

Université de Montréal

*Quand des orthophonistes et des audiologistes (se) représentent la communication :  
émergence de nouveaux repères pour la pratique professionnelle*

par  
Christine Brassard

École d'orthophonie et d'audiologie  
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Ph.D. en Sciences biomédicales

décembre 2001

© Christine Brassard, 2001

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :  
*Quand des orthophonistes et des audiologistes (se) représentent la communication :  
émergence de nouveaux repères pour la pratique professionnelle*

présentée par :  
Christine Brassard

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Getty  
président-rapporteur

Guylaine Le Dorze  
directeur de recherche

Guy Bourgeault  
codirecteur de recherche

Jean-Pierre Gagné  
membre du jury

Linda Garcia  
examineur externe

Lise Renaud  
représentant du doyen de la FES

Résumé

Le premier chapitre de la thèse s'ouvre sur le déclencheur d'une réflexion sur la notion de communication dans le contexte particulier de l'intervention en orthophonie et en audiologie. Amorcée à partir du problème posé par les propos d'un proche qui s'est dit oublié au moment de la réadaptation de sa conjointe devenue aphasique, cette réflexion tourne autour du rôle qu'on fait tenir à la famille durant une intervention censée réduire les troubles de la communication, rôle qui renvoie à une conception étroite de la *communication*. Ayant l'intuition que les modèles ne sont pas étrangers à cette conception, j'ai recensé les principaux modèles, de la communication et des conséquences des troubles, qui me paraissent rendre compte de la situation des proches [*chapitre 2*]. Bien qu'il soit possible de retracer l'influence de ces modèles et de leurs concepts dans les écrits des deux disciplines, j'ai souhaité rencontrer des professionnels afin de savoir comment se vivent les pratiques et se construisent des modèles et une définition pratique de la communication normale et de ses troubles [*chapitre 3*].

Au moment où j'écrivais ma proposition de recherche, l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec entreprenait une consultation auprès d'une trentaine de professionnels en vue de mieux définir la communication dans la nomenclature du modèle *Processus de production du handicap* (PPH). Cette consultation a pris la forme d'une journée d'étude à laquelle j'ai participé. J'ai donc entrepris une recherche de type exploratoire, basée sur des méthodes de la recherche qualitative [*chapitre 4*]. Ainsi, lors de cette journée, j'ai observé et participé aux discussions, j'ai ensuite invité seize professionnels à une entrevue semi-dirigée portant sur leur pratique, le modèle du PPH et leur définition de la communication. J'ai ensuite analysé le contenu 1) des transcriptions des discussions de la journée d'étude, 2) des transcriptions des seize entrevues individuelles et 3) du texte produit par l'OOAQ à la suite de sa consultation [*chapitre 5*].

Les résultats de l'analyse [*chapitre 6*] montrent que dans le contexte de leur pratique, qui est traversée de multiples tensions, les orthophonistes et les audiologistes choisissent de représenter la communication selon un modèle dominant axé sur le transfert d'informations. Ce modèle, qui rend compte des composantes physiques et biologiques de l'échange d'informations, ne remet en question ni la base de leur expertise ni la conception du trouble de la communication comme entité localisée *dans* un individu.

Cette conception de la communication ne les amène pas à considérer les problèmes vécus par les proches comme relevant de leurs compétences. Toutefois, certains professionnels ont choisi une conception différente de la communication et de ses troubles pour guider leurs interventions, ce qui les conduit à considérer la relation et le contexte comme de nouveaux repères pour la pratique.

Je conclus [*chapitre 7*] sur l'idée suivante : le concept de communication ne pourra jouer le rôle attendu s'il n'est d'abord précisé puis rendu opératoire en fonction des pratiques de l'orthophoniste et de l'audiologiste. À cet égard, les repères que sont le contexte et la relation peuvent se révéler fort utiles à l'opérationnalisation de la communication.

Mots clés : *communication, orthophonie, audiologie, modèle, Processus de production du handicap, recherche qualitative*

Abstract

This work was triggered by the personal account of the husband of an aphasic woman who felt he was simply forgotten throughout the rehabilitation process. This account led me to question the role that family members and relatives play in rehabilitation, generally oriented towards reducing communication difficulties. The exclusion of the husband from rehabilitation speaks to the conception of *communication* upon which the professionals involved based their therapy (*chapter 1*). This thesis presents a review of the main models underlying the professional practices of speech-language pathologists and audiologists pertaining to communication, communication disorders and their consequences, with reference to the situation of relatives or regular communication partners of people with a communication disorder (*chapter 2*). Although it would have been possible to study the influence of such models on the scientific and/or professional literature, I decided to consult professionals in order to understand their daily practices, and how models and definitions of normal communication and its disorders were constructed (*chapter 3*).

While I was planning my Ph.D. research, I learned that the “Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec” (OOAQ, the Professional College) would hold a workshop with about thirty of its members in order to define more precisely what the expression “life habits related to *communication*” in the lexicon of the model “Disability creation process” meant. I was invited to take part in the workshop. This ensuing participant observation was part of the qualitative exploratory research program reported in this thesis. Subsequently, I met with sixteen of these participants in the context of individual interviews. The main topics of the semi-directed interviews dealt with practices, models and definitions of communication (*chapter 4*). A content analysis was then undertaken of the verbatim transcripts of the workshop discussions, the sixteen interviews, and a document of the OOAQ which was the official outcome of the workshop discussions; the results of which are reported in *chapter 5*.

The results of these analyses suggested that in the context of their daily practice and its conflicts and constraints, speech-language pathologists and audiologists ‘choose’ a conception of communication which is based on the physical and biological components involved in information exchange. Moreover, their view of communication is limited to the individual which is in accordance with their professional expertise. The results also suggest that most professionals do not consider the problems that relatives or friends have as part of their professional competence. However, some are beginning to base their practice on another conception of communication and its disorders, taking into account the context of the

communication process and the relationships between the partners as parameters for clinical practice (*chapter 6*).

The conclusion (*chapter 7*) explains why a more comprehensive conception of communication is necessary if speech-language pathologists and audiologists want to play their full role of rehabilitation therapists. I suggest the emergence of new indicators, namely context and relationships which may lead to the development of a new and operational professional paradigm of communication.

*Key words : communication, speech-language pathology, audiology, Disability creation process, qualitative research*

## Table des matières

Résumé.....	i
Abstract .....	iv
Table des matières .....	vii
Liste des tableaux .....	x
Liste des figures .....	xi
Liste des sigles et abréviations.....	xii
Remerciements .....	xiii

### Chapitre 1

Position du problème.....	1
---------------------------	---

### Chapitre 2

Recension des écrits .....	5
2.1 La communication -- un nouvel objet pour l'orthophoniste et l'audiologiste? .....	7
2.1.1 Des modèles de base de la communication.....	8
2.1.1.1 De l'émetteur au récepteur -- mesurer l'information transmise.....	9
2.1.1.2 Du télégraphe à la chaîne -- physique et biologie du langage .....	10
2.1.1.3 Y a-t-il communication quand il y a trouble? .....	13
2.1.2 Penser à nouveau la communication ou penser une nouvelle communication.....	14
2.1.2.1 La relation comme système et le système comme contexte.....	16
2.1.2.2 Relation et contexte au quotidien -- les rituels d'interaction .....	18
2.1.3 La communication -- principal objet de l'orthophonie et de l'audiologie? .....	20
2.2 Le handicap -- un nouvel objet pour l'orthophoniste et l'audiologiste? .....	21
2.2.1 La CIDIH -- un modèle de base.....	21
2.2.2 Penser le handicap chez les tiers .....	23
2.2.3 De la CIDIH au Processus de production du handicap.....	24
2.2.3.1 De la déficience et de l'incapacité au système organique et à l'aptitude.....	26
2.2.3.2 Du handicap à l'habitude de vie.....	27
2.2.3.3 Les facteurs de risque et les facteurs environnementaux .....	28
2.2.4 Le partenaire de communication -- obstacle ou facilitateur? .....	28
2.4 En somme.....	30

