

Université de Montréal

**Cadre réflexif sur la recherche en sociologie
et sur ses apports à la compréhension
de la profession d'orthophoniste**

Par
Élie Tremblay

École d'orthophonie et d'audiologie
Faculté de médecine

Sous la direction de
Lisandre Labrecque-Lebeau
Dans le cadre du cours
ORT 6868 – Lectures dirigées

Août 2023

© Élie Tremblay, 2023

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE.....	1
Problématique.....	1
Développement du cadre réflexif	2
CADRE RÉFLEXIF	4
1. L'humanité comme première nécessité : prendre conscience de ce qui la menace.....	4
L'écueil d'objectivité	6
Les épreuves de professionnalité	8
2. Au-delà des mots : accorder leur place aux émotions et au temps	11
3. L'inévitabilité des paradoxes : cultiver sa tolérance pour mieux collaborer	15
4. Les raisons et les actions : refuser de les envisager comme étant séparées	17
La recherche qualitative en soutien au jugement clinique.....	18
L'emprunt de savoirs en orthophonie	21
5. En relation au système et à la société : ouvrir sensiblement la voie aux client·es	24
CONCLUSION	28
ANNEXE : SCHÉMAS RÉCAPITULATIFS	30
RÉFÉRENCES.....	35

CONTEXTE

Problématique

Ces dernières années, la recherche qualitative a gagné en importance dans les sciences de l'orthophonie, jusqu'à présent dominées par les méthodologies quantitatives (Hersh et al. 2022). La recherche qualitative favorise le développement de connaissances complémentaires et utiles pour les orthophonistes afin de mieux desservir les individus et les communautés dans un contexte socioculturel complexe (Greenhalgh et al. 2016). Elle peut, entre autres, attirer l'attention des orthophonistes sur les normes implicites au sein de leur culture professionnelle, les soutenant dans les prises de décisions concernant l'évolution de leur profession afin que cette dernière tende vers la direction qu'ils souhaitent (Ferguson 2009).

Par exemple, Ferguson (2009), avec une analyse critique de descriptions reconnues du champ de pratique de l'orthophonie, sensibilise au fait qu'un idéal de « scientificité » semble guider implicitement les messages publics que véhicule la communauté orthophonique (lesquels sont longs, complexes, alourdis de termes savants), au détriment de la compréhension de ces messages par sa clientèle¹. Autrement dit, dans ce contexte, le rôle « d'expert·e » de l'orthophoniste prend le dessus sur d'autres responsabilités professionnelles qu'il se reconnaît, comme celles d'une communication et d'une collaboration efficace avec ses client·es (Alliance canadienne des organismes de réglementation en orthophonie et en audiologie [ACOROA] 2018).

¹ Le terme « client·e » est utilisé à travers le texte pour désigner toute personne qui consulte en orthophonie, bien qu'il existe un éventail de termes proches de sens (p. ex., patient·e, usager·ère, élève, etc.), utilisés selon les contextes professionnels et les préférences de divers groupes ou individus. Si la connotation orientée vers le monde des affaires du terme « client·e » peut faire réagir positivement ou négativement (Costa et al. 2019), il s'agit du terme utilisé dans le « Profil de compétences nationale pour l'orthophonie » (ACOROA 2018) qui sert de base au présent cadre réflexif, d'où le choix de son utilisation.

La recherche de Ferguson met le doigt sur un enjeu qui m'habite, soit le fait que les différents rôles que se reconnaissent les orthophonistes peuvent entrer en conflit, orientant parfois vers des directions incompatibles les actions professionnelles. Toutefois, ce type de tensions semble avoir fait l'objet de peu de réflexions en orthophonie. La sociologie paraît prometteuse pour porter ces réflexions plus loin et pour aider à mettre en lumière la complexité quotidienne du travail d'orthophoniste, ayant apporté des repères et permis une meilleure compréhension d'autres professions (Dubéchet 2006). Le présent travail de lectures dirigées se veut donc une opportunité de réfléchir à la profession d'orthophoniste à partir d'écrits provenant du domaine de la sociologie. Plus précisément, mes réflexions ont été guidées par la question suivante : « En quoi la sociologie aide-t-elle à comprendre les tensions entre le rôle d'expert·e des orthophonistes et les autres rôles qu'ils se reconnaissent? »

Développement du cadre réflexif

Pour répondre à cette question, j'ai pris connaissance de textes du domaine de la sociologie portant sur l'épistémologie et la méthodologie (Barthe et al. 2013; Paillé et Mucchielli 2012b; Pires 1997; Van Campenhoudt, Franssen, et Cantelli 2009); sur l'intervention et la professionnalité (Astier 2009; Ravon et Ion 2012; Favret-Saada 1990; Ward 2011); ainsi que sur des perspectives critiques basées sur l'identité (Cefaï 2017; Garland-Thomson 2002). Je les ai fait résonner avec d'autres textes dont j'avais déjà connaissance (p. ex., en orthophonie) ou que j'ai repérés pour apporter des réponses aux questions additionnelles qui jaillissaient en moi au fil des lectures. Ce travail, sans prétention d'exhaustivité, se veut une ouverture vers des perspectives originales ainsi que de potentiels objets d'étude futurs dans les domaines de l'orthophonie et de la sociologie.

Pour structurer mes réflexions, j'ai utilisé le « Profil de compétences nationales pour l'orthophonie » (ACOROA 2018). Ce dernier décrit les différents rôles des orthophonistes travaillant au Canada, ainsi que les compétences qui leur sont rattachées. Le rôle d'*expert-e* y est expliqué dans ces termes :

<p>Rôle d'expert : Les orthophonistes mettent en application leurs connaissances du développement et des troubles de la communication, ainsi que ceux de la déglutition, combinées à leurs compétences en évaluation et en intervention, afin d'offrir des soins professionnels, en partenariat avec le client, et ce tout au long de sa vie. (ACOROA 2018, 8).</p>
--

Dans le présent texte réflexif, que j'ai organisé en cinq parties au cours d'un processus s'apparentant à une analyse en mode écriture (Paillé et Mucchielli 2012a), je mettrai les huit autres rôles que se reconnaissent les orthophonistes en relation avec leur rôle d'*expert-e*, soit : (1) le *consentement éclairé*, les *soins en partenariat avec les client-es*, ainsi que le *professionnalisme*; (2) la *communication*; (3) la *collaboration*; (4) l'*érudition*; et enfin (5) la *défense* de la santé de leurs client·es et la *gestion* des services et des ressources.

CADRE RÉFLEXIF

1. L'humanité comme première nécessité : prendre conscience de ce qui la menace

Consentement éclairé : Les orthophonistes offrent des services uniquement lorsqu'un consentement libre et éclairé a été obtenu, conformément à la législation provinciale et territoriale. En règle générale, le consentement libre et éclairé exige que l'orthophoniste fournisse les renseignements sur l'activité clinique ou la procédure proposée, explique les risques et les avantages, et d'autres solutions de rechange. En outre, l'orthophoniste doit s'assurer que la personne, ou son décideur substitut, sait que le consentement à l'activité clinique ou la procédure, en tout ou en partie, peut être retiré à tout moment. (ACOROA 2018, 6)

Les soins en partenariat avec le client : Les soins en partenariat avec le client sont au centre de toutes les décisions cliniques faites par les orthophonistes. Ce principe directeur signifie que les orthophonistes doivent :

- Identifier avec le client les préoccupations, priorités, valeurs, croyances, hypothèses, attentes et désirs pour soutenir l'évaluation et l'intervention;
- Faire preuve de respect pour les droits du client, sa dignité, son unicité et l'égalité des chances;
- Examiner les contextes personnel, social, éducatif et professionnel des clients;
- Promouvoir la participation du client dans la prise de décisions et l'autonomie sociale;
- Développer des relations avec le client et les collaborateurs, lorsqu'approprié, pour soutenir la réponse aux besoins du client;
- Dans sa pratique tenir compte et répondre aux besoins spécifiques des populations ayant une diversité sur les plans linguistique, sexuel ou culturel. (ACOROA 2018, 6)

Dans « Être affecté », Favret-Saada (1990) discute de ses travaux sur la sorcellerie dans le Bocage, une région rurale de la France. Son sujet d'intérêt peut paraître extrêmement éloigné de la profession d'orthophoniste et, pourtant, le court texte discute d'aspects centraux à cette dernière. Favret-Saada, qui souhaitait étudier le système sorcellaire bocain, s'est trouvée rapidement confrontée à un défi. En effet, lorsqu'elle tentait d'accéder à son terrain de recherche à partir de sa position d'ethnologue, personne ne savait la renseigner sur les rituels de sorcellerie ayant lieu dans la région. « Les paysans bocains refusèrent obstinément de jouer avec moi au Grand Partage, sachant bien où cela devait aboutir : j'aurais la bonne place (celle du savoir, de la science, de la vérité, du réel . . .) et eux, la mauvaise » (5), raconte-t-elle. À l'inverse, lorsque Favret-Saada s'est

laissé personnellement emporter par les effets de certaines paroles ou de certains actes mystérieux, c'est-à-dire lorsque des réactions ont échappé à son contrôle, le silence des Bocain·es s'est levé et iels ont consenti volontiers à discuter de sorcellerie avec elle. « Autrement dit : ils voulaient que j'accepte d'y entrer [dans leur monde] comme partenaire » (5), conclut l'autrice.

