recours dans le domaine rééducatif et sont très facilement sollicité·es par les acteurs de terrain, qu'ils soient professionnels de santé, de l'éducation, ou concernés par les pathologies dont se préoccupent les orthophonistes.

Quel pourra être l'impact de cette réflexion sur l'expertise et les compétences en orthophonie ? Nous espérons que l'ouvrage trouvera sa place dans le vivier de publications permettant d'augmenter la visibilité des réflexions épistémologiques sur la profession. L'orthophonie est un domaine d'expertise, et les orthophonistes des experts et expertes de leur domaine.

4. Références bibliographiques

Analyse et traitement informatique de la langue française – UMR 7118 (ATILF) (2023), OrthoCorpus [Corpus]. ORTOLANG (Open Resources and TOols for LANGuage), www.ortolang.fr, v3, https://hdl.handle.net/11403/orthocorpus/v3.

Association française de normalisation AFNOR (2013), *Qualité en expertise – Prescriptions générales de compétence pour une expertise NF X50-110*

Berard Y. & Crespin R. (2015), « Situation d'expertise », in *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*, Henry E. (éd.), Paris, Presses de Sciences Po, « Références », p. 294-299.

Dubar C. (1994), Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel, in *Traité de sociologie du travail*, Coster M. & Pichault F. (dir.), p. 363-379.

Table des matières

Sommaire **3**

Remerciements **5**

Présentation des auteurs et autrices **7**

Orthophonie : identité professionnelle et expertise **11**

1. Contexte et enjeux 11
2. Le projet identité professionnelle en orthophonie : aspects historiques et expertise (IPOHE) 12
3. Références bibliographiques 16

PARTIE 1
La formation en orthophonie

Chapitre 1. La formation universitaire initiale, socle de l'expertise professionnelle en orthophonie : état des lieux et perspectives **20**

1. L'expertise professionnelle débute en formation initiale 20
2. Un contexte de formation universitaire 21
   - 2.1. Règles générales d'organisation et de fonctionnement de l'université 21
   - 2.2. Une harmonisation nationale de la formation universitaire en orthophonie 23
3. La réforme de 2013 de la formation initiale : un outil prometteur 24
   - 3.1. Formation et compétences 24
   - 3.2. Admission sélective : un premier déterminant 25
   - 3.3. Les objectifs de la formation 26

3.4. Le référentiel de formation 27
3.4.1. Aspects descriptifs 28
3.4.2. L'appui sur deux champs scientifiques : sciences humaines et sciences biomédicales 32
3.4.3. L'évolution de l'expertise en formation initiale par l'acquisition de compétences cliniques 35
4. Formation à la recherche 38
4.1. Contexte et enjeux liés à la recherche 38
4.2. La formation à la recherche 41
5. Enjeux et perspectives 42
6. Références bibliographiques 44

Chapitre 2. La pédagogie en sciences de la santé : un cadre pour penser l'expertise clinique en orthophonie 47

1. Introduction 47
2. Compétence et raisonnement cliniques 48
2.1. La compétence : un savoir agir complexe 48
2.2. Connaissances et théories actuelles sur le raisonnement clinique 49
2.2.1. Les processus cognitifs en jeu dans le raisonnement clinique : la théorie du double processus 49
2.2.2. Un réseau de connaissances organisées pour l'action 50
3. Spécificités du raisonnement orthophonique 52
3.1. Champ de compétences de l'orthophoniste 52
3.2. Caractéristiques du diagnostic orthophonique 52
3.2.1. Caractériser le problème pour définir des objectifs thérapeutiques 53
3.2.2. Analyser les causes pour définir les stratégies d'intervention 53
3.3. Caractéristiques du traitement orthophonique 55
3.4. Proposition de modélisation de l'expertise orthophonique .. 56
4. Le développement du raisonnement clinique en orthophonie 58
4.1. Une organisation lente et progressive des connaissances 58
4.2. Des situations d'apprentissage spécifiques 60
5. Conclusion 60
6. Références bibliographiques 61