### Chapitre 3

Questions et objectif de l'étude .....	32
--	----

### Chapitre 4

Aspects méthodologiques de l'étude .....	35
4.1 Des circonstances exceptionnelles .....	37
4.1.1 La journée d'étude .....	37
4.1.2 Le comité de l'Ordre.....	38
4.2 Sources des données .....	38
4.2.1 Les discussions de la journée d'étude.....	38
4.2.2 Les entrevues individuelles.....	39
4.2.3 L'Avis préliminaire de l'Ordre.....	40
4.3 Préparation des données pour l'analyse.....	40
4.3.1 Identification des unités de sens.....	40
4.3.2 Réduction des données .....	41

4.4 Valeur des données et des interprétations .....	42
4.4.1 ...en fonction de l'échantillon de participants .....	42
4.4.2 ...en fonction de la nature des données .....	43
4.4.3 ...en fonction des procédures d'analyse .....	44
4.4.4 ...en fonction du caractère exploratoire de l'étude .....	45

## Chapitre 5

Analyses des données et résultats .....	46
5.1 Le prétexte -- des orthophonistes et des audiologistes participent à la validation du PPH.....	48
5.1.1 Les rapports entre le PPH et la pratique de l'orthophoniste / l'audiologiste.....	49
5.1.1.1 S'implantera.....	50
5.1.1.2 ...s'implantera pas.....	51
5.1.2 Le PPH et l'objet de la pratique professionnelle .....	53
5.1.2.1 On voit bien comment le PPH peut aider à définir cet objet.....	53
5.1.2.2 On voit mal comment le PPH peut aider à définir cet objet.....	54
5.1.3 En somme.....	56
5.2 Le contexte -- une pratique en trois dimensions.....	58
5.2.1 La première dimension de la pratique -- la structure.....	59
5.2.1.1 Les raisons d'être des orthophonistes et des audiologistes .....	60
5.2.1.2 Les mandats et les conditions de travail.....	61
5.2.1.3 En somme.....	64
5.2.2 La deuxième dimension de la pratique -- processus, procédures, traitements...? .....	65
5.2.2.1 Avant de commencer.....	66
5.2.2.2 Des rapports interpersonnels en vue de...?.....	67
5.2.2.3 Les actes professionnels -- gérer les aspects techniques de l'intervention .....	69
5.2.2.4 Le "fonctionnel" ou intervenir dans un contexte de ressources limitées .....	71
5.2.2.5 Des devoirs envers la profession .....	73
5.2.2.6 En somme.....	74
5.2.3 La troisième dimension de la pratique -- les résultats de l'intervention.....	74
5.2.3.1 Avant de commencer... ..	76
5.2.3.2 Échec et réussite -- des moyens de parler des résultats?.....	76
5.2.3.3 L'impression d'être en situation d'échec .....	77
5.2.3.4 Expliquer et s'expliquer les échecs .....	78
5.2.3.5 Les finalités de l'intervention .....	79
5.2.3.6 En somme.....	80
5.2.4 Les trois dimensions de la pratique .....	81
5.3 Le premier texte -- des orthophonistes et des audiologistes définissent la communication .....	82
5.3.1 Définir la communication -- une tâche encadrée qui suscite des réticences.....	84
5.3.2 Quand la pratique professionnelle sert de balise à la définition de la communication.....	86
5.3.3 La communication en morceaux -- liste des éléments à retenir .....	87
5.3.4 Définir la communication guidé par des principes systémiques .....	90
5.3.5 En somme.....	91
5.4 Le deuxième texte -- quand des orthophonistes et des audiologistes représentent la communication.....	94

*Chapitre 6*

Interprétation des résultats et discussion.....	96
6.1 Quand des orthophonistes et des audiologistes représentent la communication... ..	98
6.1.1 Une tâche déconcertante.....	99
6.1.2 Adopter et adapter les propositions du PPH.....	100
6.1.2.1 La communication -- une habitude à caractère particulier?.....	101
6.1.2.2 Les aptitudes reliées au langage -- influence de la pratique.....	104
6.1.2.3 En somme.....	104
6.1.3 Les suites de la représentation.....	106
6.1.4 En tant que représentants.....	107
6.2 Quand des orthophonistes et des audiologistes se représentent la communication... ..	108
6.2.1 La communication -- un processus normal?.....	108
6.2.2 S'appuyer sur son expérience de communicateur.....	110
6.2.3 S'appuyer sur l'expérience acquise par la pratique professionnelle.....	112
6.2.4 Se servir de métaphores.....	114
6.2.5 Se représenter la communication sans négliger le contexte et les relations.....	115
6.3 Émergence de nouveaux repères pour la pratique.....	116
6.3.1 La démarche de l'Ordre -- le début d'une tradition de réflexion?.....	117
6.3.2 La reconnaissance de l'omniprésence de la communication.....	118
6.3.3 La difficulté à circonscrire le handicap associé aux troubles de la communication.....	118
6.3.4 L'intérêt pour les partenaires de communication.....	120
6.3.5 L'existence de pratiques marginales ou avant-gardistes... ..	121
6.3.6 Se représenter la communication pour traiter les troubles -- communiquer pour faire communiquer.....	122

*Chapitre 7*

Portée et conclusion de l'étude.....	124
7.1 Portée de la thèse -- quelques limites.....	125
7.1.1 Caractère exploratoire de l'étude -- monter dans un train en marche... ..	125
7.1.2 Composition de l'échantillon.....	126
7.2 Portée de la thèse.....	127
7.2.1 pour les disciplines de l'orthophonie et de l'audiologie.....	127
7.2.2 pour les professions d'orthophoniste et d'audiologiste.....	130
7.3 Conclusion... la communication comme moyen et fin.....	131

Liste des références.....	133
---------------------------	-----

Annexes.....	xvi
--------------	-----

## Liste des tableaux

Tableau 1 -- Descripteurs en lien avec le Processus de production du handicap (PPH) .....	49
Tableau 2 -- Descripteurs en lien avec la structure de la pratique professionnelle .....	59
Tableau 3 -- Descripteurs en lien avec les procédures de la pratique professionnelle.....	66
Tableau 4 -- Descripteurs des résultats de l'intervention .....	75
Tableau 5 -- Descripteurs relatifs à la tâche de définir et à la définition de la communication .....	83

## Liste des figures

Figure 1 -- Schéma d'un système de communication (Shannon & Weaver, 1949).....	9
Figure 2 -- Chaîne de la communication verbale (Denes & Pinson, 1963).....	11
Figure 3 -- Schéma du modèle de la CIDIH, Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (WHO, 1980).....	22
Figure 4 -- Processus de production du handicap (Fougeyrollas et coll., 1996 .....	26

## Liste des sigles et abréviations

**CIDIH** : acronyme de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps. Publiée la première fois en 1980 et en cours de révision au moment de la réalisation de cette thèse.

**CIDIH-2** : Acronyme de la version révisée de la CIDIH, publiée par l’OMS en décembre 2000 et intitulée : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

**CIM** : Acronyme de la Classification Internationale des Maladies, publiée par l’OMS et régulièrement mise à jour.

**CQCIDIH** : acronyme du Comité Québécois de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps. En 1998, le CQCIDIH a changé sa dénomination légale pour le RIPPH.

**MHAVIE** : acronyme de Mesure des HABitudes de VIE, instrument de mesure des habitudes de vie mis au point et testé par le CQCIDIH.

**MIF** : acronyme de Mesure de l’Indépendance Fonctionnelle (trad. franç. de : Functional Independence Measure, State University of New York at Buffalo, 1993) un instrument qui permet d’obtenir une mesure quantitative des soins requis par un individu (“burden of care”) et écrit dans un langage accessible aux payeurs de services (Fratalli, 1998).

**NTIC** : acronyme pour Nouvelles Technologies de l’Information et de la Communication.

**OMS** : acronyme de l’Organisation Mondiale de la Santé. Promoteur de la CIDIH. Au début des années ‘90, l’OMS a entrepris un processus de révision de la CIDIH. La deuxième version de la CIDIH a été publiée en 1999.