Ce récit met en lumière l'importance des soins en partenariat avec les client·es. Les soins de santé, souvent reçus à des moments où l'on est particulièrement vulnérables, touchent directement à ce qu'il y a de plus intime à l'intérieur de soi. Devant la vulnérabilité situationnelle de ses client·es, l'orthophoniste a une responsabilité éthique : celle d'une réciprocité (Zielinski 2011). Elle implique de se laisser affecter par ce que vit l'autre et elle permet de rééquilibrer la relation, initialement asymétrique en termes de pouvoir, pour trouver un « juste milieu entre l'impuissance et la toute-puissance » (Zielinski 2011). Cette humanité dans les soins fait écho aux critiques féministes (mentionnées dans Ravon et Ion 2012) défendant la valeur du *care* dans un monde médical valorisant avant tout le *cure*. Dans une relation manquant de *care* et conservant conséquemment son asymétrie, les client·es risquent, entre autres, de protéger leurs besoins véritables du regard jugeant de l'orthophoniste, rendant difficile, voire impossible, le *cure*. C'est ce que rappelle le défi d'accès à l'information vécu et relaté par Favret-Saada. Notons que la réciprocité ou le *care* de l'orthophoniste vis-à-vis de l'autre doit être sincère, et non instrumental. Autrement, ses client·es seraient privé·es d'un renseignement critique sur l'activité clinique qui s'opère, ce qui irait à l'encontre d'une autre responsabilité que se donnent les orthophonistes, celle du consentement éclairé.

Ci-après, deux obstacles à l'établissement d'une relation de partenariat avec les client·es et au libre consentement sont avancés, soit le regard « objectif » de l'orthophoniste et les défis de professionnalité auxquels iel est confronté·e. Ces obstacles sont directement liés à l'expertise

orthophonique ou, plus précisément, aux façons dont cette expertise est interprétée par l'orthophoniste et par ses client·es, de même que soutenue ou limitée dans son actualisation par les structures qui l'entourent. Dans ce dernier cas, des liens sont faits également avec le rôle de professionnel·le de l'orthophoniste, défini plus loin.

L'écueil d'objectivité

Une invitation centrale dans le texte de Favret-Saada (1990) faite à ses pairs est celle d'une meilleure distinction entre les concepts de « vérité », de « réel » et « d'observable ». L'autrice constate des glissements de sens dangereux entre ces trois concepts dans les écrits de sa discipline. En effet, pour plusieurs ethnologues, préoccupé·es par la question d'objectivité, les comportements observables étaient devenus les seuls à se faire accorder le statut de réalité et à compter pour établir ce qui est vrai. Ces ethnologues étaient alors susceptibles de disqualifier les propos des personnes et des communautés étudiées, les faisant passer du statut d'inobservable, à celui de fictif, puis de faux (ou, en tout cas, de « moins vrai »). En sciences infirmières, voisines des sciences de l'orthophonie, des constats quant aux impacts de l'objectivité sur la relation thérapeutique vont dans le même sens : « La relation objectivée “I-It” ou “Je-Cela” mine la profondeur relationnelle du “Je-Tu”, car la personne se met en posture d'analyse ou d'observation plutôt que d'“être avec” la personne » (Cara et al. 2016).

Les orthophonistes courent le risque que leur rôle d'*expert·e* fasse obstacle aux *soins en partenariat avec les client·es*, si ce premier rôle dérive vers une perception de soi comme celle d'un être objectif à même d'établir la vérité (autrement dit, comme celle d'un être « a-culturel dont le cerveau ne contiendrait que des propositions vraies » pour reprendre les mots de Favret-Saada 1990, 5). Une telle perception de soi compromet la qualité d'écoute nécessaire pour comprendre

les préoccupations, les priorités, les valeurs, les croyances, les hypothèses, les attentes, les désirs et les besoins en jeu dans la situation de soins. Analogiquement, de nombreuses ethnologues dont Favret-Saada lisait les écrits affirmaient, à tort, que la sorcellerie rurale n'existait pas dans la France d'aujourd'hui. Or, le phénomène nié était simplement à distance de leurs regards. Il convient donc de se rappeler comme professionnel·le, pour réduire le risque de telles erreurs empiriques, que l'inobservable peut être réel et vrai.

À travers les époques, plusieurs « vérités » subjectives et, même, carrément fausses ont d'ailleurs été présentées sous l'angle de faits objectifs par les professionnel·les de la santé. C'est le cas, parmi d'autres (p. ex., Hogarth 2017; Spurlin 2019), du handicap visible autrefois décrit comme un simple fait biologique (Cefaï 2017). Les sciences sociales ont permis de comprendre que le handicap résulte plutôt d'un processus d'attribution de statuts et d'assignation de places (Cefaï 2017). Ce faisant, elles ont offert aux professionnel·les et aux client·es des façons alternatives de réfléchir et de répondre à la différence humaine se trouvant au cœur de leur pratique ou de leur vie. Aujourd'hui, faire disparaître ou minimiser la différence (p. ex., la parole bégayée; Constantino, Manning, et Nordstrom 2017) n'est plus la seule avenue possible d'une intervention orthophonique. Un consentement éclairé des client·es requiert que les clinicien·nes soient transparent·es à ce sujet et qu'ils accordent de la place à la subjectivité qui est inhérente au monde humain. Ainsi, même si une version particulière de la réalité est privilégiée à l'intérieur de soi, de la communauté orthophonique ou de la société (p. ex., importance de la fluidité de la parole), elle n'est pas nécessairement la version la plus bénéfique à favoriser, notamment à la lumière d'un contexte clinique donné (p. ex., efforts insoutenables et émotions désagréables d'un·e client·e pour être perçu·e comme ayant une parole fluide; Constantino, Manning, et Nordstrom 2017). L'admission d'une seule réalité comme « vraie » par les orthophonistes, de leur point de vue

d'*expert·e*, nuit au *consentement éclairé* de leurs client·es, restreignant l'espace thérapeutique et conceptuel explorable et, par conséquent, la potentialité de leur épanouissement.

Les épreuves de professionnalité

Par ailleurs, les orthophonistes font collectivement face à plusieurs défis, tandis que leur profession reste largement méconnue et peu valorisée et que leurs conditions de travail se dégradent (Côté 2021; Giguère et al. 2023). Par exemple, Ward (2011) décrit un changement de régime qui s'est opéré au sein de la gestion publique dans les dernières décennies, y compris au Canada (Glor 2001). Dans l'ancien régime, l'engagement interne et sincère des professionnel·les vis-à-vis du bien-être de leurs client·es, combiné à une certaine réglementation étatique des professions, assurait la qualité du travail accompli. Dans le nouveau régime, les organisations publiques, invoquant leur devoir de gestion des ressources, ont elles-mêmes mis en place des dispositifs de contrôle externes du travail des professionnel·les, lesquels sont axés sur la productivité (Ward 2011). Or, une profession comme l'orthophonie, adressée à autrui, se caractérise par sa complexité, par son indétermination, de même que par son essence relativement indicible (Couturier et Salles 2013). Une évaluation des activités orthophoniques par une tierce partie sur la base de l'atteinte ou non d'objectifs de rendement (Ward 2011) paraît donc peu appropriée aux activités évaluées, voire en conflit avec ces activités (soit avec la mise en œuvre de l'*expertise* orthophonique). Elle risque de nuire au *consentement éclairé* des client·es, réduisant le champ des solutions thérapeutiques possibles et proposées à celles qui se prêtent le mieux à un calcul de productivité (p. ex., de courte durée, centrées sur des comportements observables et relativement faciles à modifier).

Dans ce contexte, les orthophonistes peuvent se retrouver tiraillé·es entre, d'une part, leur volonté d'accompagner les client·es de leur mieux en mettant en œuvre leurs abondantes connaissances et compétences et, d'autre part, les obligations qui leur sont imposées par les gestionnaires. Un phénomène d'usure professionnelle risque alors de s'installer, c'est-à-dire une altération collective et progressive de la santé des orthophonistes liée à leur travail compte tenu de conditions structurelles qui les empêchent d'offrir des soins et des services de qualité (Ravon et Ion 2012). Ce phénomène d'usure comporte des risques, dont un risque d'ordre thérapeutique advenant que le bien-être des client·es soit évacué du champ réflexif des orthophonistes pour protéger d'urgence leur santé et leurs intérêts (Ravon et Ion 2012). Les épreuves de professionnalité peuvent donc constituer un obstacle aux *soins en partenariat avec les client·es*, fragilisant la capacité d'écoute et de réciprocité des orthophonistes, occupé·es à se défendre comme *expert·es*.