PARTIE 2
L'expertise en orthophonie

Chapitre 3. La cartographie des domaines de connaissance des orthophonistes 64

1. Introduction 64
2. Méthode 65
3. Présentation de la cartographie 66
   - 3.1. Connaissances scientifiques et théoriques 66
   - 3.2. Connaissances pratiques 68
   - 3.3. Système de santé 68
   - 3.4. Formation 69
   - 3.5. Système de l'éducation 69
   - 3.6. Système médico-social 70
   - 3.7. Acteurs 70
4. Différents usages de la cartographie 71
   - 4.1. Se situer dans son expertise du domaine 71
   - 4.2. Identifier des points clés en commun 71
   - 4.3. Communiquer sur l'orthophonie 72
   - 4.4. Examiner un périmètre métier 72
   - 4.5. Faire évoluer la formation initiale et continue 73
5. Conclusion et perspectives 73
6. Références bibliographiques 74

Chapitre 4. Expert·e et expertise 76

1. Introduction 76
2. Qu'est-ce qu'un expert ? 77
   - 2.1. Le statut d'expert 78
   - 2.2. À partir de quand peut-on considérer quelqu'un comme un… expert ? 78
3. Niveaux d'expertise 80
4. Identifier les experts 81
5. L'intelligence artificielle peut-elle remplacer l'orthophoniste ? 82
6. Références bibliographiques 85

Chapitre 5. La place des expert·es dans les situations d'expertise : Le cas de l'orthophonie en France 87

1. Résumé 87
2. Introduction 87
   2.1. L'experte face aux *profanes* : vulgarisation, langage et médiations 90
   2.2. L'expert(ise) face à ses *commanditaires* : une posture à définir, une commande à cadrer, des questions à (se) poser 92
3. L'experte face aux *controverses* : normalité, incertitudes, co-constructions 94
4. Conclusion 96
5. Références bibliographiques 97

PARTIE 3
La pratique de l'orthophonie

Chapitre 6. L'expertise et le raisonnement cliniques de l'orthophoniste dans la pratique évaluative 102

1. Contexte 102
   1.1. L'expertise clinique 103
   1.2. Le raisonnement clinique 104
2. La pratique évaluative raisonnée 105
   2.1. Les évaluations informelles et formelles 106
   2.2. Les différentes formes d'évaluation 107
   2.3. La sélection critique d'outils d'évaluation normés 109
   2.4. Les évaluations critériées statique et dynamique 111
3. Les limites au raisonnement clinique dans la pratique professionnelle de l'orthophoniste 112
   3.1. Limites des données probantes 113
   3.2. Limites liées aux valeurs et besoins du patient 114
   3.3. Limites liées à l'environnement 117
4. Une pratique évaluative raisonnée et raisonnable 120
5. Conclusion 124

6. Références bibliographiques 126
7. Annexe A : Glossaire des différentes formes d'évaluation de Denman *et al.* (2019) 135

Chapitre 7. Les outils d'évaluation en orthophonie 137
1. Introduction 137
1.1. Les premiers outils 137
1.2. Évolution des pratiques 138
1.2.1. Le bilan orthophonique clé de voûte du soin orthophonique 139
1.2.2. Courants scientifiques : des modèles vers un soutien de l'expertise 139
1.2.3. Évolution des technologies 140
2. Qu'en est-il des outils d'évaluation aujourd'hui ? 141
2.1. Les classeurs de bilan 141
2.2. Vers une garantie de la qualité psychométrique des tests en orthophonie 141
2.3. Critère d'évaluation de la qualité des tests 143
2.3.1. Standardisation 143
2.3.2. Sensibilité 144
2.3.3. Fidélité 144
2.3.4. Validité 145
3. État des lieux des outils d'évaluation en France 146
3.1. Inventaire des tests 147
3.2. Étude sur la qualité des tests publiés (fiches réalisées sur des batteries évaluant le langage oral et/ou le langage écrit) 148
3.2.1. Tests analysés 148
3.2.2. Standardisation 151
3.2.3. Score de qualité/10 152
3.2.4. Sensibilité 153
3.2.5. Validité 153
3.2.6. Fidélité 153
4. Conclusion 154
5. Références bibliographiques 154