**OOAQ** : acronyme de l’Ordre des Orthophonistes et Audiologiste du Québec.

**PPH** : acronyme du Processus de Production du Handicap.

**RIPPH** : acronyme du Réseau International du Processus de Production du Handicap (anciennement le CQCIDIH).

Remerciements

Sur l'une des pages de mon mémoire de maîtrise, j'ai écrit : «le chemin qui mène à l'obtention d'un grade supérieur est parfois long et difficile et ceux qui nous accompagnent ont autant de mérite que nous à l'avoir parcouru». Plus tard, j'ai découvert la poésie de Machado et ce poème m'a semblé traduire ce qu'ont été pour moi ces années de doctorat :

*Voyageur, le chemin  
sont les traces de tes pas  
c'est tout; voyageur  
il n'y a pas de chemin,  
le chemin se fait en marchant.  
Le chemin se fait en marchant  
et quand on tourne les yeux en arrière  
on voit le sentier que jamais  
on ne doit à nouveau fouler.  
Voyageur, il n'est pas de chemin,  
rien que sillages sur la mer.*

Il n'y a pas de chemin, suis-je aujourd'hui tentée d'ajouter, il n'y a que des guides...

Je voudrais remercier en premier lieu et très chaleureusement mes directeur et codirecteur, Madame Guylaine Le Dorze et Monsieur Guy Bourgeault, qui ont accepté, après le décès subit de Monsieur Raymond Héту, de reprendre la barre et de diriger mes travaux. Au fil de ces années, j'ai eu le plaisir et le privilège de bénéficier de leur double perspective sur la pratique professionnelle : l'une me faisant profiter de son regard et de sa vision rapprochée de la pratique et de la profession, et l'autre, d'une ouverture analogue à celle du grand-angle, élargissant et contextualisant ma compréhension des enjeux de la pratique professionnelle. Faire ce bout de chemin qu'est un doctorat avec pour guide un tel tandem n'est hélas pas donné à tous les étudiants. J'ai été privilégiée.

L'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec par l'intermédiaire de son principal porte-parole, Monsieur Louis Beaulieu, m'a offert une occasion inespérée de poursuivre ma réflexion sur la notion de communication. Je remercie tous les participants de la journée d'étude de l'Ordre et plus spécialement les seize orthophonistes et audiologistes qui ont accepté de partager avec moi leur définition de la communication lors d'une entrevue. Je remercie également Monsieur Patrick Fougeyrollas, président du Regroupement international sur le *Processus de production du handicap*, de m'avoir accordé une entrevue.

D'autres personnes ont beaucoup compté dans la réalisation de cette thèse. Je pense ici à Monsieur Jacques-Bernard Roumanes qui a eu une confiance inébranlable en mes capacités de mener à bien cette entreprise; il m'a donné la poussée qu'il fallait en fin de parcours. Je le remercie de ses encouragements soutenus, du plaisir que j'ai pris à discuter et à réfléchir avec lui de questions d'épistémologie, de paradigmes, de sciences et de communication et surtout, de la conscience que j'ai maintenant des beautés de l'art, de l'esprit et de la vie intellectuelle.

Je remercie les membres de ma famille, et en particulier ma mère, ainsi que ceux plus nombreux de ma famille inventée que sont mes amis d'ici et d'ailleurs. Votre généreuse présence, physique ou virtuelle, a compté plus que vous ne le croyez durant ces années et notamment au cours des quelques mois de la rédaction. Merci à vous tous.

Enfin, je désire remercier le Conseil de la Recherche en Sciences Humaines du Canada qui m'a apporté son soutien financier durant les quatre premières années de mes études doctorales. Je remercie l'Université de Montréal, la Faculté de médecine et son programme de Sciences biomédicales, et la Faculté des Études Supérieures, qui m'ont également accordé des bourses tout au long de mes études.

Mes ultimes remerciements vont aux membres de l'École d'orthophonie et d'audiologie et à ceux des équipes de recherche ÉRO et ESPACE qui m'ont employée, appuyée et endurée toutes ces années. Jamais avares d'encouragements, de conseils avisés, toujours prêts à discuter, tous -- professeurs, chargés de cours, personnel administratif, étudiants et stagiaires - - m'avez permis de tracer mon chemin...

Merci.

*Tout passe et tout demeure,  
mais notre affaire est de passer,  
de passer en traçant des chemins,  
des chemins sur la mer.*

A. Machado

## *Chapitre 1*

### Position du problème

«(...) la cécité ne se propage pas par contagion comme une épidémie, une personne qui n'est pas aveugle ne le devient pas simplement parce qu'elle a regardé un aveugle, la cécité est une affaire privée entre la personne et les yeux qu'elle a reçus à la naissance.»  
José Saramago, *L'Aveuglement*, 1997

Je me suis intéressée à la notion de *communication*, à laquelle renvoient les connaissances et les pratiques des orthophonistes et des audiologistes, à la suite d'une réflexion déclenchée par ces propos :

«Ce que je trouve difficile, justement, en tant que conjoint d'une personne aphasique, c'est qu'on est le grand oublié [...] que ça soit par les intervenants ou les spécialistes, moi c'est ce que j'ai trouvé dur. [...] C'est sûr qu'on est tout le temps centré sur la personne [aphasique]; c'est vrai qu'elle est merveilleuse et tout cela. Je suis d'accord. Mais le conjoint, lui, c'est le grand oublié [...]. Et je ne suis pas sûr qu'il ira facilement chercher de l'aide, non plus.» [Martin, entrevue réalisée en janvier 1995].

Noté peu de temps avant d'entreprendre mon projet de recherche doctorale, cet extrait m'a paru révéler une distance, ou un écart, entre des pratiques qui ont pour but de réduire les troubles du langage associés à l'aphasie et d'autres qui permettraient d'améliorer la communication et la qualité de vie de *toutes* les personnes affectées par l'aphasie. Un écart que les auteurs de l'ouvrage *L'aphasique* laissent entrevoir :

«(..) à l'exception de quelques tentatives isolées et erratiques, quand un individu présente un trouble du langage à la suite d'une lésion cérébrale, c'est le trouble du langage, l'aphasie, qui devient l'objet d'étude, l'individu n'étant alors considéré que comme le support obligé de son trouble.» (Ponzio, Lafond, Degiovani & Joannette, 1991, p.13).

Si la personne aphasique n'est que le "support" de son trouble, doit-on alors s'étonner de l'absence, voire de l'oubli, du conjoint, lui qui n'est le support d'aucun trouble du langage?

Reconnaissant depuis longtemps le rôle important des partenaires de communication, les professionnels cherchent à faire jouer à la famille "un rôle réel et positif en tant que partie prenante au processus de rééducation" (Boisclair-Papillon, 1991). C'est pourquoi je suis sûre qu'il n'y a eu aucune faute ou négligence de la part des intervenants et des spécialistes qui ont pris en charge la réadaptation de la conjointe de Martin. Il est même tout à fait plausible que des *informations*, un certain *entraînement* et du *soutien* psychologique lui aient

été offerts. Mais il demeure tout de même que “la thérapie s’adresse avant tout au malade aphasique” (Boisclair-Papillon, 1991, p.172) et que l’intervention auprès de la famille fait partie des moyens, indirects certes, de répondre aux besoins de la personne aphasique.

Or, lorsque je m’arrête au contexte dans lequel Martin s’est exprimé, j’y vois le paradoxe suivant : c’est précisément parce qu’on *n’a pas* oublié d’inclure l’expérience des conjoints que Martin a pu signaler l’oubli des conjoints. En effet, Martin s’est exprimé dans le cadre d’une étude sur le handicap associé à l’aphasie. Partant de la prémisse qu’un trouble de la communication affecte nécessairement plus d’une personne, les chercheurs ont invité des personnes aphasiques *et* des proches (conjoint, membres de la famille, amis) à parler de leur expérience quotidienne de l’aphasie (Le Dorze, 1995). L’idée d’intégrer la perspective des proches était d’avoir une vision plus large de la notion de handicap telle qu’elle était définie dans le modèle de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, la CIDIH (WHO, 1980; OMS, 1988). En montrant que les proches éprouvent des difficultés à accomplir un rôle normal en rapport avec l’âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels, (OMS, 1988), les chercheurs ont montré que l’aphasie est source de handicaps pour les proches de la personne aphasique. Ce faisant, ils ont mis en évidence la nature relationnelle de ce trouble du langage.