Quelques tensions émergent aussi dans ce contexte entre le rôle d'expert·e de l'orthophoniste et son rôle de professionnel·le, ainsi décrit :

<p>Rôle de professionnel : Les orthophonistes sont guidés par un code de déontologie, des normes professionnelles, des exigences règlementaires et un engagement à faire preuve de compétence clinique dans le service qu'ils fournissent à leurs clients. (ACOROA 2018, 17)</p>

En effet, les orthophonistes peuvent ne pas parvenir à offrir des services cliniques aussi compétents qu'ils le pourraient et qu'ils le voudraient, et ce, parce que leurs conditions de travail y sont défavorables. Lors d'analyses de la pratique, il importe donc de prendre en compte le contexte organisationnel et d'éviter de mettre la responsabilité de la compétence des pratiques exclusivement sur des individus. Un risque serait effectivement d'augmenter les dispositifs de contrôle des orthophonistes, auxquels iels sont tenu·es de se soumettre compte tenu de leur

responsabilité de *professionnel·le*, au détriment du développement ou du maintien d'activités orthophoniques – d'une *expertise* – pourvues de sens (Ravon et Ion 2012).

À l'heure actuelle, les documents normatifs de la profession au Canada (ACOROA 2018; Orthophonie et Audiologie Canada 2016) renseignent sur les responsabilités individuelles des orthophonistes, mais négligent de reconnaître l'influence des contextes de travail, synergiques ou antagoniques à l'actualisation de ces responsabilités, qui peuvent pourtant se présenter aux professionnel·les. Il y a donc de l'espace dans les processus de professionnalisation de l'orthophonie pour mieux reconnaître cette influence des contextes et pour soutenir le jugement *expert* des clinicien·nes sans le mettre sous contrôle par souci de *professionnalisme*. Certains documents normatifs guidant d'autres communautés professionnelles vont dans cette direction d'une reconnaissance de l'influence des contextes et d'une confiance vis-à-vis des habiletés de jugement des professionnel·les, avec des formulations telles que : « Dans la pratique, une prise de décision éthiquement rationnelle [par les professionnel·les] se doit d'équilibrer les interprétations . . . à la lumière des particularités du contexte » (Société canadienne d'évaluation 2020).



En somme, une relation de *partenariat* avec les client·es, empreinte d'authenticité et de transparence conformément au principe de *consentement éclairé*, est indispensable à l'efficacité thérapeutique. L'établissement d'une telle relation est menacé par l'impression que les connaissances d'*expert·e* de l'orthophoniste (sur la communication, sur la déglutition, sur l'évaluation, sur l'intervention) permettent à celui-ci de poser un regard objectif et « plus vrai » sur ce que vivent ses client·es. Son établissement est également menacé par les épreuves de

professionnalité auxquelles sont confronté·es les orthophonistes, comme des conditions de travail qui limitent la mise en œuvre de leur *expertise*, et ce, malgré leur souci de *professionnalisme*. Il importe que le travail des orthophonistes garde son sens et son réalisme lorsque soumis aux contextes et aux normes professionnelles, notamment pour le bien-être des client·es.

2. Au-delà des mots : accorder leur place aux émotions et au temps

Rôle de communicateur : Les orthophonistes favorisent la relation thérapeutique et les échanges qui se produisent avant, pendant et après chaque rencontre. Les compétences de ce rôle sont essentielles pour établir une relation de confiance, partager des renseignements, développer une compréhension mutuelle et faciliter l'élaboration d'un plan commun de soins en collaboration avec le client (ACOROA 2018, 12).

Dans « Pratiques, savoirs et professionnalité », Ravon et Ion (2012) identifient les savoirs et savoir-faire nécessaires aux activités du travail social. Le langage y est nommé en premier et décrit comme « l'instrument obligatoire, mais pas forcément maîtrisé » des professionnel·les (74). Le caractère obligatoire de l'utilisation du langage s'applique aux activités des orthophonistes, où les compétences langagières constituent non seulement un outil de travail, mais aussi l'un des objets précis sur lesquels porte leur expertise (ACOROA 2018). Quant à son caractère maîtrisé ou non, les orthophonistes se trouvent singulièrement à risque d'attribuer les défis de communication vécus en clinique à leurs client·es, « déficitaires » sur le plan langagier, sans s'interroger sur leurs propres habiletés communicationnelles, perçues comme un modèle d'efficacité (Ferguson et Armstrong 2004). Leur rôle d'*expert-e de la communication* peut ainsi paradoxalement interférer avec leurs fonctions de communicateur·ice.

Par ailleurs, si le langage est important à la communication, il n'est ni le seul dispositif disponible ni le plus efficace pour transmettre de l'information dans tous les contextes. Favret-Saada (1990) va même jusqu'à décrire la communication « ordinaire », c'est-à-dire verbale et

intentionnelle, comme « l'une des variétés les plus pauvres de la communication humaine » (8), particulièrement peu appropriée pour renseigner sur les aspects non verbaux et involontaires de l'expérience comme les affects. Dans un texte méthodologique sur l'analyse thématique, Paillé et Mucchielli (2012b, 255) font une remarque similaire susceptible de résonner chez les orthophonistes s'ils songent, par exemple, à l'analyse de résultats d'évaluation clinique : « la transcription de l'audio ne rend pas les éléments de contexte proxémiques, kinésiques, émotionnels de la séance, qui sont parfois essentiels pour bien saisir le propos. » Autrement dit, la communication par le langage ne suffit souvent pas à la transmission adéquate d'un message entre des personnes.

La communication émotionnelle est importante à réfléchir comme faisant partie du dispositif thérapeutique en ce qu'elle peut, si l'orthophoniste lui accorde une place, favoriser l'établissement de la relation et permettre des échanges cruciaux à l'efficacité de la thérapie. La valeur de la communication émotionnelle est reconnue et mise de l'avant par les orthophonistes auprès de certaines populations spécifiques, comme les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer (p. ex., Michalon, Serveaux, et Allain 2014) ou celles vivant avec l'aphasie (p. ex., Joly 2013), soit lorsque le langage devient quasiment impossible à envisager comme canal premier de communication. Par ailleurs, les habiletés de communication émotionnelle sont évaluées et font l'objet de thérapies auprès d'autres populations spécifiques, comme la clientèle autiste (p. ex., Ryan et Charragáin 2010). À l'extérieur de cela, la communication émotionnelle semble largement absente du champ réflexif des orthophonistes. On peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles elle n'est pas davantage prise en considération et mobilisée en clinique, surtout que les orthophonistes travaillent auprès de clientèles pour lesquelles la communication par les mots constitue souvent un défi.

Par rapport à cette interrogation, je me permets d'avancer deux hypothèses découlant de mes lectures et se rattachant de façon complémentaire au rôle d'expert·e de l'orthophoniste. L'une est d'ordre individuel, l'autre d'ordre social. Ma première hypothèse est que la communication émotionnelle peut faire peur à l'orthophoniste en tant qu'individu, en ce qu'elle requiert de laisser de côté une partie de son contrôle (Favret-Saada 1990). Ce laisser-aller peut inquiéter et désorienter toute personne, mais peut-être encore plus celle qui se perçoit comme un·e *expert·e responsable* d'offrir des soins et de rester « en contrôle » de la situation clinique. Ma deuxième hypothèse concerne l'existence de règles de sentiments partagées, de sorte que certains sentiments sont socialement perçus comme acceptables à ressentir et à exprimer dans une situation donnée, et d'autres non (Hochschild 2003). Il est possible qu'une règle implicite et répandue au sein de la communauté orthophonique soit celle d'un certain détachement émotionnel en contexte clinique. Cette règle paraît indiquée et cohérente si les orthophonistes se perçoivent et sont perçus·es comme des *expert·es au rôle objectivant*. Pourtant, l'établissement d'une relation de confiance peut être facilité par certains signes paraverbaux de la part des professionnel·les signalant qu'ils se soucient de ce qui leur est confié, de même que par l'écoute des signes paraverbaux transmis par les client·es.

Finalement, le rôle de communicateur·ice des orthophonistes ne se limite pas à un moment précis et particulier de leurs interactions avec les client·es. Cela est bien spécifié dans la description que se font les orthophonistes de ce rôle, où il est question d'échanges « avant, pendant et après chaque rencontre » (ACOROA 2018, 12). À ce sujet, les observations de Favret-Saada (1990) sur ce qui fait le succès du dispositif thérapeutique des désorceleur·euses aident à mettre en perspective les rôles de communicateur·ice et d'expert·e de l'orthophoniste :

Si je n'avais été ainsi affectée, si je n'avais assisté à tant d'épisodes informels de sorcellerie, j'aurais accordé aux rituels une importance centrale. . . . Mais d'avoir traîné si longtemps chez les ensorcelés et chez les désorceleurs, . . . , d'avoir vu faire tant de choses qui n'étaient pas du rituel, toutes ces expériences m'ont fait comprendre ceci : le rituel est un élément (le plus spectaculaire mais non le seul) grâce auquel le désorceleur démontre . . . la possibilité de la victoire. Mais celle-ci . . . suppose la mise en place d'un dispositif thérapeutique très complexe avant et longtemps après l'effectuation du rituel. (9)

Les activités d'évaluation et d'intervention dans le bureau de l'orthophoniste, au même titre que les rituels de sorcellerie, sont souvent perçues comme centrales au dispositif thérapeutique. Or, cette représentation fait abstraction de la complexité de ce dispositif et réduit l'espace-temps décisif à de courts moments, qui font pourtant partie d'un tout plus large.



