



HAL
open science

Le diagnostic orthophonique comme clé de voûte du bilan?

Frédérique Brin-Henry

► **To cite this version:**

Frédérique Brin-Henry. Le diagnostic orthophonique comme clé de voûte du bilan?. "Le Bilan orthophonique a sa Place: Mesurer, Comprendre, Soigner ", JOURNEE DE L'ASSOCIATION DE FORMATION CONTINUE DE L'ECOLE D'ORTHOPHONIE DE NANTES., Dec 2012, NANTES, France. hal-01083111

HAL Id: hal-01083111

<https://hal.science/hal-01083111>

Submitted on 15 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

JOURNEE DE L'ASSOCIATION DE FORMATION CONTINUE DE L'ECOLE D'ORTHOPHONIE DE NANTES

Faculté de Médecine – 1, rue Gaston Veil – 44035 – NANTES Cédex – AMPHI 09

« Le Bilan a sa Place : Mesurer, Comprendre, Soigner »

Texte de la conférence invitée :

Le diagnostic orthophonique comme clé de vôûte du bilan?

Brin-Henry F., Université de Lorraine, ATILF, UMR 7118¹

Introduction :

Le bilan orthophonique est la première étape permettant une rencontre entre un(e) orthophoniste et son patient. Dès l'origine de l'orthophonie, l'évaluation et la dénomination des troubles du langage et de la communication du patient ont été au cœur de la démarche des praticiens. Les prémices de l'exercice de l'orthophonie ont servi de creuset pour une démarche clinique rigoureuse se fondant sur la mise au point d'hypothèses sur le fonctionnement cognitif et linguistique du patient, sous-tendues par les conceptions contemporaines de la « bonne santé » linguistique et communicationnelle. Dans cette démarche, la phase de diagnostic représente dans le bilan une étape indispensable mettant en correspondance les pathologies et les termes pour décrire la réalité du patient.

Or pendant longtemps, le terme de diagnostic a été réservé aux seuls médecins. Le Larousse définit le terme de « diagnostic » comme suit :

« Temps de l'acte médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint ».

Le Littré maintient l'acception liée à la médecine et ajoute la notion de différenciation et de frontières entre les diverses maladies :

« Terme de médecine. Art de reconnaître les maladies par leurs symptômes et de les distinguer les unes des autres. Le diagnostic différentiel. Le diagnostic de cette maladie. »

Plus précisément, en donnant des indications sur un plan méthodologique pour la pose du diagnostic, le dictionnaire médical des Editions Masson (ici dans sa 7^{ème} édition), va plus loin dans l'implication du patient dans ce diagnostic :

« Diagnostic : détermination de la nature d'une maladie, d'après les renseignements donnés par le malade, l'étude de ses signes et symptômes, les résultats des épreuves de laboratoire, etc. » (Manuila, Manuila et Nicoulin, 1996 :118).

¹ 44, avenue de la Libération, BP 30687 - 54063 Nancy Cedex.
Orthophoniste au Centre Hospitalier de Bar-le-Duc (55)
Directrice des Etudes de l'Ecole d'Orthophonie de Lorraine.
Merci d'adresser toute correspondance à fbhenry@orange.fr

S'en suit dans le même dictionnaire une liste de diagnostics différents, mettant en évidence les spécificités de chacun d'entre eux : diagnostics biologique, clinique (diagnostic établi sans recours à des investigations de laboratoire), différentiel, étiologique, radiologique, sérologique.

Le trésor de la langue française informatisé, TLFi (<http://atilf.atilf.fr/>) propose une définition médicale qui a ouvert également à un usage dans la langue courante. La médecine montre que le diagnostic fait suite à un processus d'identification, dans une démarche attribuant une qualité à un comportement, et produit une forme de prédiction quant à la suite des événements.

« MÉD., usuel. Art d'identifier une maladie d'après ses signes, ses symptômes. Par analogie : Conclusion, généralement prospective, faisant suite à l'examen analytique d'une situation souvent jugée critique ou complexe. (Quasi-) synonym. jugement »

Le diagnostic orthophonique :

Au XXe siècle, plusieurs professions paramédicales se sont vu reconnaître la capacité à établir un diagnostic ; on parle à présent de diagnostic infirmier, de diagnostic kinésithérapique, et depuis 2002 de diagnostic orthophonique. Cette reconnaissance permet d'ouvrir une place essentielle au praticien paramédical dans le système de santé, face au patient, qui est de l'ordre de la responsabilité du professionnel au sein d'un système de soins et face à une personne affectée dans sa communication et/ou les fonctions d'alimentation. Souvent revendiqué par les organisations professionnelles, certains collègues restent cependant parfois peu enclins à l'utilisation de ce concept de diagnostic, comme par exemple les infirmiers, dans ce qu'il peut être considéré comme trop contraignant au détriment d'un processus relationnel de l'ordre du soin à la personne (voir par exemple Casey et Hendricks, 2005). Or rigueur diagnostique ne signifie pas que le patient est oublié dans le processus, bien au contraire. Les conceptions récentes en matière d'Education Thérapeutique du Patient, depuis la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire de 2009² montrent ainsi toute l'importance de l'implication du patient dans les différentes étapes menant à la bonne gestion de sa santé ou plus exactement de sa maladie.

Le diagnostic ne se résume donc pas à une simple conclusion fondée sur des mesures évaluant un fonctionnement ou l'intégrité d'un système, mais procède bien d'un processus d'identification, d'interprétation de signes menant à la labellisation d'une affection et attribuant à une personne un statut pathologique.