PARTIE 4
Socio-histoire de l'orthophonie

Chapitre 8. De l'histoire de l'orthophonie vers une identité de la profession 158

1. Introduction 158
2. La consécration du terme « orthophonie » au 19e siècle 159
3. La naissance d'une discipline, l'orthophonie, et du métier, les orthophonistes : le développement d'une expertise 160
4. La théorisation de l'expérience clinique : première consécration de l'expertise de l'orthophoniste 162
5. La structuration de la discipline et de la profession : la reconnaissance officielle de l'identité professionnelle des orthophonistes 163
   - 5.1. Reconnaissance de l'orthophonie comme métier du soin 164
   - 5.2. Structuration de la profession par la formation et la recherche 165
   - 5.3. Structuration de la profession par l'identité syndicale 167
6. Références bibliographiques 168

Chapitre 9. Bilan et perspectives des mémoires sur l'histoire de l'orthophonie soutenus à Lyon (2009-2022) 170

1. Introduction 170
2. Une profession conquérante : l'explosion du champ de compétences des orthophonistes 171
   - 2.1. Une définition de plus en plus large du métier d'orthophoniste 172
   - 2.2. Une extension du champ de compétences portée par la médicalisation 173
   - 2.3. Une dynamique abbottienne de conquête de nouvelles compétences par la construction d'un savoir spécifique 175
3. La légitimation par la science : la place de la recherche et de la mesure en orthophonie 178
   - 3.1. Les inférences dominantes : une périodisation marquée, une ligne de tension 178

3.2. L'orthophonie et la recherche : un outil de légitimation et de revendication 179
3.3. L'affirmation de la mesure chiffrée 180
4. Conclusion : des perspectives de recherche en histoire de la profession d'orthophoniste 182
5. Mémoires 184
6. Références bibliographiques 185

Chapitre 10. Quand les sciences sociales s'intéressent à l'orthophonie 187
1. La démarche des sciences sociales 187
2. L'orthophonie en sciences sociales : état de l'art 188
2.1. Sociologie de la santé 188
2.1.1. Politiques de santé, organisation des soins et division du travail 188
2.1.2. Pathologies, diagnostics et rééducation 189
2.2. Sociohistoire de l'éducation 190
2.2.1. Histoire de l'enseignement spécialisé 190
2.2.2. Difficultés scolaires et médicalisation 191
2.2.3. Enfance et socialisation 191
2.3. Sociologie du langage 192
2.4. Le genre 192
2.5. L'orthophonie en tant que telle 192
2.5.1. En Amérique du Nord 193
2.5.2. En France 193
3. Quelques pistes de recherche 195
4. Références bibliographiques 196

Orthophonie, orthophonistes et expertise 199
1. Que retenir de ces chapitres ? 199
2. Du côté du discours des orthophonistes 202
3. Perspectives 203
4. Références bibliographiques 204

L'identité professionnelle est un aspect crucial de la pratique orthophonique, qui modèle la façon dont les orthophonistes perçoivent leur rôle et interagissent avec leurs patients.

D'un point de vue historique, épistémologique, et scientifique, il était devenu essentiel que les orthophonistes élaborent des outils permettant de réfléchir à ce qui rend leur profession si spécifique et unique.

Ce livre est le fruit des travaux d'un groupe porté par le Collège français d'orthophonie, et s'appuie sur un consortium pluridisciplinaire composé d'experts et d'expertes en orthophonie et en sciences humaines et sociales. Il est construit autour de la volonté d'éclaircir et de réfléchir à ce qui fait la spécificité du domaine de l'orthophonie, et contribue à la juste reconnaissance des sciences orthophoniques.

Les auteurs

François Allard-Huver, Marc Borry, Frédérique Brin-Henry, Émilie Bernard, Julie Cattini, Anne Dehêtre, Guillaume Duboisdindien, Nicolas Guilhot, Géraldine Hilaire-Debove, Frédé-rique Miller, Frédéric Pasquet, Mariane Woolven.

Livre gratuit, ne peut être vendu

ISBN 978-2-807-35834-8

9 782807 358348

deboeck SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com