En somme, le rôle d'*expert-e de la communication* de l'orthophoniste peut paradoxalement interférer avec ses habiletés de *communicateur-ice* en clinique, contribuant à une perception de l'orthophoniste comme étant forcément un modèle à suivre de bonne communication, à l'inverse de ses client·es « déficitaires » en la matière. Par ailleurs, la place de la communication émotionnelle dans le dispositif thérapeutique semble avoir été peu réfléchi jusqu'à maintenant en orthophonie, peut-être compte tenu d'une volonté individuelle de rester « en contrôle » des situations cliniques en tant qu'*expert-e responsable* de celles-ci et/ou de règles de sentiments prescrivant un certain détachement émotionnel des orthophonistes cohérent avec leur rôle perçu d'*expert-e objectivant*. Enfin, le rôle de *communicateur-ice* de l'orthophoniste, qui se déroule « avant, pendant et après chaque rencontre » (ACOROA 2018, 12), permet de mettre en perspective son rôle d'expert·e, en ce qu'il y a plus à l'orthophonie que les activités d'évaluation et d'intervention réalisées au cours des séances à son bureau.

3. L'inévitabilité des paradoxes : cultiver sa tolérance pour mieux collaborer

Rôle de collaborateur : Les orthophonistes recherchent et développent des opportunités pour travailler efficacement avec d'autres professionnels, le client et sa famille, les aidants, les proches ou la communauté, pour offrir les meilleurs soins en partenariat avec le client, ainsi que pour assurer la continuité des soins, lors d'un changement de fournisseurs ou d'aidants (ACOROA 2018, 13).

Une remarque de Ravon et Ion (2012) semble mettre pertinemment en contexte la responsabilité de collaboration que se reconnaissent les orthophonistes : « L'époque est à la lutte contre les cloisonnements disciplinaires. . . . L'approche globale de la personne suppose d'articuler toutes les problématiques (sanitaire, sociale, psychique, éducative...) et donc de mener un travail interdisciplinaire où se côtoient les différents métiers du travail social et du soin » (77). Que la collaboration s'impose « d'en bas » (des situations complexes vécues par les client·es) ou « d'en haut » (par injonction organisationnelle), elle garde une part d'incertitude alors que se rencontrent les perspectives, parfois complémentaires, parfois antagonistes, des différentes personnes impliquées dans celle-ci (Ravon et Ion 2012).

Par exemple, dans une équipe interdisciplinaire, les professionnel·les doivent *collaborer* notamment en se répartissant les responsabilités et en veillant à ne pas dupliquer les actes, tout en sachant qu'ils portent parfois des jugements irréconciliables sur les mêmes problématiques compte tenu de l'*expertise* qui leur est propre (p. ex., répartition des responsabilités des orthophonistes, nutritionnistes et ergothérapeutes en dysphagie; Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec 2022). En outre, les professionnel·les s'entendent de plus en plus sur l'importance de mettre en œuvre leur *expertise* en « travaillant avec » les client·es plutôt qu'en « travaillant sur » elleux. Iels attribuent désormais aux client·es un rôle actif de *collaborateur·ices* dans le collectif d'intervention (Astier 2009). En même temps, certain·es client·es peuvent ne pas vouloir jouer ce rôle actif, ne pas se le reconnaître ou, encore, ne pas le remplir dans la mesure

attendue par les professionnel·les, résistant au « pacte » de la construction de l'individu autonome qui se trouve au cœur de l'accompagnement social (Astier 2009). Que devraient faire les orthophonistes dans ces situations paradoxales pour concilier leurs responsabilités d'expert·e et leurs responsabilités de collaborateur·ice?

Les orthophonistes peuvent potentiellement apprendre de collectifs capables de poser des actions concertées malgré les points de vue hétérogènes des acteur·ices qui les composent. Ainsi, à la lumière des mouvements féministes et de droits du handicap, Garland-Thomson (2002) invite à une méthodologie de *tolérance intellectuelle*, soit à une position psychique consistant à accepter la présence d'incohérences et de divergences à l'intérieur du collectif : « This method asks difficult questions, but accepts provisional answers. This method recognizes the power of identity, at the same time that it reveals identity as a fiction. This method both seeks equality, and it claims difference. . . . » (28) De manière similaire, une méthode potentiellement porteuse pour l'orthophoniste est celle d'affirmer ses perspectives en vue d'améliorer la situation problématique, tout en tolérant que d'autres puissent voir la situation différemment. Au bout du compte, il n'est ni réaliste ni nécessaire que chacun·e partage la même perspective pour collaborer efficacement, à savoir pour produire les effets escomptés en équipe, comme le mettent en lumière les avancées sociales permises par les mouvements féministes et de droits du handicap (Garland-Thomson 2002). La confrontation des perspectives peut même être vue comme souhaitable et enrichissante, stimulant l'intelligence collective et l'innovation, dans la mesure où les différences au sein d'un collectif parviennent à être assumées et à coexister (Scharnitzky 2018, 33).



En somme, certaines incohérences et divergences émergent en contexte de *collaboration*, alors que les perspectives des individus sont parfois complémentaires, parfois antagonistes, notamment compte tenu de l'*expertise* propre à chaque membre du collectif. Une tolérance des paradoxes apparaît utile dans ce contexte. En effet, il n'est pas réaliste que les membres d'un collectif soient d'accord en tout temps. Cela n'est pas non plus nécessaire à l'amélioration de la situation ou souhaitable pour le travail en collectif.

4. Les raisons et les actions : refuser de les envisager comme étant séparées

Rôle d'érudit : Les orthophonistes font preuve d'un engagement à long terme en ce qui a trait à l'apprentissage professionnel et à l'autoréflexion, ainsi qu'à la création, à la diffusion, à l'application et à la traduction des connaissances fondées sur des données probantes actuelles liées à la profession d'orthophoniste (ACOROA 2018, 15).

Un des principes de la sociologie pragmatique, basé sur l'idée qu'une action n'est jamais dépourvue de raisons, est le refus de séparer l'analyse des activités pratiques de l'analyse des activités réflexives (Barthe et al. 2013). Cette façon de voir les choses s'étend bien aux rôles d'*expert-e* et d'*érudit-e* de l'orthophoniste, qui se révèlent indissociables. De fait, les orthophonistes, dans leur rôle d'*expert-e*, sont tenu·es d'utiliser les données probantes et leur jugement clinique pour guider leur pratique (ACOROA 2018). Cela requiert qu'iels s'informent, puis qu'iels interprètent les informations disponibles en intégrant ce qui est possible et reconnu efficace de faire (« techne ») à ce qui est désirable dans un contexte donné (« phronesis ») (Biesta 2007), conformément à leur rôle d'*érudit-e* (ACOROA 2018). Autrement dit, iels doivent nécessairement mobiliser leur responsabilité d'érudition pour pouvoir remplir leur rôle d'*expert-e*.

À l'inverse, et je le défendrai aussi, l'orthophoniste peut utiliser son rôle d'expert·e clinique pour faire avancer le développement des connaissances.

La recherche qualitative en soutien au jugement clinique

La communication et la déglutition, soit les objets au cœur de l'expertise orthophonique, ne peuvent être réduites à des données chiffrées sans en perdre de vue des portions déterminantes. La communication permet, après tout, à chaque personne de déployer son humanité, de connecter avec les autres et de se construire une existence empreinte de signification : la prise en compte de la nature intersubjective de la communication se doit d'être au cœur de la pratique orthophonique (Beecham 2004). La déglutition, si elle peut donner l'impression d'une faculté tangible qui se prête mieux à l'objectivation, s'avère également complexe dans la pratique (p. ex., cognition des client·es, relation personnelle à l'alimentation, manque de ressources) (Muir-Derbyshire 2021).