Ainsi, depuis 2002 pour ce qui concerne l'orthophonie française, le médecin traitant prescrit un bilan initial en précisant « avec rééducation si nécessaire ». A l'issue de son bilan, l'orthophoniste doit poser un diagnostic orthophonique et en rendre compte au patient (ou à son référent) et au médecin prescripteur, tout en décidant lui-même, en lien avec le patient, du nombre de séances nécessaires au traitement et à la prise en charge orthophonique du trouble. Ce diagnostic orthophonique fait partie des acquis professionnels officiellement reconnus par les ministères de tutelle depuis 2002³.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

³ Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, modifié par le décret 2004-802

Cette étape diagnostique peut se concevoir en deux temps. En effet, la première partie de ce travail peut être considérée comme l'aboutissement d'un processus le plus souvent hypothéticodéductif, comme c'est le cas dans bon nombre de processus de recherches sociales et linguistiques. L'orthophoniste est à même de décrire et de comprendre dans une dynamique d'observation et de recherche de conclusions, la façon dont « fonctionne » son patient, c'est-à-dire les performances mais aussi les procédures qui les sous-tendent et les stratégies éventuelles mises en place pour contourner les difficultés. Dans un deuxième temps, qui reste souvent optionnel et parfois implicite, le diagnostic est également l'issue d'un processus onomasiologique à part entière, dépendant de la terminologie (Dubois et al, 2007:481) et qui induit la mise en place d'une démarche thérapeutique, répondant à des contraintes individuelles et sociales. Cette démarche diagnostique impose une dimension supplémentaire de l'observateur sur sa propre pratique. L'orthophonie actuelle passe de la description de l'objet vers une description des mécanismes, se comportant ainsi comme une science expérimentale à partir de la formulation d'hypothèses.

Cl. Bernard (1865) montre qu'il existe une différence entre une phase d'observation et une attitude d'expérimentation, l'implication du chercheur va nécessairement porter à conséquence. En orthophonie, il existe dans la phase diagnostique une position épistémique de l'orthophoniste qui sélectionne un terme puis écrit son compte-rendu. Le professionnel utilise une modalité subjective dans sa rédaction ; il décrit ce qu'il pense de la personne qui est venue le consulter, et des résultats de l'entretien et de l'évaluation. Donc il adapte son discours en jouant sur les modalisations syntactico-sémantiques dans le choix terminologique auquel il est confronté. Ces modélisations sont également observables dans certains cas où il s'agit également d'une démarche commune, collégiale. Dans les conférences de consensus et dans les lois relatives au droit des patients (loi 2005-370 du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de la vie, dite loi Léonetti), il est établi qu'une décision collégiale représente une assurance que le choix concernant une option décisionnaire pour la santé du patient est le plus ajusté eu égard aux connaissances établies. Le choix terminologique opéré devra par conséquent être adapté à des onto-terminologies diverses, et contribuer à l'établissement de relations interdisciplinaires.

La pratique orthophonique est fortement liée à l'étape inaugurale du bilan, en raison de la convention qui lie cette discipline à la sécurité sociale, mais aussi historiquement et naturellement dans la façon de procéder des praticiens. Ce bilan sert de base à l'analyse des troubles présentés par le patient, et conditionne la poursuite de la prise en charge. En effet, selon les résultats du bilan, l'orthophoniste soulignera et établira la présence ou non d'un trouble du langage et de la communication. La présence d'une pathologie diagnostiquée par le praticien engagera le processus de mise en place d'une intervention ou d'une rééducation, selon les modalités prévues par la convention du professionnel avec la Sécurité Sociale. L'enjeu de la pose du diagnostic, qui concourt au dépistage et aux interventions de rééducation, est donc important.

Ainsi l'orthophoniste recherche au travers du bilan, par un processus hypothéticodéductif et dans une démarche dynamique, à mettre en place sa représentation des compétences de communication du patient, sans se limiter à une liste non exhaustive d'erreurs. C'est au cours du processus de pose du diagnostic que l'orthophoniste fait appel à ses connaissances et son savoir-faire clinique, grâce auquel une véritable relation thérapeutique peut se mettre en place. On pourra ainsi considérer que le bilan orthophonique est lui-même un acte de langage, donnant une force performative (selon Austin) à l'établissement d'un diagnostic positif de pathologie du langage.

Le diagnostic orthophonique au sein du bilan :

Le bilan représente une première étape importante dans la prise en charge et dans l'intervention (Tricot, 2003), dans la possibilité offerte dans la réhabilitation du patient, par sa dimension d'information envers le patient, mais aussi en direction de son entourage et des professionnels de santé impliqués. Kremer et Lederlé (2009:83) donnent au bilan orthophonique une spécificité en cinq dimensions :

- Acte de diagnostic orthophonique
- Acte de pronostic orthophonique
- Acte de prévention et de dépistage
- Acte de démarrage de la prise en charge orthophonique
- Acte d'information.

Ce bilan est une étape importante du processus d'identification et de labellisation des troubles orthophoniques ; il s'inscrit dans une démarche relationnelle et linguistique spécifique, que l'orthophoniste doit construire avec son patient. Au centre de ce bilan se trouve la phase de diagnostic orthophonique, qui se pose avec toute l'attention nécessaire. Cette phase est formalisée par la rédaction du compte-rendu de bilan orthophonique.

Classiquement, les orthophonistes utilisent au cours du bilan des séries d'épreuves, leur permettant de compléter les observations cliniques indispensables à une bonne évaluation des difficultés du patient. Ces épreuves font souvent partie de tests standardisés ou non (même si en Belgique une liste fermée de tests utilisables est fournie par les autorités). L'intérêt de la standardisation, de la normalisation par rapport à une norme de fonctionnement chez une population « ordinaire » est généralement adopté explicitement par les personnels paramédicaux. Sans revenir sur les notions de fiabilité et de fidélité des tests et des épreuves utilisées (Estienne et Piérart, 2006), il me semble important de mentionner simplement l'adoption quasi systématique de l'équation : *si -2 écarts types = pathologie*. La plupart des résultats obtenus par le patient sont cotés par l'orthophoniste en fonction d'une moyenne de résultats obtenus (par rapport à une population témoin, ou à une population pathologique de référence). Si ces résultats s'écartent de plus de deux écarts-types de cette moyenne, il est généralement admis que ces résultats sont pathologiques.