On sait depuis longtemps que l’aphasie perturbe les relations : pour les uns, elle est même une maladie familiale (Buck, 1968), pour les autres, elle “bouleverse l’équilibre familial, crée de l’anxiété et entraîne des comportements nouveaux chez tous les autres membres de la famille” (Boisclair-Papillon, 1991, p.165). En décrivant les conséquences de l’altération des capacités expressives et réceptives d’une personne chez ses principaux interlocuteurs (Le Dorze & Brassard, 1995; Parr, Byng & Gilpin, 1997; Zemva, 1999), on a décrit l’aphasie comme étant un véritable trouble de la *communication*. Sachant en outre que des observations similaires ont été faites chez des personnes affectées par la surdité acquise (Jones, Kyle & Wood, 1987; Héту, Lalonde & Getty, 1987; Héту et coll., 1988; Héту, Jones & Getty, 1993; Hallberg & Barrénas, 1993), je me suis demandé comment il était possible, dans le cadre d’une intervention visant à réduire les conséquences d’un trouble de la communication comme l’aphasie, qu’un proche se sente et se dise oublié? Cela pouvait-il avoir un lien avec la représentation de la notion de communication en orthophonie et en audiologie?

J’ai donc cherché à connaître le sens que l’on donne à la communication dans les deux disciplines que sont l’orthophonie et l’audiologie. Je n’ai pas voulu restreindre la portée de ma réflexion à la seule discipline de l’orthophonie -- bien que le prétexte de ma thèse soit issu

d'une étude en orthophonie -- pour plusieurs raisons. D'une part, jusqu'à tout récemment, à l'université de Montréal, les programmes de formation en orthophonie et en audiologie conduisaient à l'obtention d'un même diplôme, le M.O.A. (Maîtrise en orthophonie et audiologie), et d'autre part, les diplômés, qu'ils aient choisi l'orientation orthophonie ou l'orientation audiologie, adhèrent tous au même ordre professionnel, l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ<sup>1</sup>). Distinctes mais inséparables, les professions d'orthophoniste et d'audiologiste occupent donc toutes deux le champ des troubles de la communication. Et si l'écart paraît se creuser entre l'orthophonie et l'audiologie<sup>2</sup> au fur et à mesure que se développent les connaissances et les pratiques, il n'en demeure pas moins que ces deux disciplines se réfèrent à la notion de communication pour circonscrire leurs domaines d'intérêt et de pratique. En outre, les mêmes modèles de la communication et des conséquences de ses troubles sont enseignés aux futurs orthophonistes et aux futurs audiologistes. Enfin, parce que je crois que la communication fait partie, traverse et organise leurs savoirs et leurs savoirs faire<sup>3</sup>, je suis persuadée qu'une réflexion sur la notion de *communication* peut être utile autant à l'orthophonie qu'à l'audiologie<sup>4</sup>.

J'ai donc cherché à connaître la représentation, éventuellement plurielle, que les orthophonistes et les audiologistes se font de la notion de communication. Profitant d'une occasion exceptionnelle, j'ai pu entendre des orthophonistes et des audiologistes discuter de cette notion en vue de la définir. Mais avant de présenter l'analyse de leurs propos, je m'attarderai dans le chapitre suivant, à la description et à l'évaluation de l'utilité de quelques uns des modèles de la communication et des modèles des conséquences des troubles de la communication qui font partie des savoirs en orthophonie et en audiologie.

---

i

---

<sup>1</sup>On notera l'absence d'article indéfini devant le titre "audiologistes" qui atteste des liens entre les deux professions. Cependant, la grande majorité des professionnels inscrits au tableau des membres de l'Ordre le sont à titre d'orthophoniste *ou* d'audiologiste. En 2001, très peu de professionnels possèdent les deux titres et exercent les deux professions.

<sup>2</sup>Depuis l'automne 2000, il existe deux programmes de formation au 1er cycle à l'Université de Montréal, au lieu d'un seul comme c'était le cas depuis la fondation de l'École d'orthophonie et d'audiologie.

<sup>3</sup>Auxquels s'ajoutent souvent le "savoir être", (les savoir, savoir faire et savoir être), qui renvoie généralement à l'attitude du professionnel. Pour ma part, je ne retiens que les deux premiers termes de la trilogie, les "savoir et savoir faire", puisque je me réfère principalement aux corpus de connaissances des disciplines, les *savoirs*, et à l'application de ces connaissances dans la pratique professionnelle, les *savoirs faire*. Dans le contexte de cette thèse, sont quasi synonymes savoirs et connaissances, savoir faire et pratiques.

<sup>4</sup>J'ai également des raisons personnelles de vouloir étendre ma réflexion aux deux disciplines; ayant reçu une formation en audiologie, c'est dans le milieu de la recherche en orthophonie que j'ai surtout travaillé depuis.

*Chapitre 2*

Recension des écrits

*«c'est l'anormal qui suscite l'intérêt théorique pour le normal. Des normes ne sont reconnues comme telles que dans des infractions. Des fonctions ne sont révélées que par leurs ratés. La vie ne s'élève à la conscience et à la science d'elle-même que par l'inadaptation, l'échec, la douleur.»*

Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 1993 [1966].

Ma recherche étant essentiellement exploratoire et, de ce fait, elle est fort peu balisée. À ma connaissance, en orthophonie ou en audiologie, il n'y a pas eu jusqu'à présent de réflexion explicite sur la notion de communication. Ou du moins, il n'y a pas eu de réflexion publiée. Cependant, la teneur de certains débats publiés ces dernières années dans des revues spécialisées me laisse croire que cela ne tardera pas. Par exemple, dans la section Forum clinique d'un numéro récent de la revue *Aphasiology*, les auteurs de l'article amorçant la discussion soulèvent la question du statut ontologique du langage et de la communication et des multiples points de vue qui coexistent au sein de la discipline de l'aphasiologie<sup>5</sup> (Petheram & Parr, 1998a). S'interrogeant sur la diversité des approches et des points de vue dans ce champ d'études et de recherches -- crise ou accroissement des compétences? -- Petheram et Parr avancent que la vision objective du *langage* fait appel à des concepts et des méthodes relevant d'un certain corpus de connaissances et d'habiletés tandis que la notion de *communication* relève du processus subjectif en cause dans la transmission du sens ("the concept of communication is related to the more subjective process involved in the transmission of meaning." p.443). Afin d'organiser cette diversité qu'ils jugent néfaste à l'évolution de la discipline, les auteurs proposent de développer une métathéorie fondée en partie sur le modèle de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, la CIDIH (WHO, 1980) et en partie sur d'autres modèles, de la réadaptation entre autres (Petheram & Parr, 1998b). Au moment où ces lignes ont été écrites<sup>6</sup>, cette métathéorie n'avait pas encore vu le jour.

M'interrogeant sur le sens que prend la notion de *communication* dans le contexte des services de réadaptation offerts aux personnes souffrant de divers troubles de la communication, je me suis attardée aux modèles qui schématisent le processus de la communication puis aux modèles qui schématisent les conséquences des troubles, parmi lesquels on compte les divers troubles qui affectent la communication. J'ai choisi de limiter

---

<sup>5</sup>L'aphasiologie désigne le champ d'études et de recherches portant sur l'aphasie, un trouble acquis du langage et de la communication (Petheram & Parr, 1998b). L'aphasiologie est un champ occupé par les neurologues, les linguistes, les psychologues, les neurolinguistes, les neuropsychologues, les orthophonistes, et sûrement d'autres que j'oublie.

<sup>6</sup>À l'automne 2001.

ma recension aux modèles parce qu'en tant que systèmes d'interactions qui relient les éléments d'un ensemble, les modèles sont des outils d'observation, de calcul ou de prévision (Parlebas, 1990). À l'instar d'une carte routière, le modèle retient certains éléments, montre les relations entre ces éléments et laisse dans l'ombre éléments et relations non pertinents. Comme la carte, le modèle oriente la perception de celui qui l'utilise. Mais comme "la carte n'est pas le territoire" (Korzybski, 1941), je sais aussi qu'un modèle ne présume en rien du phénomène qu'il schématise et moins encore d'une pratique. Mon intérêt pour les modèles tient aussi au fait qu'ils font partie des connaissances transmises aux futurs professionnels et que, quelques uns d'entre eux -- la CIDIH et la Chaîne de la communication verbale -- me paraissent avoir une influence déterminante sur l'orientation des disciplines. C'est en tout cas ce qui transparait de la succession de descriptions dont l'orthophonie et l'audiologie ont été l'objet au cours des 45 ans d'existence du programme de formation de l'Université de Montréal.