La recherche qualitative aide à sortir d'une vision techniciste de la pratique orthophonique, où les professionnel·les auraient à appliquer ce qui est reconnu efficace indépendamment des aspects contextuels et subjectifs de la situation clinique (Beecham 2004; Maunier 2019). En effet, les études qualitatives visent une meilleure compréhension de la complexité des phénomènes sociaux, comme les situations vécues par les client·es, et soutiennent ainsi les orthophonistes dans la considération de cette complexité dans leur pratique (Greenhalgh et al. 2016; Maunier 2019). De plus, la participation à des projets de recherche qualitative peut être une opportunité, pour l'orthophoniste, d'explorer sa subjectivité et d'en découvrir les impacts potentiels sur sa pratique, comme en témoigne une personne étudiante ayant été appelée à réaliser une analyse thématique :

Je me suis aperçu qu'il n'était pas si facile de déterminer des thèmes [sans tomber dans l'interprétation]. . . . Cet exercice d'analyse thématique a été pour moi l'occasion d'une véritable transformation. Comme dans une situation extra-quotidienne, j'y ai découvert dans mon corps le fait de conscience de la justesse d'un thème, le fait de connaissance qu'il

est possible d'être encore plus à l'écoute des propos de l'autre qu'on ne le croit, et la prise de conscience que dans ma vie j'interprétais probablement sans m'en apercevoir. (Paillé et Mucchielli 2012b, 251)

Par ailleurs, les écrits méthodologiques sur la recherche qualitative peuvent aider les orthophonistes à comprendre, à porter un regard critique et à bonifier les façons dont iels collectent et analysent leurs données cliniques. Au sein des évaluations et des interventions orthophoniques, des méthodes qualitatives de collecte et d'analyse d'informations sont de mise puisque les facultés évaluées et travaillées ont quelque chose de « vague par essence » et que la rigueur d'une démarche méthodologique dépend de son adéquation avec la nature de l'objet étudié (Pires 1997). Toutefois, les orthophonistes peuvent se sentir peu outillé·es dans leur collecte et leur analyse de données qualitatives. Leur profession est effectivement issue du domaine médical où les méthodes quantitatives dominent et où les méthodes qualitatives tendent encore à être conduites et interprétées avec les conventions de ces premières (Hersh et al. 2022; Mykhalovskiy et al. 2018).

De ma lecture du chapitre sur l'échantillonnage de Pires (1997), il ressort que l'évaluation orthophonique se rapproche d'une recherche réalisée en structure ouverte, en ce que l'orthophoniste cherche à obtenir un portrait complet de son univers de travail, soit de la personne évaluée. Plus précisément, elle ressemble à une étude de cas avec un échantillon d'acteur·ice topique (Pires 1997), son corpus empirique étant essentiellement constitué autour d'une personne ou d'une famille et articulé autour du thème central de la communication et/ou de la déglutition. Cela a certaines implications. Par exemple, dans les démarches scientifiques en structure ouverte, une généralisation est faite directement du niveau empirique (c.-à-d. des données collectées) au niveau théorique (c.-à-d. à « l'univers général »), sans passer par une généralisation à une population (c.-à-d. à « l'univers de travail ») (Pires 1997). Autrement dit, les observations cliniques de l'orthophoniste permettent de parler directement des habiletés de la personne évaluée sans qu'il

soit nécessaire d'affirmer d'abord qu'elles correspondent à l'ensemble des actions de communication et/ou de déglutition de la personne, dont celles qui n'ont pas été observées cliniquement. Ainsi, en l'absence d'une procédure opérationnelle d'échantillonnage et à la lumière des objectifs de l'orthophoniste, le *choix* de « l'échantillon » (p. ex., de langage) au sein d'un ensemble de matériel empirique, ainsi que sa taille (son « n ») par rapport à cet ensemble ne sont pas des préoccupations centrales à la collecte de données cliniques qualitatives. C'est plutôt la *complétude* des observations de l'orthophoniste vis-à-vis de ses questions d'évaluation qui est cruciale. Bref, l'orthophoniste doit, autant que possible, s'assurer d'avoir *tout* considéré au moment d'émettre sa conclusion sur la communication et/ou la déglutition d'un·e client·e – de ne pas avoir omis de collecter des données par rapport à un aspect important des facultés sur lesquelles iel porte un jugement (Pires 1997).

Au cours de sa vie professionnelle, l'orthophoniste réalise de nombreuses « études de cas », explorant en profondeur ce que vit chacun·e de ses client·es. Bien que chaque client·e soit unique, l'orthophoniste fait des généralisations analytiques et malléables des situations vécues par ses client·es précédent·es, c'est-à-dire qu'iel développe intuitivement certaines « théories » qu'iel adapte ensuite pour appréhender les situations que vivent ses client·es actuel·les. L'expérience clinique est donc le fruit d'un type de généralisation reconnu, que permettent notamment les études de cas : « l'étude de cas *représente à maints égards* d'autres cas, et le chercheur ou le lecteur peuvent *généraliser* en ce sens qu'ils peuvent retenir dans un esprit critique une série de clés susceptibles de les aider à comprendre ce qui se passe ailleurs » (Pires 1997, 152). En ce sens, en plus d'alimenter les orthophonistes de connaissances théoriques, expérientielles et méthodologiques utiles dans leur pratique, la recherche qualitative offre des arguments pour défendre la valeur du jugement clinique de l'orthophoniste expérimenté·e.

Parallèlement, chaque évaluation ou intervention orthophonique peut être considérée « comme un défi ouvert . . . lancé aux théories s’appliquant à ce cas » (Pires 1997, 146). Ce n’est donc pas un échec de la part de l’orthophoniste s’il ne trouve pas de théorie(s) naturellement convenable(s) et pertinente(s) à la situation vécue par certain·es de ses client·es. Cela parle plutôt de l’imperfection des théories actuelles, qu’il peut contribuer à développer et à affiner en mobilisant tant son rôle d’*expert·e* que son rôle d’*érudit·e*.

L’emprunt de savoirs en orthophonie

Dans la construction de son expertise propre, l’orthophonie a emprunté des savoirs à plusieurs disciplines, notamment à la médecine, à la psychologie et à la linguistique (Prud’Homme 2006). D’autres professions, comme celles du travail social, sont nées et ont évolué de manière similaire, les savoirs sur lesquels elles se fondent constituant « une sorte de puzzle fabriqué à partir de morceaux de savoirs reconnus » (Ravon et Ion 2012, 84). Le caractère pluridisciplinaire de ces professions s’accompagne de certaines caractéristiques. Par exemple, Ravon et Ion (2012) notent une concurrence des référents et des pratiques professionnelles, un rapport ambivalent des intervenant·es aux savoirs théoriques, ainsi qu’une instabilité des savoirs sur lesquels se base leur pratique.

Ravon et Ion (2012) illustrent la pluralité des référents du travail social par la variété des termes qui sont utilisés pour en désigner les publics et qui invoquent inéluctablement des conceptions et des façons d’intervenir particulières (p. ex., allocataires, exclu·es, personnes en souffrance psychique, enfants-symptômes, cas sociaux, habitant·es, etc.). En orthophonie, la variété des termes et ses implications sont similaires, alors que les élèves et les patient·es, par exemple, n’appellent pas aux mêmes représentations et aux mêmes interventions : « being a

student is quite different from that of being a patient — being a student is not an illness, just as teaching is not a cure » (Biesta 2007, 8). Le passage de savoirs théoriques d'un champ disciplinaire à un autre peut certainement soulever des débats (p. ex., introduction critiquée de la pratique fondée sur les données probantes issue de la médecine dans les professions de la psychologie, de l'éducation et du travail social; Berg et Slaattelid 2017; Biesta 2007; Couturier et Carrier 2003). De tels affrontements de perspectives se font vraisemblablement encore plus fréquents dans une profession pluridisciplinaire par essence.

En travail social, cette concurrence des référents et des doctrines renforcerait « la méfiance des travailleurs sociaux pour toute théorisation, pour toute prise de distance avec le concret immédiat. Toujours la même attitude ambiguë : à la fois fascination et rejet du savoir universitaire » (Ravon et Ion 2012, 86). D'un côté, le développement de connaissances scientifiques constitue une voie d'accès à la reconnaissance des professions du travail social, qui ont une position relativement faible dans la distribution des pouvoirs, des prestiges et des revenus au sein de la société (Couturier et Carrier 2003). De l'autre, les intervenant·es voient leurs pratiques comme étant davantage de l'ordre de l'art et s'apprenant « sur le tas » (Couturier et Carrier 2003; Ravon et Ion 2012). Ce clivage entre les activités de terrain et le développement de connaissances scientifiques a été observé aussi en orthophonie, où, par exemple, les étudiant·es se destinent en majorité exclusivement au volet clinique de la profession, avec une minorité s'intéressant à la recherche (Prud'Homme 2006).

Ainsi, les savoirs issus directement des sciences de l'orthophonie, comme ceux issus directement du travail social, restent marginaux par rapport aux savoirs empruntés, ce qui conduit à leur instabilité : « c'est parce que ces savoirs sont extérieurs [au travail social ou à l'orthophonie] qu'ils demeurent critiquables et qu'on peut très facilement s'en débarrasser, pour en endosser de

nouveaux » (Ravon et Ion 2012, 86). Je vois, en l'instabilité des savoirs dans une profession pluridisciplinaire comme l'orthophonie, un argument additionnel en faveur de l'indissociabilité des rôles d'*expert-e* et d'*érudit-e* : l'engagement par rapport à l'apprentissage professionnel est indispensable pour offrir des services adéquats lorsque les savoirs à la base de la pratique sont susceptibles d'évoluer à toute allure.