D'autres paramètres peuvent influencer la pose du diagnostic. L'informatisation, de plus en plus fréquente pour une partie des tests orthophoniques, tente ainsi de prendre en compte la variable temporelle par le temps de réponse, et par conséquent la notion de « dynamique ». En février 2010, Marin-Curtoud, Rousseau et Gatignol, tous trois orthophonistes, justifient ainsi cette tendance ⁴:

« L'avancée des technologies, l'informatisation des outils d'évaluation rendent compte de la nécessité de considérer la variable temporelle comme élément diagnostique essentiel dans l'évaluation du langage ; de ce fait, elle permet d'envisager de nouvelles pistes de réflexion pour la pratique évaluative et la prise en charge thérapeutique. [...] Cette notion essentielle de ralentissement mental, à présent mesurable, nous paraît essentielle à considérer par les professionnels de santé en vue d'une meilleure évaluation du handicap et d'éventuels ajustements soit au niveau scolaire soit du poste de travail. »

⁴ L'orthophoniste n° 296 février 2010

Le diagnostic orthophonique permet, grâce à un certain nombre d'indices objectifs et empiriques, au travers de l'entretien avec le consultant et éventuellement avec l'aide de son entourage, d'établir, par un choix terminologique, si la personne est confrontée à des « difficultés qui seraient révélatrices d'un processus pathologique » (Delahaie, 2009 : introduction) et pour lesquelles une rééducation orthophonique se révélerait nécessaire.

Ce choix terminologique permet de sélectionner les étiquettes correspondant au diagnostic posé sur la condition du patient, appelées *diagnostic labels* par Plug et al (2010). Dans leur article, ces auteurs ont étudié les différences d'étiquetage, par le patient et par le médecin, d'une crise convulsive (qu'elle soit ou non causée par de l'épilepsie). Ainsi ils distinguent l'utilisation des étiquettes suivantes : *fit*, *attack*, en comparant leurs occurrences et leurs significations chez le patient et chez le médecin. Ils démontrent que cet étiquetage va bien au-delà d'une simple dénomination, et représente la validation d'un état de santé ou de pathologie au sein d'un dispositif d'énonciation bien particulier qu'est la consultation.

La terminologie orthophonique et la langue des orthophonistes sont constituées tout d'abord des mots de la langue française, organisés selon les modalités linguistiques, phraséologiques et discursives du français, soumis aux contraintes intra et extralinguistiques habituelles. Il faudra également y ajouter des termes de spécialité, et une organisation collocationnelle spécifique au domaine pour ce qui concerne le « jargon technique ». Les acceptions et les usages des niveaux de langue différents permettent de constituer une langue orthophonique particulière, une langue de spécialité, comprenant à la fois des termes du français courant mais également ceux d'une langue scientifique (Baylon et Mignot, 2005:330), comme par exemple des termes affixés (dysphonie), des composés (anosognosie) ou des collocations (retard de parole). On pourra alors isoler au cœur de cette langue orthophonique les termes diagnostiques, qui sont des unités terminologiques utilisées pour désigner les termes (aphasie) ou les collocations⁵ (trouble d'articulation) ayant servi à l'orthophoniste pour étiqueter les troubles ou difficultés mises en évidence au cours du bilan orthophonique. Ces termes peuvent être regroupés selon leur morphologie et également selon leur usage en lien avec une pathologie spécifique. Ils sont parfois apparentés à des termes non spécifiques (retard, difficultés) mais sont traités au même titre que ceux ayant une connotation plus directe à la pathologie (dysphonie, bégaiement).

Ces termes seront particulièrement présents dans le temps rédactionnel (Charaudeau et Maingueneau, 2002:566) concrétisé par les comptes-rendus de bilan orthophonique, en ce qu'ils émanent d'une contrainte conventionnelle, et que le passage à l'écrit révèle le processus réflexif du praticien. Le diagnostic orthophonique apparaît donc bien comme un révélateur de ce processus onomasiologique spécifique à l'identification des difficultés et des troubles du langage et de la déglutition. Il relate la démarche et la réflexion du praticien entré en relation avec son patient, dans une visée de dénomination. Il révèle le lien entre les observations du praticien et la réalité de ce qui constitue le quotidien du patient. Il reflète également les concepts des pathologies qui sous-tendent cette décision terminologique.

Etude terminologique sur un corpus de comptes-rendus de bilan orthophonique:

Pour appuyer ces considérations et afin de pouvoir extraire et analyser un ensemble de termes diagnostiques en usage de façon authentique dans la pratique orthophonique récente, une

⁵ **Collocation** : de façon générale, une collocation représente l'apparition consécutive et fréquente de deux mots (Halliday, 1962, Dubois *et al*, 2007, Charaudeau et Maingueneau, 2002). Polguère (2003) en donne une définition plus spécifique en évoquant une combinaison syntagmatique (expression semi-idiomatique), modifiable par choix sémantique, et que cette combinaison modifie le sens originel de la base de la collocation

étude terminologique a été effectuée grâce à la constitution d'un corpus de 436 comptes-rendus de bilan orthophonique (CRBO). Ceci a été possible grâce à la coopération de collègues exerçant en France métropolitaine et dans les départements et territoires d'Outre-mer, qui ont envoyé leur réponse entre le 20 février et le 6 mai 2007.