J'ai divisé ce chapitre en trois grandes parties : dans la première, je présente des modèles que j'ai retrouvés dans plusieurs ouvrages de référence en orthophonie et en audiologie et qui schématisent le processus de communication. Dans la seconde partie du chapitre, je présente deux modèles qui schématisent les conséquences des troubles et auxquels on réfère tant en orthophonie qu'en audiologie. Dans la dernière partie du chapitre, je m'interroge sur la compatibilité entre les modèles de la communication et les modèles des conséquences des troubles.

### *2.1 La communication -- un nouvel objet pour l'orthophoniste et l'audiologiste*

La communication est-elle un nouvel objet pour les orthophonistes et les audiologistes? La question paraîtra curieuse aux professionnels formés dans les institutions de langue anglaise. En effet, le terme de communication entre depuis longtemps dans la dénomination des programmes d'orthophonie et d'audiologie<sup>7</sup>. Du côté francophone, il faut plutôt chercher dans la description qui est faite de l'une et l'autre des disciplines et des professions pour le

---

<sup>7</sup>À l'Université McGill, aux États-Unis et dans d'autres pays anglo-saxons, l'orthophonie et l'audiologie font partie des "communication sciences" ou des "communication disorders". Ainsi, les programmes de formation en orthophonie et en audiologie sont dispensés par la "School of communication sciences and disorders" (McGill), le "Department of communication processes and disorders" (Florida), "Department of communicative disorders" (Western Ontario), "Department of otolaryngology and communication sciences" (Syracuse), "Department of special education and communication disorders" (Nebraska), "Department of communication disorders and sciences" (Chicago), "Department of otorhinolaryngology and human communication" (Philadelphia), etc.

voir apparaître, parfois explicitement mais le plus souvent en opposition avec cet autre objet qu'est le *trouble*.

Dans le plus ancien programme de formation de langue française au Canada, celui de l'Université de Montréal (l'École de réhabilitation a été fondée en 1956), la description qui est faite chaque année de l'orthophonie et de l'audiologie dans l'annuaire des cours fera peu à peu une place à la communication. En 45 ans, les orthophonistes formés à l'Université de Montréal ont été successivement des spécialistes de la rééducation de la *voix parlée*, de la *parole*, de la trilogie *voix-parole-langage*, des *troubles de la communication* puis des troubles de la *parole*, de la *voix*, du *langage* et des *fonctions de communication*. Quant aux audiologistes, ils furent tour à tour spécialistes de l'*audition*, des *troubles de l'audition*, des *troubles de la communication* puis des *difficultés d'audition*. Le moins que l'on puisse dire de ces changements de définitions est que le rapport entre les deux disciplines et la notion de communication a fluctué mais n'a pas gagné en précision. Cette anecdote éclaire le fait suivant : la communication n'est que *l'un des objets* d'étude et d'intervention des orthophonistes et des audiologistes. Au fil des ans, les orthophonistes et les audiologistes ont raffiné leurs modèles et leurs définitions de la parole, le langage et l'audition, ce qui leur a permis d'en appréhender la complexité. Cependant, les modèles de la communication sont demeurés essentiellement les mêmes : le modèle télégraphique de Shannon et la Chaîne de la communication verbale.

### 2.1.1 Des modèles de base de la communication

Je désignerai les premiers de ces modèles par l'expression "modèles des Laboratoires Bell" parce qu'ils ont été conçus à une dizaine d'années d'intervalle par des ingénieurs à l'emploi de cette grande entreprise de télécommunication. Le premier, celui que l'on attribue à C. Shannon<sup>8</sup>, a été publié en 1949 dans un court ouvrage intitulé la *Théorie mathématique de la communication* (Weaver & Shannon, 1949/1975). Le second, la *Chaîne de communication verbale*, de P. Denes et E. Pinson, a été publié en 1963 (réédité depuis) dans un petit document destiné à vulgariser les connaissances sur la physique et la biologie du langage. Je décrirai d'abord le modèle de Shannon puis celui de Denes et Pinson.

---

<sup>8</sup>On attribue à Claude E. Shannon la paternité du modèle télégraphique de la communication, Warren Weaver n'ayant signé que l'introduction de *La théorie mathématique de la communication*. En outre, Weaver est non pas un ingénieur mais un philosophe de la communication (Bougnoux, 1993, p.415).

### 2.1.1.1 De l'émetteur au récepteur -- mesurer l'information transmise

Dans la Théorie mathématique de la communication, Shannon trace le schéma d'un système à cinq composantes. Le *Système général de communication* comprend "1) une *source* d'information, qui produit un message ou une séquence de messages communiqués au récepteur terminal, 2) un *émetteur*, qui opère sur le message de façon à produire un signal adéquat pour la transmission dans le canal, 3) le *canal* est simplement le milieu utilisé pour transmettre le message de l'émetteur au récepteur, 4) le *récepteur*, qui ordinairement effectue l'opération inverse de l'émetteur en reconstruisant le message à partir du signal et 5) la *destination*, qui est la personne (ou la chose) à laquelle le message est envoyé" (Weaver & Shannon, 1975, p.69). Une sixième composante, la *source de bruit* dans le canal, est souvent représentée dans le schéma du système de communication.

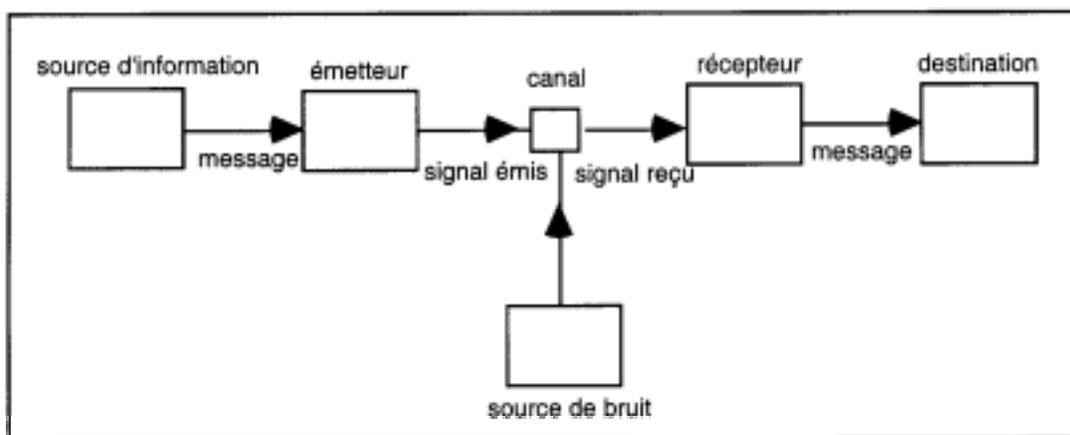


Figure 1 -- Schéma d'un système de communication (Shannon & Weaver, 1949)

Le mérite de Shannon est d'avoir formalisé un processus relativement complexe et d'avoir proposé, selon les mots de Abraham A. Moles (qui signe la préface de l'édition française) :

«une *unité de mesure* de l'efficacité de la communication à la fois extraordinairement générale puisqu'elle laissait entièrement de côté la nature même de la communication effectuée, et très étroite puisqu'elle se référait à une situation bien particulière de caractère technique, celle où l'émetteur veut introduire le maximum de nouveautés chez le récepteur en utilisant au mieux les moyens et les trajets que le monde naturel met à sa disposition pour se relier à lui» (préface reproduite dans Bougnoux, 1993, p.410).

Shannon définit l'*information* non pas comme une "nouvelle" ou un "renseignement" mais comme une *grandeur statistique abstraite* : le *bit* (contraction de l'expression 'binary digit').

La mesure de Shannon n'est pas une unité de sens; elle représente la mesure quantitative de l'incertitude d'un message en fonction du degré de probabilité de chaque signal composant ce message. En d'autres mots, dans cette théorie de la communication, l'information "n'est pas tellement liée à ce que l'on dit mais plutôt à ce que l'on pourrait dire" (Weaver, 1993, p.419). Comme c'est le *coût* de l'information qui importe dans le système général de communication, l'information de Shannon est *insensée* selon les mots de E. Morin (1977). Parce qu'ils sont tous deux improbables pour le récepteur, un poème ou une suite aléatoire de lettres combinées sont équivalents parce qu'ils contiennent le même nombre de *bits*.