Par ailleurs, tandis que je réfléchis au futur de l'orthophonie, je trouve fascinant de constater que les professions du travail social ont réussi à intégrer des savoirs de la psychologie et des savoirs de la sociologie (Ravon et Ion 2012). Après tout, ces deux disciplines peuvent sembler difficiles à concilier puisqu'elles orientent leurs regards dans des directions opposées, l'une axée sur les comportements de l'individu (que sa situation sociale peut aider à éclairer), l'autre axée sur la société et les phénomènes qui s'y rattachent (que le vécu individuel peut aider à éclairer) (Pires 1997). L'orthophonie s'inscrit typiquement dans un modèle comportemental. Le concept d'orthophonie communautaire (Courteau 2017), qui unit les services traditionnels d'évaluation et d'intervention de l'individu à des services en promotion d'un bon développement de la communication et en prévention de l'apparition de difficultés de communication dans une communauté donnée, est peut-être ce qui se rapproche le plus à ce jour d'un regard axé vers les phénomènes sociaux dans la profession. Les orthophonistes pourraient vraisemblablement développer des pratiques « d'orthophonie sociétale » et revendiquer un rôle d'évaluation et d'intervention auprès des milieux sociaux (organisationnels, institutionnels, etc.), voire de la société, pour en améliorer la santé communicationnelle.



En somme, les rôles d'*expert-e* et d'*érudit-e* de l'orthophoniste s'avèrent indissociables. D'une part, les orthophonistes, dans leur rôle d'*expert-e*, sont tenu·es d'utiliser les données probantes et leur jugement clinique pour guider leur pratique, ce qui requiert qu'ils s'informent et interprètent les informations disponibles conformément à leur rôle d'*érudit-e*. La recherche qualitative peut aider en ce sens : elle alimente les orthophonistes de connaissances sur les situations vécues par leurs client·es; elle les aide à mieux comprendre leurs jugements cliniques; et elle leur offre des arguments pour en défendre la valeur. D'autre part, les orthophonistes, en tant qu'*expert-es* cliniques, peuvent mettre au défi les connaissances théoriques lorsqu'elles ne conviennent pas aux situations rencontrées sur le terrain, contribuant à leur développement en lien avec leur rôle d'*érudit-e*. Enfin, une difficulté au sein d'une profession pluridisciplinaire comme l'orthophonie est l'instabilité des savoirs, qui accentue l'importance d'un *engagement envers l'apprentissage professionnel pour fournir des services adéquats* à la lumière des connaissances actuelles dans le domaine.

5. En relation au système et à la société : ouvrir sensiblement la voie aux client·es

Rôle de défenseur : Les orthophonistes utilisent leur expertise pour faire progresser la santé et le bien-être d'un client en le guidant dans le système de soins de la santé ou de l'éducation, et lui permettant d'accéder à de l'aide et à des ressources en temps opportun (ACOROA 2018, 14).

Rôle de gestionnaire : Les orthophonistes participent à part entière aux décisions relatives aux services fournis aux clients dans le système de la santé ou de l'éducation. Le processus de décision peut impliquer des collègues de travail, des ressources et des tâches organisationnelles (ACOROA 2018, 16).

La description ci-dessus du rôle de défenseur·euse de l'orthophoniste semble mettre de l'avant sa fonction d'intermédiaire entre les client·es et le système de soins de la santé ou de l'éducation, avec le *savoir-faire administrativo-relationnel* que cette fonction requiert (Ravon et Ion 2012). Il est vrai que les client·es se retrouvent parfois dans des situations où iels ont besoin d'aide et de ressources, sans avoir les compétences nécessaires pour y accéder de façon autonome (Astier 2009). Ces défis d'accès à l'aide et aux ressources appropriées peuvent être dus précisément aux problématiques, de communication par exemple, pour lesquels iels consultent en orthophonie. Devant de telles situations, la responsabilité de défenseur·euse de l'orthophoniste, ouvrant la voie aux client·es au sein d'un système complexe fait d'administrations représentées par des individus, prend toute son importance. En effet, l'orthophoniste a une *expertise* lui permettant de rester à l'affût des besoins de ses client·es, puis de naviguer ce système de sorte que les besoins identifiés chez ceux-ci puissent être considérés et, potentiellement, apaisés.

Le rôle de défenseur·euse de l'orthophoniste semble connexe à son rôle de gestionnaire, lequel intervient aussi entre ses client·es et le système de la santé et de l'éducation, mais d'une façon qui rejoint davantage une *mission de représentation* (Ravon et Ion 2012). En effet, dans leur rôle de gestionnaire, les orthophonistes peuvent servir de « porte-parole amplificateurs de voix qui auraient du mal à se faire entendre » auprès des institutions de la santé ou de l'éducation (Ravon et Ion 2012, 76), leurs client·es ayant parfois littéralement des défis vocaux, sinon de communication ou de déglutition. Les orthophonistes peuvent aussi, en tant qu'*expert·es* reconnu·es ou supposé·es de certaines catégories de personnes, attirer l'attention à leurs clientèles et négocier les rapports de celles-ci aux institutions (Ravon et Ion 2012).

Une composante apparaît absente des descriptions des rôles de défenseur·euse et de gestionnaire des orthophonistes, soit la médiation entre les clientèles et la société à laquelle iels

participent pourtant inévitablement. La recherche en sciences sociales peut aider à prendre conscience des manières dont les orthophonistes négocient les rapports des populations qu'ils desservent à la société. Elle examine les processus par lesquels les catégories de personnes à réhabiliter sont produites et reproduites, notamment par les professionnel·les de la santé, remarquant par exemple :

Les agents qui sont chargés de la mission de traiter cette déviance qu'est le handicap en fixent la définition et en enrichissent l'imagerie, en délimitent les frontières et en raffinent la compréhension, s'en approprient l'administration et la médicalisation. Ils lui donnent une existence matérielle en l'inscrivant dans des classifications nosologiques, en l'examinant sous l'angle d'une génétique, d'une écologie, d'une épidémiologie et d'une clinique, en proposant des solutions thérapeutiques, préventives ou curatives et en développant des technologies destinées à résorber ou appareiller les handicaps. (Cefaï 2017, 122)

Ainsi, la communauté orthophonique, peut-être à son insu, produit et rend « réelles » des catégories de personnes à traiter et renforce la nécessité de leur traitement.

Les orthophonistes, comme d'autres professionnel·les de la santé, se trouvent dans une position délicate : leur existence même comme *expert-es qui traitent des « troubles » chez des individus* est susceptible de renforcer les discours culturels de « déviance » à propos des catégories de personnes traitées, lesquels peuvent être stigmatisants. En contrepartie, les orthophonistes, conscient·es de cela, peuvent choisir d'utiliser les connaissances et le pouvoir associé à leur profession pour soutenir l'émancipation de leurs client·es (*expert-e*), pour leur tailler une place dans la société (*gestionnaire*) et pour les aider à y accéder (*défenseur·euse*). En ce sens, les orthophonistes, comme individus et comme groupe, adoptent qu'ils le veulent ou non une position plus ou moins oppressive et plus ou moins émancpatrice vis-à-vis de leurs clientèles. Ces deux positions peuvent coexister (Garland-Thomson 2002) et modifier, dans leur danse, les rapports entre les clientèles de l'orthophoniste et la société.



En somme, l'orthophoniste a une *expertise* lui permettant d'ouvrir la voie à ses client·es dans le système, complexe, des soins de la santé et de l'éducation (responsabilité de *défenseur·euse*) et d'attirer l'attention à ses clientèles et à leurs besoins dans les prises de décision ayant cours au sein de ce système (responsabilité de *gestionnaire*). Les orthophonistes, du moins au Canada, semblent omettre de se reconnaître une responsabilité de médiation entre leurs clientèles et la société, bien que cette médiation ait lieu qu'elle soit nommée ou non. Pour être responsable dans ses rôles de *défenseur·euse* et de *gestionnaire* étendus à la société, l'orthophoniste doit reconnaître sa participation comme *expert·e* dans la production des catégories de personnes et se positionner vis-à-vis de certains discours culturels, notamment ceux sur la « déviance ».