Le travail d'extraction et d'analyse s'est fait en plusieurs temps :

1. Etapes manuelles :

La première étape a été une phase d'anonymisation. En effet il était important que le secret médical qui avait permis le recueil des CRBO soit réellement préservé tout au long du traitement des données. Bien entendu ce corpus informatisé est à l'heure actuelle protégé et accessible uniquement au moyen d'un mot de passe.

Il a fallu ensuite procéder à la mise au format des textes afin de pouvoir les préparer à l'utilisation complémentaire semi-automatique de logiciels informatiques.

Enfin des métadonnées ont été notées (informations sur les textes eux-mêmes, les âges des patients, les tests utilisés, les lieux d'exercice des orthophonistes, etc.).

Chacun des CRBO a ensuite été codé pour faciliter l'identification des termes diagnostiques et des chapitres des CRBO (anamnèse, bilan, diagnostic orthophonique, plan thérapeutique, examens complémentaires).

2. Analyses semi-automatiques

Des logiciels (concordanciers) ont été utilisés pour extraire des cooccurrences (liste des termes fréquents, dans quelle proximité textuelle), afin d'avoir une photographie des termes utilisés dans le corpus de CRBO.

Un projet collaboratif (CLARIN-DATIST⁶), a permis la mise en place d'un système de balisage des termes (codage XML) et d'une interface permettant l'affichage à l'écran de l'ordinateur à la fois des métadonnées et des CRBO comme le montre l'exemple ci-dessous.

Back to start page

bilan objet bilan anamnèse bilan bilan bilan diagnostic bilan plan terme diagnostique

116

4 troubles acquis des fonctions supérieures autres (SLA) 49-53 63 AUVERGNE D

non renseigné non renseigné IN oui NEURO

INITIAL SCLEROSE LATERALE AMYOTROPHIQUE NON

COMPTE - RENDU DE BILAN Nom du patient : (née le) Type du bilan : initial Date du bilan : 2006

Anamnèse : Madame M. consulte pour des troubles de la communication dans le cadre d'une sclérose latérale amyotrophique de forme spinale.

Conversation : l'intelligibilité est correcte mais le débit est ralenti. Réflexes : la toux et la déglutition sont efficaces. Respiration : aucune difficulté. Lèvres : les mouvements alternatifs sont lents, l'occlusion et les étirements sont normaux. Mâchoires : la mobilisation est lente mais correcte. Voile du palais : une faiblesse veillaire entraîne une déperdition nasale. Larynx : couramment intermittent ; la durée est courte (11 secondes environ), la hauteur est très peu variable et le volume faible. Langue : bon positionnement au repos ; la protrusion, l'alternance et les mouvements latéraux sont effectués avec lenteur ; l'élevation est impossible. Intelligibilité : relativement correcte excepté pour les groupes consonantiques complexes et les consonnes en position intersyllabique.

Diagnostic : Madame M. présente une **initial sclérose latérale amyotrophique** nécessitant une prise en charge orthophonique.

Projet thérapeutique sera axé sur la conservation de ces capacités.

Back to start page

Figure 1: capture d'écran illustrant la présentation des CRBO

Cet affichage permet également de vérifier les informations produites et de situer en contexte les termes diagnostiques identifiés.

⁶ <http://www.clarin.eu/external/>

Résultats :

L'ensemble des CRBO constitue un corpus de textes comprenant certaines données permettant de décrire une pratique orthophonique du bilan et de la phase diagnostique. L'examen des métadonnées du corpus donne les résultats suivants :

- Les orthophonistes :

98,6% des orthophonistes ayant participé à cette étude sont des femmes. Les deux régions les plus représentées sont l'Île de France et la région Rhône-Alpes.

- Les pathologies :

Les groupes pathologiques évoqués dans les bilans montrent une répartition relativement classique d'après les données évoquées par L. Tain dans son ouvrage de 2007, soit environ 58% du temps de travail hebdomadaire consacrés aux troubles du langage oral et écrit. Le diagramme ci-dessous illustre cette répartition:

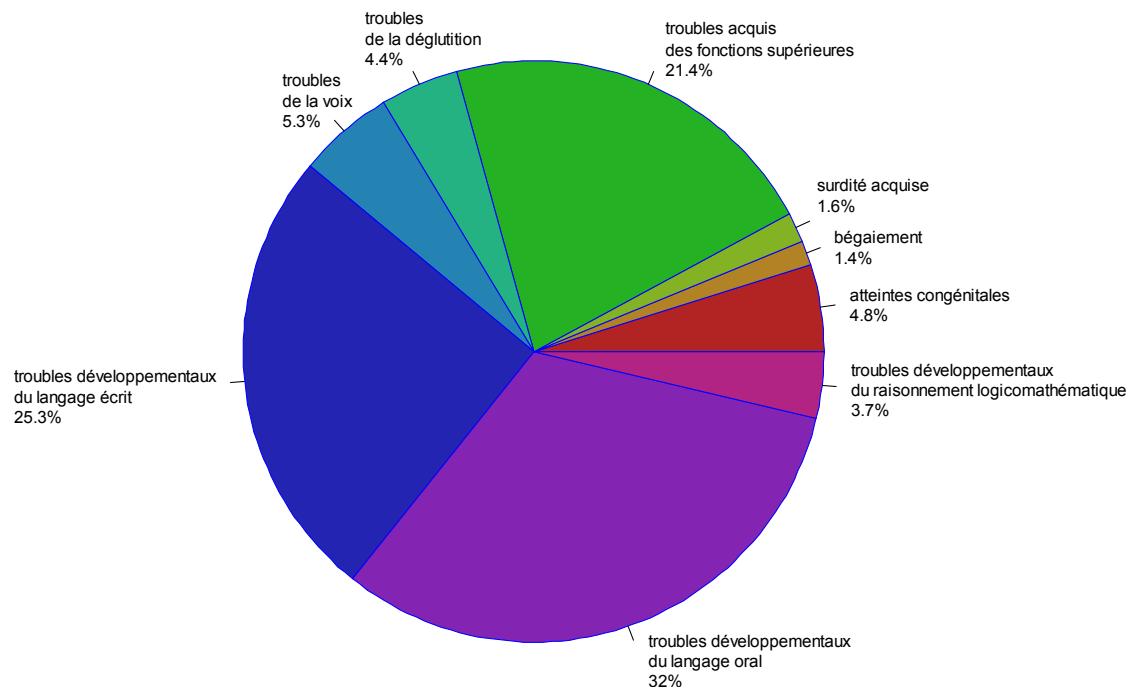


Figure 2: groupes pathologiques représentés dans le corpus

- Les patients :