Pour comprendre comment il se fait que, dans ce modèle, l'information contenue dans un message n'ait rien à voir avec le *sens* de ce message, il faut se rapporter au contexte dans lequel Shannon a élaboré sa théorie. À la fin des années '40, les ingénieurs des Laboratoires Bell cherchaient depuis longtemps à améliorer le rendement du télégraphe. Or, l'émetteur, qui envoie un message par télégraphe à un récepteur, *sait* qu'il a quelque chose à dire à quelqu'un *capable* de comprendre ce qu'il a à dire (Morin, 1977). Ce n'était donc pas le sens du message qui importait pour ces ingénieurs mais la *vitesse* de transmission du message, la *réduction* des pertes en cours de transmission (pertes dues au bruit) et la *quantité* d'information "émettable" en temps donné (Winkin, 1981). En proposant de mesurer la quantité d'information renfermée dans un message, la théorie de Shannon a permis aux ingénieurs de travailler sur les aspects techniques de la transmission de l'information et sur la réduction des sources de bruit qui la dégradent. Ainsi, en développant un moyen de résoudre un problème technique, Shannon a introduit une "révolution conceptuelle qui a permis de donner consistance au concept d'*information*" le faisant passer "d'une conception centrée sur l'*acte* d'informer (*informer/être informé de...*), à une conception reconnaissant son indépendance à l'objet possible de cet acte (*recevoir/transmettre une information*)."  
(Auroux, 1990). Après Shannon, on ne s'informer plus, on recevra des informations...

### 2.1.1.2 Du télégraphe à la chaîne -- physique et biologie du langage

Depuis 1949, le modèle et les concepts shannoniens de la communication ont été repris et intégrés dans diverses disciplines, dont la sociologie, l'anthropologie, la psychologie et la linguistique (Winkin, 1981). En linguistique par exemple, certains n'ont conservé que la forme générale du modèle et ses composantes et ont proposé leur propre variante de la communication. Le linguiste R. Jakobson (1963) propose un modèle qui ressemble fort à celui de Shannon : un destinataire, un destinataire et entre les deux, les contexte, message,

contact et code. Pour A. Clas, un autre linguiste, la communication est “le transfert d’une information au moyen d’un message, qui a été codé, d’un émetteur à un récepteur par le biais d’un canal” (1983, p.7). En orthophonie et en audiologie, on utilise les concepts d’émetteur et de récepteur, et de transfert d’information, mais on connaît aussi et probablement mieux l’autre modèle des Laboratoires Bell : la *Chaîne de communication verbale*, des ingénieurs P. Denes et E. Pinson.

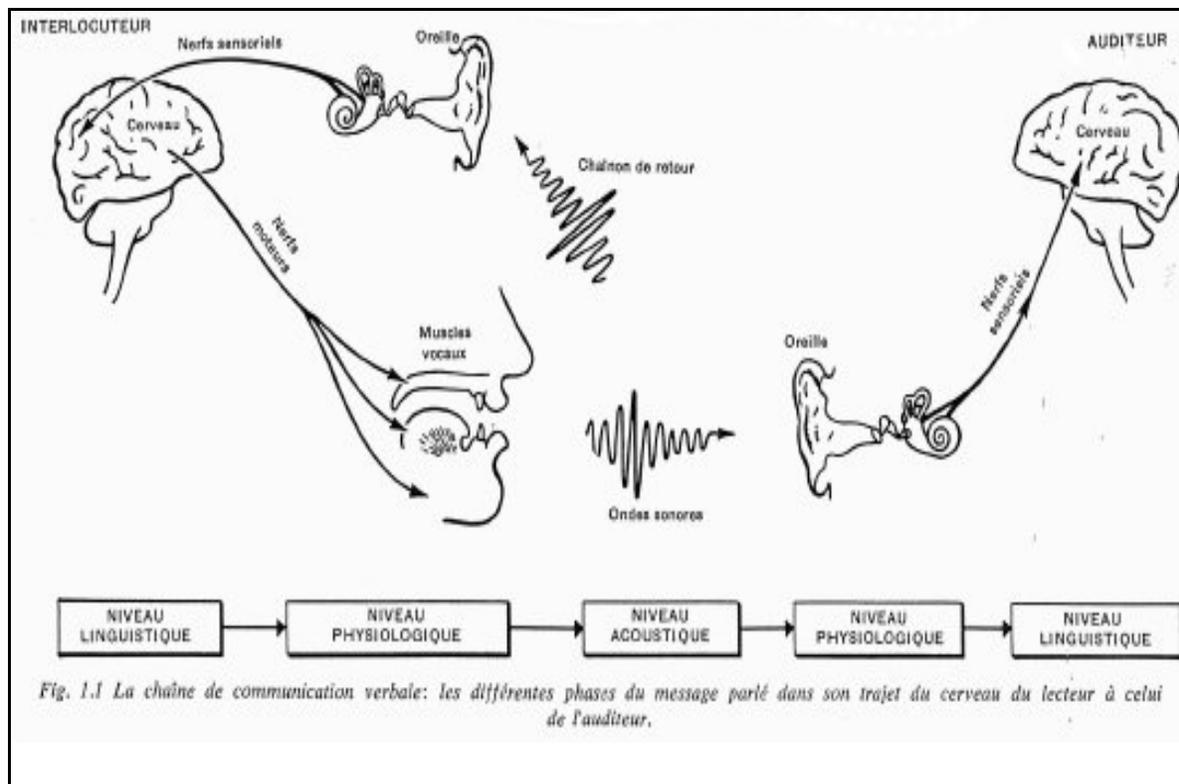


Figure 2 -- Chaîne de la communication verbale (Denes & Pinson, 1963)

Publiée en 1963, la *Chaîne de communication verbale* a pour sous-titre : physique et biologie du langage. Ses auteurs illustrent l’activité de communiquer par quelques unes des structures anatomiques impliquées dans cette activité (voir figure 2). Sont donc représentés le cerveau, l’oreille et la bouche de l’interlocuteur -- ce qui correspond à la portion émission du modèle de Shannon --, tandis que la portion réception est schématisée par l’oreille et le cerveau de l’auditeur. Entre interlocuteur et auditeur, des ondes sonores. Que l’on retrouve également entre la bouche et l’oreille de l’interlocuteur, illustrant le phénomène de la rétroaction qui permet à l’interlocuteur de s’auto-corriger. L’activité de communiquer se résume par la séquence suivante : l’interlocuteur choisit les mots de son message, active les nerfs et les

muscles oraux et transforme son message en ondes sonores. Celles-ci parviennent à l'oreille de l'auditeur et produisent une activité nerveuse et perceptuelle, laquelle mène à la reconnaissance des mots prononcés par l'interlocuteur (Denes & Pinson, 1963). Les auteurs de la *Chaîne* ne se réfèrent pas au *Système général de communication* mais la parenté de leur modèle avec celui de Shannon ne fait aucun doute : les deux modèles reposent sur le principe de la transmission d'informations. C'est là, semble-t-il, la marque des Laboratoires Bell.

Les deux modèles des Laboratoires Bell ont eu un succès certain auprès des linguistes et des orthophonistes et audiologistes, ces derniers voyant plus particulièrement dans la *Chaîne* une façon commode de représenter les différents troubles qui perturbent la transmission des messages verbaux. Le succès de ces deux modèles tient également au fait qu'ils "raisonnent dans une linéarité cause-effet" (Mucchielli, 1998) et permettent de catégoriser les troubles de la communication (ou de la transmission) selon la composante lésée dans le système ou la chaîne.

Il est difficile de trouver des lacunes au modèle de Shannon puisque dans une certaine mesure, sa théorie mathématique de la communication a "une portée très générale, est fondamentale dans les problèmes auxquels elle s'applique et d'une puissance et d'une simplicité classiques dans ses résultats" (Weaver, 1993, p.424). La Théorie mathématique de la communication de Shannon est à la base de la cryptographie, elle apporte sa contribution au problème de la traduction d'une langue en une autre (Weaver, 1993) et a en outre permis l'expansion rapide d'un domaine d'études et de recherches que l'on désigne aujourd'hui comme celui des "nouvelles technologies de l'information et de la communication" (NTIC). Certes, Shannon lui-même a contesté la pertinence de sa théorie pour l'étude du processus de la communication humaine (Sfez, 1994), mais plusieurs chercheurs en sciences humaines, notamment en linguistique, ont été séduits par la généralité de sa théorie. Je présume qu'il en a été de même pour les chercheurs en orthophonie et en audiologie, qui ont dû voir dans la *Chaîne de communication verbale* une façon élégante de schématiser et de circonscrire leurs objets de recherche.