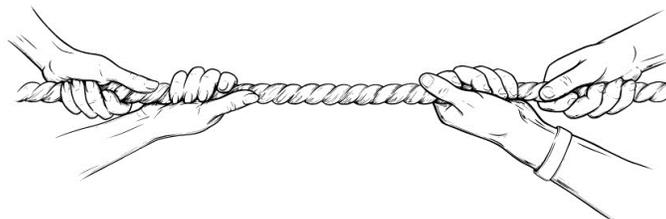
CONCLUSION

Ce travail m'a permis d'explorer les tensions entre le rôle d'expert·e des orthophonistes et les autres rôles qu'ils se reconnaissent à partir d'écrits du domaine de la sociologie. Mes constats sont les suivants. (1) L'*expertise* professionnelle des orthophonistes peut donner l'impression erronée que leurs perspectives sont objectives et « plus vraies » que celles de leurs client·es. Elle peut aussi devenir un objet à défendre dans des contextes qui lui sont défavorables. Dans ces deux cas, elle peut nuire aux *soins en partenariat avec les client·es* et au *consentement éclairé* malgré un souci de *professionnalisme* – et parfois compte tenu de ce dernier quand les dispositifs de contrôle augmentent au détriment du sens des pratiques. (2) Malgré les objets de leur *expertise*, les orthophonistes n'ont pas forcément des habiletés de *communication* hors pair et peuvent négliger des aspects importants de la communication, comme ceux affectifs et temporels, qui sont moins tangibles que les mots. (3) En contexte de travail avec autrui, des incohérences et des divergences émergent inévitablement entre les perspectives individuelles, en lien avec l'*expertise* de chacun·e. Elles peuvent être assumées et coexister, dans un esprit de tolérance, pour permettre une *collaboration* efficace. (4) L'*érudition* s'avère indissociable de l'*expertise*, surtout dans une profession pluridisciplinaire aux savoirs instables. La recherche qualitative et les perspectives sociologiques semblent d'ailleurs prometteuses pour soutenir et porter l'expertise orthophonique plus loin. (5) Enfin, les orthophonistes jouent un rôle de médiation (*défense* et *gestion*) entre leurs clientèles, le système de la santé et de l'éducation et, même s'ils ne la nomment pas, la société. Leur participation comme *expert·es* à la production de catégories de personnes « déviantes » doit être consciente pour remplir responsablement ce rôle à l'échelle de la société.

L'espoir avec ces constats (représentés sous forme de schémas récapitulatifs en annexe) est de mettre en évidence la grande complexité de la profession d'orthophoniste et, en même temps,

de donner quelques objets de réflexion concrets et utiles à la communauté orthophonique pour imaginer le futur de sa profession et pour tendre délibérément vers lui. Après tout, l'identité professionnelle est dynamique et fluide, au même titre que les identités « traitées » en orthophonie (Garland-Thomson 2002). Si la discipline sociologique éclaire ici la profession d'orthophoniste, cette rencontre interdisciplinaire pourrait aller dans l'autre sens aussi. Dans mes lectures (p. ex., Van Campenhoudt, Franssen, et Cantelli 2009), j'ai effectivement repéré des lieux où l'orthophonie pourrait alimenter les réflexions et contribuer à éviter, par exemple, l'exclusion injuste de certains publics dans les recherches du domaine de la sociologie. Des rapprochements entre l'orthophonie et la sociologie et, plus précisément, de la coproduction de connaissances seraient certainement pertinents pour découvrir de nouveaux horizons scientifiques et pour adapter nos professions respectives aux enjeux sociaux contemporains.

ANNEXE : SCHÉMAS RÉCAPITULATIFS



ZONES DE TENSION

Expert·e

Importance accordée à l'objectivité, parfois considérée comme permettant à l'orthophoniste une interprétation « plus vraie » de la réalité

Complexité, indétermination et essence indicible de la pratique orthophonique

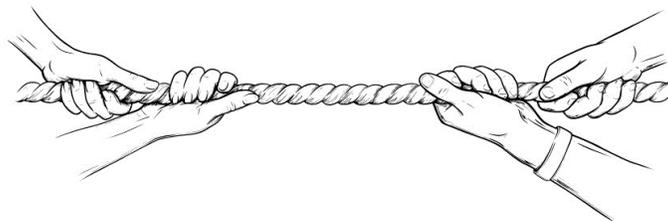
Manque de reconnaissance de l'expertise orthophonique, associé à des conditions de travail défavorables au bien-être des professionnel·les

Consentement éclairé, soins en partenariat, professionnalisme

Accueil des réalités subjectives des client·es et de l'orthophoniste (reconnaissance que plusieurs interprétations et solutions sont possibles et valables)

Soumission à des exigences axées entre autres sur la productivité de la pratique

Place centrale du bien-être et des intérêts des client·es nécessaire afin d'accomplir un travail de qualité et porteur de sens



ZONES DE TENSION

Expert·e

Expertise orthophonique liée à la communication, et pratique clinique auprès de personnes « déficitaires » sur ce plan

Responsabilité perçue de l'expert·e à rester en contrôle des situations cliniques et de ses sentiments

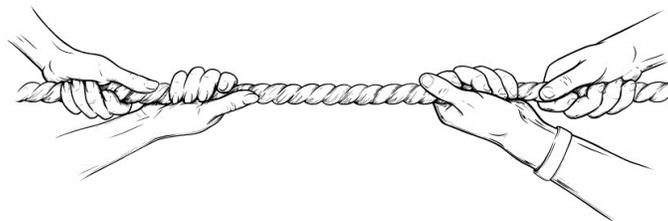
Efficacité thérapeutique souvent attribuée aux activités d'évaluation et d'intervention

Communicateur·ice

Part de responsabilité de l'orthophoniste dans les défis de communication rencontrés avec ses client·es

Modalités de communication disponibles au-delà du langage, dont la communication émotionnelle (non verbale et involontaire)

Importance de la relation, qui transcende l'espace-temps des séances, dans l'efficacité thérapeutique



ZONES DE TENSION

Expert·e

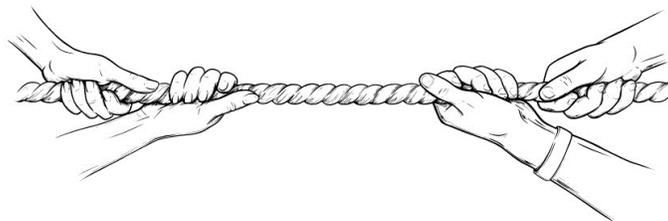
Perspective propre à l'orthophoniste sur les problématiques rencontrées compte tenu de ses connaissances sur la communication et la déglutition

Pratique professionnelle visant à accompagner les client·es dans le développement de leur autonomie

Collaborateur·ice

Nécessité de répartir les responsabilités entre les membres de l'équipe, qui s'intéressent parfois aux mêmes problématiques

Nécessité que les client·es jouent un rôle actif dans leurs soins, ce qu'ils ne veulent/ne peuvent pas toujours jouer



ZONES DE TENSION

Expert·e

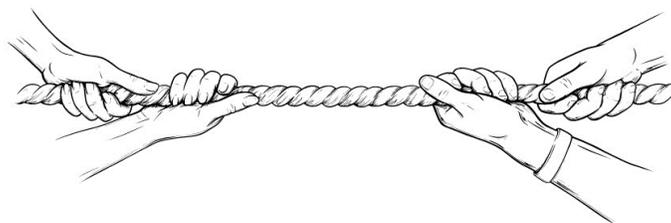
Expertise liée à la communication et à la déglutition, des habiletés complexes et chargées de sens dans la vie des client·es

Qualité des soins qui repose sur l'application de savoirs théoriques actuels en contexte clinique

Érudit·e

Hiérarchisation tenace des « preuves scientifiques » dans les disciplines du monde médical au détriment de la recherche qualitative

Savoirs théoriques instables et en affrontement constant, car largement empruntés



ZONES DE TENSION

Expert·e

Production et renforcement de catégories de personnes à traiter en orthophonie compte tenu de leur « trouble »

Défenseur·e, gestionnaire

Accompagnement des client·es dans la création et l'accès à une position sociale satisfaisante, soit dans leur émancipation vis-à-vis des catégories établies