Les groupes d'âge des patients sont répartis entre 1,4% d'enfants de 0 à 3 ans et 10,1% pour les plus de 65 ans. La majorité des patients ont entre 3 et 12 ans. Le nombre croissant de personnes de plus de 65 ans bénéficiant de rééducation orthophonique met en exergue les besoins dus à l'évolution de la population générale vieillissante :

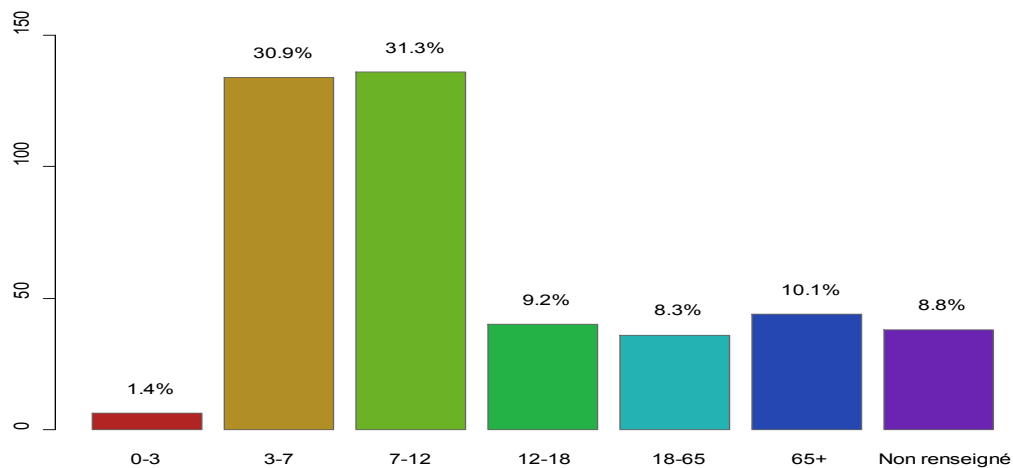


Figure 3: répartition des CRBO en fonction des groupes d'âge du patient

La répartition par genre de la population montre une légère disproportion puisque 53% des patients sont de sexe masculin et 46% de sexe féminin. Le nombre plus important de garçons reflète la réalité actuelle en matière de troubles du langage et de la communication (notamment la dysphasie, l'autisme), comme le montrent par exemple Choudhury et Benasich en 2003.

- Le diagnostic orthophonique :

Dans 69,8% des textes du corpus est mentionnée une utilisation explicite d'évaluation standardisée pour effectuer le bilan.

Il s'agit d'un bilan initial dans 77% des cas, de renouvellement dans 20,7% des cas.

Pour les besoins de cette analyse, chaque CRBO ayant été lu a été noté en réponse à la question : « un diagnostic orthophonique a-t-il été posé ? ». La réponse à cette question se fait en fonction de la lecture experte du contenu du CRBO, et en-dehors de toute indication étiologique médicale (par exemple le rappel de la présence d'un syndrome autistique ne sera pas considéré comme l'expression d'un diagnostic orthophonique lorsqu'il est mentionné dans l'anamnèse). Le diagramme ci-dessous représente la proportion de CRBO dans lesquels aucun diagnostic n'est proposé (*non renseigné*), de CRBO dans lesquels un diagnostic est proposé (*oui*) et la proportion de CRBO dans lesquels le diagnostic établit une absence de troubles (*pas de trouble*).

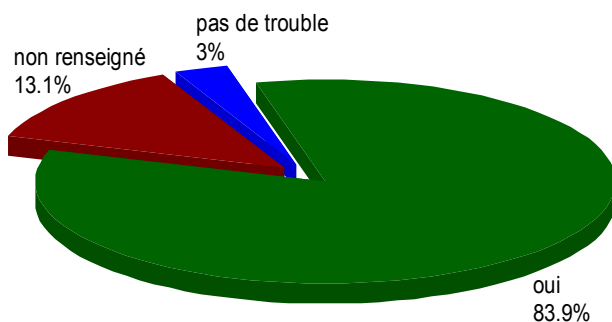


Figure 4: proportion de diagnostics posés sur l'ensemble du corpus

Il apparaît que l'orientation vers l'orthophoniste par le médecin, grâce à la prescription d'un bilan, est généralement faite à bon escient puisque dans 97% des cas, une prise en charge orthophonique est utile.

Pourtant certains orthophonistes n'ont pas précisé de diagnostic dans 68 cas (13,1% des cas). Il peut s'agir de cas où le diagnostic est soumis à une exploration complémentaire, et donc ne peut être posé dans la suite immédiate du déroulement du bilan. Il peut également s'agir de cas où le diagnostic est plus complexe et où un complément de bilan permettra à l'orthophoniste de se prononcer. Enfin, je pose l'hypothèse que dans certains cas, l'orthophoniste aura eu des difficultés à spécifier, en raison d'imprécisions terminologiques, la pathologie présentée par le patient, sans que cela ne nuise à la mise en place de la rééducation orthophonique. Il restera à déterminer pour quels cas ces diagnostics n'ont-ils pas été posés ; est-ce en lien avec l'utilisation d'une évaluation standardisée ? S'agit-il d'une particularité de l'âge du patient ? Ou bien d'un groupe pathologique spécifique ?