Toutefois, aucun des modèles des Laboratoires Bell ne prend en compte le *contexte* dans lequel s'effectue la transmission d'information ni la nature de la *relation* qui existe entre l'émetteur et le récepteur (ou entre l'interlocuteur et l'auditeur). Or, le *sens* de ce qui est transmis est rarement indépendant du contexte dans lequel l'information est transmise et de la relation entre les interlocuteurs. Ces deux composantes de la communication, occultées dans l'un et l'autre des modèles des Laboratoires Bell, me paraissent essentielles à la

compréhension de ce qui se passe entre deux personnes et qui plus est, lorsque l'une d'elles est atteinte (ou porteuse) d'un trouble.

### 2.1.1.3 Y a-t-il communication quand il y a trouble

L'exemple des interactions verbales d'un couple dont l'un des membres est porteur d'un trouble montre, me semble-t-il, les limites des modèles des Laboratoires Bell. Je reprends ici les mots de Martin, le même conjoint cité dans le chapitre précédent :

*«Avant on pouvait avoir des discussions... Elle a encore beaucoup, sinon plus de vocabulaire que moi, mais étant donné que c'est plus long, pour elle, de s'exprimer, on n'a plus les mêmes discussions qu'avant là. On a les mêmes discussions là, mais, j'veux dire... c'est différent, c'est sûr. Là... on se comprend, on va finir par se comprendre, on va brasser des idées peut-être aussi bien, sinon mieux que certaines personnes dans la société mais... elle n'est pas aussi performante qu'avant. Ça, c'est une réalité aussi.»*  
[Martin, janvier 1995].

Dans cet extrait, on comprend que ce n'est pas la transmission d'information qui a changé dans les discussions entre Martin et sa conjointe devenue aphasique, que ce qu'il appelle la "performance". On pourrait dire que la transmission est plus longue sans qu'il y ait nécessairement moins de "bits" transmis. Et que ce qui a changé, ce qui est désormais différent dans leurs discussions, n'est d'ordre technique. La communication qui existe entre Martin et sa conjointe ne peut pas être appréhendée au moyen des modèles des Laboratoires Bell. En effet, l'hypothèse qui sous-tend ces modèles est la suivante : l'émetteur-locuteur et le récepteur-auditeur ont un répertoire commun, c'est-à-dire un code qui contient les catégories de signaux utilisables (une langue commune par exemple) (Morin, 1977). Peut-on dire que Martin et sa conjointe ont encore un répertoire commun? Mais comme la transmission de messages est encore possible en dépit de l'aphasie, laquelle des composantes du *Système général de communication* ou de la *Chaîne de communication verbale* est affectée? l'émetteur? le récepteur? le cerveau du locuteur aphasique qui envoie un message? le cerveau de l'auditeur aphasique qui reçoit le message? L'aphasie pourrait-elle être ce que Weaver (1993) appelle un bruit sémantique, c'est-à-dire une source de bruit placée entre la source d'information et l'émetteur?

Mais peu importe où l'on situe l'aphasie dans l'un et l'autre des modèles des Laboratoires Bell, il reste que l'aphasie change le *contexte* de la transmission des messages entre Martin et sa conjointe aphasique. Et si l'on veut comprendre les problèmes de communication entre

l'émetteur-locuteur et le récepteur-auditeur, on peut difficilement faire abstraction, de la *relation* qui existe entre eux, du *sens* des messages qu'ils s'échangent et des *règles* qu'ils respectent dans leurs échanges.

Pour rendre compte d'un phénomène aussi complexe qu'une conversation entre deux ou plusieurs personnes et comprendre ce qui se produit en conversation entre deux personnes dont l'une est aphasique, il faut, me semble-t-il, un modèle qui ne passe pas uniquement par les concepts d'émetteur, de récepteur et du canal. Pour rendre compte d'un phénomène aussi complexe qu'un problème de communication entre deux personnes dont l'une est aphasique, il ne faut pas, me semble-t-il, se limiter aux perturbations de la propagation des ondes sonores et aux lésions des structures anatomo-physiologiques. Pour qu'il soit utile aux orthophonistes et aux audiologistes, ce modèle de la communication devra inclure le sens du message, le contexte et la relation, pour ne nommer que ces éléments.

### 2.1.2 *Penser à nouveau la communication ou penser une nouvelle communication*

Comme les deux modèles des Laboratoires Bell mais plus spécialement celui de Shannon, ont été contesté dans leur rôle de matrice de référence pour les sciences de la communication (Dortier, 1998), plusieurs chercheurs en sciences humaines et sociales<sup>9</sup> ont repris la réflexion pour trouver une alternative à ces modèles.

La *Nouvelle communication*<sup>10</sup> n'est pas un modèle comparable à ceux des Laboratoires Bell. En effet, ses principes et ses concepts ne se présentent pas sous forme de boîtes et de flèches uni- ou bidirectionnelles qui les relient. Plusieurs réfèrent à ce modèle en utilisant l'analogie de l'orchestre jouant sans chef ni partition<sup>11</sup> (Winkin, 1981; Mucchielli, 1998). Selon les chercheurs et les cliniciens qui ont réfléchi à une alternative au modèle télégraphique de la communication, le modèle de Shannon a été conçu *par* et *pour* des ingénieurs en télécommunications. En fait, le *Système général de communication* ne permet pas d'étudier la

---

<sup>9</sup>Qui font partie de ce que Winkin appelle un *collège invisible*, sorte de réseau informel au sein duquel les membres s'échangent des idées, des visites, des pré-publications.

<sup>10</sup>L'expression est de Y. Winkin dont l'ouvrage éponyme retrace les développements de cette manière alternative de penser la communication.

<sup>11</sup>Dans son chapitre sur *Les modèles de la communication*, Mucchielli (1998) illustre le modèle orchestral de la communication au moyen de cercles et de flèches. Bien que cette représentation soit plus complexe que celle du Système général de communication, il reste qu'elle est relativement simple et ne rend pas justice aux innombrables dimensions de la communication.

communication interpersonnelle selon une perspective propre aux sciences humaines<sup>12</sup> (Winkin, 1981). L'utilisation du modèle de Shannon en linguistique, en psychologie, en anthropologie, laisse entendre que l'homme n'est qu'un "esprit engagé dans un corps, émettant des pensées sous forme de chapelets de mots" (Winkin, 1981, p.22) et que la communication interpersonnelle est un acte verbal, conscient et volontaire. Or, pour ces chercheurs, "le concept de communication devrait comprendre tous les processus par lesquels les gens s'influencent les uns les autres" (Bateson & Ruesch, 1988, p.18). En somme, la recherche sur la communication ne commence qu'à partir du moment où l'on se demande : " parmi les milliers de comportements corporellement possibles, quels sont ceux retenus par la culture pour constituer des ensembles significatifs?" (Winkin, 1981, p.23).

La communication est un processus social permanent qui intègre de multiples modes de comportements : parole, geste, regard, mimique, espace interindividuel, etc. et les messages issus de ces divers modes de comportements n'ont de *sens* que dans le *contexte* de l'interaction (Winkin, 1981). L'étude de la communication humaine et des troubles qui l'affectent devrait donc passer par l'observation et l'analyse du contexte des interactions. À cet égard, la *Théorie générale des systèmes* du biologiste L. von Bertalanffy sera déterminante pour certains chercheurs qui souhaitent étudier les troubles de la communication associés à la maladie mentale par exemple (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1979). Sous l'angle de la théorie de von Bertalanffy, la famille est un système ouvert pourvu des propriétés suivantes : la *totalité* [tout changement même mineur d'un des éléments retentit sur l'ensemble du système], la *non-sommativité* [l'interaction constante des éléments du système fait émerger des qualités propres au système], l'*équifinalité* [les interactions à l'intérieur du système sont codifiées et cette cohérence n'apparaît que lorsque la finalité du système est étudiée] et l'*homéostasie* [le maintien d'une stabilité du système par le mécanisme de la rétroaction] (Alberne & Alberne, 2000).

Je n'évoquerai ici que quelques uns des concepts et des dimension de la *Nouvelle communication*, ceux qui me paraissent utiles à l'étude de la communication interpersonnelle en orthophonie et en audiologie. Je renvoie le lecteur aux ouvrages (en français) de Winkin (1981), Bougnoux (1993), Cabin (1998), Blanchette (1999) et Alberne et Alberne (2000) pour un tour d'horizon complet des travaux qui ont contribué à l'émergence de cette autre façon de penser la communication.