RÉFÉRENCES

- Alliance canadienne des organismes de réglementation en orthophonie et en audiologie. 2018. « Profil de compétences nationales pour l'orthophonie ». 2018. <https://caaspr.ca/sites/default/files/2019-08/Profil-de-compétences-nationales-pour-lorthophonie.pdf>.
- Astier, Isabelle. 2009. « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale ». *Informations sociales* 152 (2): 52-58. <https://doi.org/10.3917/inso.152.0052>.
- Barthe, Yannick, Damien de Blic, Jean-Philippe Heurtin, Éric Lagneau, Cyril Lemieux, Dominique Linhardt, Cédric Moreau de Bellaing, Catherine Rémy, et Danny Trom. 2013. « Sociologie pragmatique : mode d'emploi ». *Politix* 103 (3): 175-204. <https://doi.org/10.3917/pox.103.0173>.
- Beecham, Ruth. 2004. « Power and practice: A critique of evidence-based practice for the profession of speech-language pathology ». *Advances in Speech Language Pathology* 6 (2): 131-33. <https://doi.org/10.1080/14417040410001708576>.
- Berg, Henrik, et Rasmus Slaattelid. 2017. « Facts and values in psychotherapy—A critique of the empirical reduction of psychotherapy within evidence-based practice ». *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 23 (5): 1075-80. <https://doi.org/10.1111/jep.12739>.
- Biesta, Gert. 2007. « Why “what works” won't work: Evidence-based practice and the democratic deficit in educational research ». *Educational Theory* 57 (1): 1-22. <https://doi.org/10.1111/j.1741-5446.2006.00241.x>.
- Cara, Chantal, Jérôme Gauvin-Lepage, Hélène Lefebvre, Dimitri Létourneau, Marie Alderson, Caroline Larue, Janique Beauchamp, et al. 2016. « Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : perspective novatrice et pragmatique ». *Recherche en soins infirmiers* 125 (2): 20-31. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0020>.
- Cefaï, Daniel. 2017. « Handicap visible : de la reconnaissance du stigmate et du déni de déviance à la revendication de droits ». *Alter* 11 (2): 113-33. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2016.09.006>.
- Constantino, Christopher Dominick, Walter H. Manning, et Susan Naomi Nordstrom. 2017. « Rethinking Covert Stuttering ». *Journal of Fluency Disorders* 53 (septembre): 26-40. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.06.001>.
- Costa, Daniel S J, Rebecca Mercieca-Bebber, Stephanie Tesson, Zac Seidler, et Anna-Lena Lopez. 2019. « Patient, client, consumer, survivor or other alternatives? A scoping review of preferred terms for labelling individuals who access healthcare across settings ». *BMJ Open* 9 (3): e025166. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025166>.
- Côté, Émilie. 2021. « L'orthophonie en temps de pandémie ». *La Presse*, 30 avril 2021, sect. Santé. <https://www.lapresse.ca/societe/sante/2021-04-30/l-orthophonie-en-temps-de-pandemie.php>.
- Courteau, Émilie. 2017. *Le concept d'orthophonie communautaire - Cadre théorique et pratique - Vers un continuum de services concerté en développement de la communication et du langage en petite enfance*. Le Moyne (Longueuil, Québec): Groupe de Travail Montréalien – Orthophonie et Développement du Langage. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2753986>.
- Couturier, Yves, et Sébastien Carrier. 2003. « Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent ». *Nouvelles pratiques sociales* 16 (2): 68-79. <https://doi.org/10.7202/009843ar>.

- Couturier, Yves, et Mylène Salles. 2013. « La didactique professionnelle dans les métiers adressés à autrui. Légitimer l'indicible ou didactiser le faire ? » *Travail et Apprentissages* 11 (1): 28-40. <https://doi.org/10.3917/ta.011.0028>.
- Dubéchet, Patrick. 2006. « Entre sociologie et intervention sociale. Pour la coproduction d'un savoir ». *Informations sociales* 135 (7): 24-31. <https://doi.org/10.3917/inso.135.0024>.
- Favret-Saada, Jeanne. 1990. « Être affecté ». *Gradhiva: revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie* 8 (1): 3-9. <https://doi.org/10.3406/gradh.1990.1340>.
- Ferguson, Alison. 2009. « The discourse of speech-language pathology ». *International Journal of Speech-Language Pathology* 11 (2): 104-12. <https://doi.org/10.1080/17549500802412651>.
- Ferguson, Alison, et Elizabeth Armstrong. 2004. « Reflections on speech-language therapists' talk: Implications for clinical practice and education ». *International Journal of Language & Communication Disorders* 39 (4): 469-507. <https://doi.org/10.1080/1368282042000226879>.
- Garland-Thomson, Rosemarie. 2002. « Integrating disability, transforming feminist theory ». *NWSA Journal* 14 (3): 1-32. <https://www.jstor.org/stable/4316922>.
- Giguère, Valérie, Marie-Eve Beaulieu, Amélie Bleau, et Cléo St-Martin. 2023. « Il est temps d'agir contre l'attente en orthophonie! » *Le Devoir*, 1 juin 2023. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/792125/idees-il-est-temps-d-agir-contre-l-attente-en-orthophonie>.
- Glor, Eleanor D. 2001. « Has Canada adopted the new public management? » *Public Management Review* 3 (1): 121-30. <https://doi.org/10.1080/14616670010009414>.
- Greenhalgh, Trisha, Ellen Annandale, Richard Ashcroft, James Barlow, Nick Black, Alan Bleakley, Ruth Boaden, et al. 2016. « An open letter to The BMJ editors on qualitative research ». *BMJ (Clinical research ed.)* 352 (février): i563. <https://doi.org/10.1136/bmj.i563>.
- Hersh, Deborah, David Azul, Clare Carroll, Rena Lyons, Ruth Mc Menamin, et Jemma Skeat. 2022. « New perspectives, theory, method, and practice: Qualitative research and innovation in speech-language pathology ». *International Journal of Speech-Language Pathology* 24 (5): 449-59. <https://doi.org/10.1080/17549507.2022.2029942>.
- Hochschild, Arlie Russell. 2003. « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale ». *Travailler* 9 (1): 19-49. <https://doi.org/10.3917/trav.009.0019>.
- Hogarth, Rana A. 2017. *Medicalizing blackness: Making racial difference in the atlantic world, 1780-1840*. University of North Carolina Press. https://www.jstor.org/stable/10.5149/9781469632889_hogarth.
- Joly, Aline. 2013. « La fonction pragmatique du langage est-elle améliorée chez la personne aphasique par une pratique en groupe du jeu de rôle en orthophonie? » Mémoire, Université de Lorraine.
- Maunier, Sophie. 2019. « Données probantes : quel rôle pour la recherche qualitative? » *Recherches qualitatives* 38 (1): 71-87. <https://doi.org/10.7202/1059648ar>.
- Michalon, Sonia, Jean-Pierre Serveaux, et Philippe Allain. 2014. « Communiquer avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer: apports des neurosciences cognitives et affectives ». Dans *Emotion, Cognition, Communication*, 285-318. Ortho Edition.
- Muir-Derbyshire, Stephanie. 2021. « Speech language pathologists (SLPs) enactment of dysphagia education and counselling in TBI inpatient rehabilitation. » Thèse, University of Western Ontario. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/8029>.
- Mykhalovskiy, Eric, Joan Eakin, Brenda Beagan, Natalie Beausoleil, Barbara E. Gibson, Mary Ellen Macdonald, et Melanie J. Rock. 2018. « Au-delà du minimalisme : pour une

- recherche qualitative critique et théorique en santé publique ». *Revue canadienne de santé publique* 109 (5-6): 613-21. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0154-2>.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. 2022. « Résumé du jugement Ordre des diététistes du Québec c. CHUM ». 7 décembre 2022. <https://www.ooaq.qc.ca/espace-membres/nouvelles/resume-jugement-opdq-chum/>.
- Orthophonie et Audiologie Canada. 2016. « Code de déontologie ». https://www.sac-oac.ca/wp-content/uploads/2023/01/2016_sac_Code_of_Ethics_fr.pdf.
- Paillé, Pierre, et Alex Mucchielli. 2012a. « Chapitre 9 - L'analyse en mode écriture ». Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 183-206. Collection U. Paris: Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0183>.
- . 2012b. « Chapitre 11 - L'analyse thématique ». Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 231-314. Collection U. Paris: Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>.
- Pires, Alvavo P. 1997. « Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique ». Dans *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, par Jean Poupart et Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. Montréal: G. Morin.
- Prud'Homme, Julien. 2006. « Histoire de l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, 1956-2002. Des luttes professionnelles à l'épanouissement disciplinaire ». Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2532483>.
- Ravon, Bertrand, et Jacques Ion. 2012. « Pratiques, savoirs et professionnalité ». Dans *Les travailleurs sociaux*, 8e éd.:71-96. Repères. Paris: La Découverte. <https://www.cairn.info/les-travailleurs-sociaux--9782707174475-p-71.htm>.
- Ryan, Christian, et Cairtriona Ní Charragáin. 2010. « Teaching emotion recognition skills to children with autism ». *Journal of Autism and Developmental Disorders* 40 (12): 1505-11. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1009-8>.
- Scharnitzky, Patrick. 2018. *Les paradoxes de la coopération: Comment rendre le collectif (vraiment) intelligent*. Editions Eyrolles.
- Société canadienne d'évaluation. 2020. « Guide de la Société canadienne d'évaluation pour une éthique de l'évaluation ». <https://evaluationcanada.ca/fr/carriere/guide-en-matiere-d-ethique.html>.
- Spurlin, W. J. 2019. « Queer theory and biomedical practice: The biomedicalization of sexuality/the cultural politics of biomedicine ». *Journal of Medical Humanities* 40 (1): 7-20. <https://doi.org/10.1007/s10912-018-9526-0>.
- Van Campenhoudt, Luc, Abraham Franssen, et Fabrizio Cantelli. 2009. « La méthode d'analyse en groupe ». *SociologieS*, novembre. <https://doi.org/10.4000/sociologies.2968>.
- Ward, Steven C. 2011. « The machinations of managerialism: New public management and the diminishing power of professionals ». *Journal of Cultural Economy* 4 (2): 205-15. <https://doi.org/10.1080/17530350.2011.563072>.
- Zielinski, Agata. 2011. « La vulnérabilité dans la relation de soin. "Fonds commun d'humanité" ». *Cahiers philosophiques* 125 (2): 89-106. <https://doi.org/10.3917/caph.125.0089>.