Pour répondre à cette première hypothèse, nous avons comparé les taux de standardisation de l'évaluation (cercles noirs) et l'étiquetage du diagnostic orthophonique (triangles rouges), les résultats sont illustrés ci-dessous par le diagramme suivant :

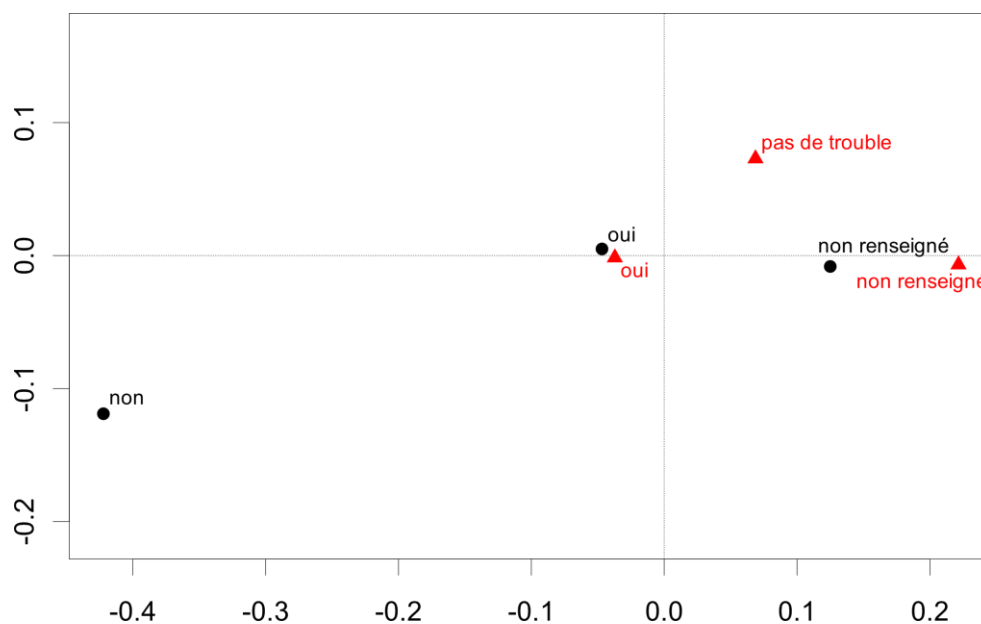


Figure 5: corrélation entre la standardisation de l'évaluation et l'étiquetage du diagnostic orthophonique

Lorsque l'évaluation est standardisée (OUI triangle rouge), il semble que l'orthophoniste puisse procéder à un étiquetage diagnostique (OUI rond noir). En revanche lorsque le bilan n'a révélé aucun trouble, il semblerait que l'utilisation d'une évaluation standardisée n'ait pas été systématique.

Pour ce qui concerne le lien avec l'âge de l'enfant, les analyses factorielles de correspondance montrent que les âges où le diagnostic semble le plus aisément étiqueté seraient les 3 à 7 ans, et les 7 à 12 ans, correspondant au plus grand nombre de bilans reçus dans le cadre de cette étude. En revanche, les patients très jeunes bénéficient moins souvent d'un diagnostic orthophonique étiqueté. Cela est certainement à mettre en lien également avec deux facteurs. Pour les très jeunes patients, le diagnostic médical prévaut souvent à la prescription du bilan orthophonique (souvent dans les cas de handicap avéré), l'orthophoniste assimilera donc son

diagnostic au diagnostic médical (ex : trisomie 21) car le plan thérapeutique découlera plus directement de ce diagnostic. Le diagnostic orthophonique est alors moins souvent étiqueté. De plus, il existe très peu d'outils standardisés pour les tout-petits, même si on note la parution de nouveaux outils (tel que EVALO 2-6, Ortho-Edition, 2011) s'adressant à ces populations.

Enfin, il s'avère que les pathologies pour lesquelles le diagnostic a été le plus régulièrement posé dans les CRBO du corpus sont les troubles du langage écrit et les troubles acquis des fonctions supérieures. Cela pourrait s'expliquer par une littérature fournie sur ces deux sujets, permettant à l'orthophoniste de se sentir plus armé pour recourir à des termes diagnostiques identifiés.

Les orthophonistes de cette étude utilisent moins d'évaluation standardisée pour ce qui concerne les bilans de la surdité acquise (implants cochléaires) et les troubles de la voix et les troubles de la déglutition. Cela s'explique par le caractère spécifique de ces deux derniers groupes pathologiques, dans la mesure où l'étiologie recoupe le diagnostic, et où l'analyse clinique est primordiale dans ces cas.

En conclusion, la régularité et la disponibilité de termes diagnostiques pour les orthophonistes dépend de :

- La qualité de la construction conceptuelle des pathologies (littérature). On ne pourra ici qu'appuyer la demande actuelle en faveur de publications scientifiques orthophoniques, les praticiens ayant acquis les fondamentaux de la recherche scientifique sont à même de publier selon des formats reconnus, ce qui permettrait de contribuer à ces représentations et descriptions des pathologies. Le type d'étude présenté ici pourra peut-être contribuer à cette construction pour l'orthophoniste, en suivant une logique d'analyse proposée parfois pour les termes médicaux (Namer, 2005).
- L'âge et le type de pathologie du patient. Il devient nécessaire de poser les jalons pour une reconnaissance d'une démarche orthophonique rigoureuse qui corresponde bien à l'ensemble des patients dont s'occupent les orthophonistes.
- La présence ou non d'un diagnostic médical posé. L'affranchissement des orthophonistes par rapport à la tutelle médicale n'est pas si facile dans la mesure où les classifications présentes actuellement dans la pratique orthophonique ne sont pas spécifiques pour les troubles du langage et de la communication. De plus, l'intégration de données étiologiques dans la terminologie contribue à un certain flou dans les sources permettant d'établir une terminologie fiable.

Typologie des termes diagnostiques :

Les analyses ont ensuite concerné les termes diagnostiques eux-mêmes. Tout d'abord les termes les plus fréquemment utilisés ont été extraits grâce à l'utilisation de concordanciers en complément de l'extraction manuelle. Les termes les plus fréquents pour décrire les pathologies dans l'ensemble du compte-rendu sont « difficulté(s) » et « trouble(s) ».

Pour ce qui concerne les « difficultés », les termes utilisés font référence à des fonctions organiques d'une part (fonctions d'alimentation, d'endormissement, de déglutition, de respiration, de sommeil, de propulsion linguale ou digestives). D'autre part certaines distributions intéressent les fonctions cognitives et langagières (mémoire, langage, fonctions instrumentales comme le temps...). Enfin les ancrages sociaux et relationnels sont également mentionnés (relations psycho-affectives, familiales, la scolarité...). L'adjectif adjoint servira

également de quantificateur des difficultés. Celles-ci seront évaluées de façon généralement péjorative : elles seront « importantes », « majeures ». Une difficulté pourra être « particulière », « persistante ».

Sur un plan collocationnel, les « difficultés » sont souvent suivies d'une préposition puis d'un nom évoquant un processus: à (ex : à l'apprentissage, à la compréhension), de, (ex :de formulation, d'intégration, de récupération), en (ex : en lecture, en répétition). Elles peuvent être suivies d'une préposition puis d'un verbe (ex : pour accéder, pour reproduire, à dénombrer, à élaborer). En résumé, le terme difficulté, très fréquemment présent dans le corpus est souvent accompagné d'un nom ou d'un verbe qui permettra de qualifier les processus en jeu dans la programmation de la tâche ou bien dans sa phase d'exécution.

Le deuxième terme le plus utilisé dans le corpus pour décrire une atteinte de l'intégrité du fonctionnement linguistique et communicationnel d'un patient est le terme de « trouble(s) », qui correspondra davantage, dans ses formes collocationnelles (trouble d'articulation) à une entité affectant une fonction ou une structure neurolinguistique. Les distributions et les co-occurrences de ce terme ont également été explorées au moyen du concordancier AntConc⁷. Tout comme c'est le cas dans le sous-chapitre précédent, le terme isolé peut être accompagné d'une préposition (de, des, de la). Dans ce cas le substantif caractérise le type de trouble (de l'articulation, de la parole...). Le terme de trouble peut également être accompagné d'un adjectif visant le même objectif : on parle alors par exemple de trouble articulaire, de trouble visuel, de troubles aphasiques. Il n'existe pas d'occurrences du terme trouble(s) accompagné d'une préposition puis d'un verbe.

Proposition pour une nouvelle classification

Suite à l'ensemble de ces observations et résultats, il s'avère que les orthophonistes utilisent régulièrement des termes diagnostiques spécifiques, que dans certains domaines il devient nécessaire de repenser à harmoniser la démarche d'étiquetage des pathologies du patient, en lien avec les évolutions de l'exercice de la profession, mais aussi avec les données récentes sur le fonctionnement humain. L'utilisation actuelle des classifications en cours (DSM IV, CIF...) est également discutée en ce qu'elle oriente l'analyse de la réalité du patient (Fougeyrollas, 1998).

Cette étude a montré que les orthophonistes ont besoin de la reconnaissance de leur capacité à poser un diagnostic, et que les termes qu'ils utilisent varient dans leurs formes et dans leurs référents conceptuels. De l'étude proposée, deux groupes principaux de termes ont été extraits, classés sous la dénomination de « nature » et de « forme ». De plus, la définition du trouble du langage et de la communication prise en compte ici est fondée sur la nécessité pour l'orthophoniste de situer les productions et le fonctionnement du patient sur un continuum entre normal et pathologique, donc directement en lien avec la réalité du patient, et dépendant de ces représentations (Tran, 2001).

- Les termes diagnostiques du groupe « NATURE », relèvent d'une perception de processus, liée à une mécanique de fonctionnement. L'aspect dynamique de la pathologie, l'impact de la pathologie, sa persistance et sa durabilité, l'importance (quantifiée) en sont les critères principaux : difficultés, troubles, déficit... Le recours à ce type de terme (par exemple « troubles de l'acquisition du langage écrit », « déficit dans la compréhension d'énoncés complexes »), montre une approche des compétences (structuration,

⁷ créé par Lawrence Anthony, <<http://www.antlab.sci.waseda.ac.jp/software.html>>

organisation, gestion, manipulation, programmation) partant vers le métalinguistique et le métacognitif (habiletés discursives, métaphonologiques) donc favorisant plutôt une analyse individuelle des compétences du patient dans un contexte et une interaction spécifique avec son environnement

- Pour les termes diagnostiques du groupe « FORME », qui découlent de la perception d'une perturbation d'un système, ils sont délimités et plus facilement qualifiés et associés les uns aux autres. Ces termes diagnostiques (par exemple « dysphonie », « trouble d'articulation », « bégaiement », « dyslexie », « retard de langage ») servent à spécifier l'étiologie et les contours de la pathologie, et donc plutôt ce qu'il en est (aspects formels, mécanistes). Les termes sont plus stables de façon générale, et le recours à ces étiquettes se conçoit comme une approche des capacités et des habiletés, dans les fonctions motrices cognitives et linguistiques (mémoire, langage écrit, conscience phonologique...), dont un substrat quasi anatomique, objectivement évaluable.

La construction d'une nouvelle classification orthophonique fondée sur la pratique clinique (COFOP) en est à sa première étape. L'établissement de ces deux types de termes, y compris leurs propriétés sémantiques, leur construction morphologique et la publication des résultats des analyses sémantico-syntaxiques donne naissance à d'autres études visant à valider la perception de cette phase d'étiquetage que représente le diagnostic orthophonique.

Conclusion :

Si l'on considère le continuum entre normal et pathologique dans la maîtrise du langage et du fonctionnement de la sphère orofaciale (au sens large de ces termes) chez les patients consultant un(e) orthophoniste, l'étape diagnostique représente au travers du choix terminologique un marqueur essentiel de la démarche thérapeutique, une clé de voûte à la démarche méthodologique orthophonique.

Pour l'orthophoniste, il s'agit de la détermination d'un processus d'identification des troubles et de mise en œuvre d'une rééducation, dans une démarche rigoureuse, dynamique et évolutive de l'exercice de la profession. Le recours aux termes diagnostiques est une étape de labellisation importante dans le cadre du bilan orthophonique et guide le praticien, au travers de sa maîtrise des concepts mais aussi des termes techniques, dans sa relation à l'autre (patient, professionnel médical ou paramédical, enseignant, entourage...).

Pour le patient et son entourage, l'étape diagnostique, par cet étiquetage, représente la reconnaissance d'un état « pathologique » de son langage et de la sphère orofaciale. Comme le montrait déjà Canguilhem (1966), le passage d'un état ordinaire à un état pathologique relève non seulement d'une identification médicale ou paramédicale conventionnelle d'un fonctionnement hors de l'ordinaire ou de l'intégrité d'une structure, mais aussi de la conception elle-même de ce qui est pathologique. Le diagnostic orthophonique est la clé de voûte du bilan dans la mesure où cette étape concrétise l'ensemble des paramètres contribuant à l'établissement de la relation orthophoniste/patient. Elle est l'étape où les troubles sont nommés, identifiés, grâce à la phase préalable de sélection des indices pertinents, et à la suite de laquelle s'engage la phase où le patient, informé de la démarche thérapeutique à sa disposition, pourra participer à la relation de soin orthophonique à proprement parler.

Cette étude a permis de dégager des tendances terminologiques pour les termes diagnostiques. Elle montre que les correspondances entre le terme diagnostique, la réalité des troubles et la conception de la pathologie elle-même ne sont pas si univoques que l'on pourrait le croire.

L'angle choisi a montré que la poursuite d'une réflexion approfondie sur la nature et la forme des troubles intéressant les orthophonistes peut s'appuyer sur une analyse terminologique de corpus de termes diagnostiques et de comptes-rendus de bilan orthophonique. Pour conclure, nous pensons que la prise de conscience de ces phénomènes doit encourager le praticien à faire reconnaître la place de ce diagnostic, en prenant confiance et affirmant la légitimité de cette démarche spécifique.

Références bibliographiques :

- BAYLON C., MIGNOT X., 2005. *La Communication*. Paris : Armand Colin, 425p.
- 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 soutenue le 18 novembre 2011 à l'université de Nancy2, sous la direction de Richard Duda. Disponible sur <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00655952/>
- CANGUILHEM G., 1966 (11ème édition quadrige 2009). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France, 224p.
- CHARAUDEAU P., MAINGUENEAU D., 2002. *Dictionnaire d'analyse du discours*, Paris : Seuil, 662p.
- CHOUDHURY N. & BENASICH A. (2003). A family aggregation study: the influence of family history and other risk factors on language development. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, Vol. 46-2, p.261
- DELAHAIE M., 2009. *L'évolution du langage de l'enfant. De la difficulté au trouble. Guide ressources pour les professionnels*. Saint-Denis : Inpes, 84p.
- DUBOIS J., GIACOMO M., GUESPIN L., MARCELLES J-N., MEVEL J-P., 2007. *Grand dictionnaire Linguistique et Sciences du Langage*. Paris : Larousse, 514p.
- ESTIENNE F., PIERART B., 2006. *Les bilans de langage et de voix : fondements théoriques et pratiques*. Paris : Masson, 273p.
- FOUGEYROLLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., J. CÔTÉ, ST MICHEL G. (1998). Classification québécoise Processus de production du handicap, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)/SCCIDIH, 166p.
- KREMER J-M., LEDERLE E., 2009 (1ère édition 1991). *L'orthophonie en France*. Paris: Presses Universitaires de France (Que sais-je, n°2571), 128 p.
- MARIN-CURTOUD, ROUSSEAU T., GATIGNOL P., 2010. Etat 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.
- NAMER F., 2005. Automatiser les définitions des termes médicaux: qu'est ce que le traitement automatique du langage apporte à la théorie morphologique?. *Journées Française d'Informatique Médicale (JFIM)* 12 et 13 mai 2005, Lille.
- PLUG L., SHARRACK B., REUBER M., 2009. Seizure, Fit or Attack? The use of diagnostic labels by patients with Epileptic or Non-Epileptic Seizures, *Applied Linguistics*, Vol. 31/1, p.94-114.
- TAIN L. (Dir.), 2007. *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession*. Rennes : ENSP, 303p.
- TRAN TM., 2001. Les accidents dans le langage ordinaire et aphasique : du normal au pathologique. *Revue Française de linguistique appliquée*, Vol. I-1, p. 35-46.
- TRICOT M., 2003. Le bilan doit aboutir à un diagnostic fiable et argumenté. *Orthomagazine*, n°46, p. 18-20.