---

<sup>12</sup>Et je dirais que c'est le cas également de la *Chaîne de communication verbale*, qui est une sorte de transposition du modèle de Shannon, ne permet pas non plus d'étudier la communication interpersonnelle selon la perspective des sciences humaines.

### 2.1.2.1 La relation comme système et le système comme contexte

La nouvelle façon de penser la communication est redevable aux idées de l'anthropologue britannique Gregory Bateson, à qui l'on doit, entre autres, l'hypothèse de la double contrainte (ou "double bind"), une hypothèse qui s'est révélée utile à la compréhension des troubles de la communication associés à la schizophrénie. Son interprétation de la théorie des types logiques de Whitehead et Russell et des paradoxes l'a conduit à affirmer que chaque message, qu'il soit sous forme d'impulsions dans un système nerveux ou de mots dans une conversation, comporte deux sortes de significations : d'une part, le message est *indicatif* et d'autre part il est *impératif*. Quand A parle à B, les mots utilisés parlent de A à B et sont une cause des actions ultérieures de B (Bateson & Ruesch, 1988). Autrement dit, le message est à la fois une information et un énoncé sur la façon dont cette information doit être comprise. La double contrainte résulte d'une confusion entre les deux significations du message. Elle s'illustre par l'injonction : Sois spontané! (Cabin, 1998); y obéir revient à n'être pas spontané tandis que ne pas y obéir, c'est être spontané, ce que l'injonction commandait...

Certains disent de Bateson qu'il est un touche-à-tout, qu'il a été un des plus grands visionnaires du XX<sup>e</sup> siècle, "un explorateur qui a toujours su voir les liens entre les divers objets et domaines de ses explorations" (Donaldson, dans Bateson, 1996). Et l'un de ces liens est celui de la communication. Dans l'ouvrage que Bateson cosigne avec le psychiatre américain J. Ruesch, *Communication. The social matrix of psychiatry* et dont la première édition est publiée en 1951, on lit la définition suivante de la *communication interpersonnelle* :

«un événement interpersonnel se caractérise par a) l'existence d'actes expressifs d'une ou plusieurs personnes; b) la perception consciente ou inconsciente de tels actes expressifs par d'autres personnes; c) l'observation en retour que ces actions expressives ont été perçues par d'autres; percevoir que l'on a été perçu influence profondément et change le comportement humain.» (Bateson & Ruesch, 1988, p.28).

Et une *information* (ou une idée ou un ordre) au sens où l'entend Bateson, est une différence perçue et significative, qui n'existe qu'en contexte, qu'en relation : l'information est une "différence qui fait une différence" (Bateson, 1996).

La reconnaissance de l'immense contribution de Bateson au développement de la *Nouvelle communication* -- et des approches psychothérapeutiques dérivées (la thérapie brève par exemple) -- est en partie due aux travaux et aux publications de ses disciples et collègues du

Mental Research Institute (MRI) et membres de l'École de Palo Alto, dont le représentant le plus connu est le philosophe et linguiste Paul Watzlawick.

Avec ses collègues Janet Beavin et Don Jackson (psychiatre et fondateur du MRI), Watzlawick publie en 1967 *Une logique de la communication*, un ouvrage qui fera date et contribuera à diffuser les idées de Bateson. Le cadre de référence adopté par ces auteurs permet d'examiner les psychopathologies en écartant la notion d'inconscient (une boîte noire dont la connaissance du fonctionnement importe moins que l'observation des relations entre les entrées et les sorties d'information), en écartant le passé (l'étude directe de la communication d'un individu avec les membres de son entourage permet d'identifier des modèles de communication qui ont une valeur diagnostique), et en privilégiant l'étude des *effets* d'un comportement plutôt que la recherche de ses causes (questionner la finalité d'un comportement dont la cause reste obscure peut fournir une réponse valable). Guidés par le principe de la rétroaction, ils affirment la circularité des modèles de la communication et relativisent les notions de normal et de pathologique : un comportement ne se comprend que si le contexte où il se produit est pris en compte. En outre, l'état d'un patient n'est pas immuable : il varie en fonction de sa situation interpersonnelle et en fonction aussi des présupposés de l'observateur<sup>13</sup> (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1979).

De l'ouvrage *Une logique de la communication*, on cite souvent les cinq axiomes formulés par ses auteurs, axiomes qui permettent d'étudier les troubles qui affectent la communication interpersonnelle. Le plus célèbre, *on ne peut pas ne pas communiquer* est un syllogisme reposant sur deux prémisses : tout comportement est une communication, or on ne peut pas ne pas se comporter, donc, on ne peut pas ne pas communiquer. Il faut comprendre qu'ici la communication a le sens d'un transfert d'information (Landry Balas, 1999). Auparavant, Bateson et Ruesch (1988) ont proposé de définir la communication comme "tous les processus par lesquels les gens s'influencent les uns les autres", une définition reposant sur le postulat que "toutes les actions et tous les événements possèdent des aspects communicationnels dès qu'ils sont perçus par un être humain" (p.18). Le deuxième axiome a

---

<sup>13</sup>L'étude de Rosenhan, *On being sane in insane places*, l'a bien montré : pour cette étude, huit personnes se plaignant d'hallucinations ont demandé à être hospitalisées dans un hôpital psychiatrique pour suivre un traitement. Dès leur admission, elles ont déclaré ne plus avoir d'hallucination et se sont comportées d'une façon qu'on aurait considéré normale en dehors d'un hôpital psychiatrique. Or, ces faux patients ont été traités entre 7 et 52 jours et sont sortis avec un diagnostic de schizophrénie en rémission... Pas une seule de ces personnes n'a été identifiée comme un faux patient. Les comportements normaux étaient au contraire considérés comme des preuves supplémentaires de la justesse du diagnostic. Le diagnostic crée donc une réalité... (La réalité est une construction, Entretien avec Paul Watzlawick, in Cabin, 1998).

trait aux deux aspects que présente toute communication : *le contenu et la relation*<sup>14</sup> tels que *le second englobe le premier et par suite est une métacommunication*. Le troisième affirme que *la nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires*<sup>15</sup>. Quatrième axiome : les êtres humains usent de *deux modes de communication : digital et analogique*<sup>16</sup>. Enfin, cinquième et dernier axiome : *tout échange de communication est symétrique ou complémentaire selon qu'il est fondé sur l'égalité ou la différence* (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1979). En santé mentale, les implications cliniques de ces principes ont été considérables : la thérapie familiale de type systémique est largement inspirée des travaux de l'École de Palo Alto, lesquels se sont à leur tour inspirés de la *Théorie générale des systèmes* (Albernehe & Albernehe, 2000).

#### 2.1.2.2 Relation et contexte au quotidien -- les rituels d'interaction

Toute communication s'inscrit dans un *contexte*, lequel donne un sens à l'énoncé verbal et permet de comprendre la relation entre les interlocuteurs. Or, le contexte est un cadre symbolique porteur de normes, de règles, de modèles et de rituels d'interaction (Marc, 1998). Et à cet égard, les travaux du sociologue Erving Goffman (formé à l'École de Chicago) ont contribué à l'ajout d'autres dimensions dans le modèle de la *Nouvelle communication*. Les recherches de Goffman sont traversées par le thème de la communication : qu'il s'intéresse à la vie des habitants d'une île ou à celle des reclus d'un asile, aux rituels d'interaction, à la mise en scène de la vie quotidienne ou encore aux interactions faussées entre individus normaux et individus stigmatisés, Goffman décrit minutieusement les comportements qui font les interactions sociales (Picard, 1998). Dans l'ouvrage *Les rites d'interactions*, Goffman développe la thèse selon laquelle l'acteur tend toujours à assurer une maîtrise des impressions qu'il produit de manière à préserver sa *face* et celle de ses partenaires. Ainsi, il décrira et organisera le "système de pratiques, de conventions et de règles de procédure qui sert à orienter et à organiser le flux des messages émis." (1974, p.33). Goffman observe les différents comportements qui marquent les rencontres en face à face et dresse une sorte de grammaire des rites d'interaction qui règlent les relations sociales dans la vie quotidienne (Marc & Picard, 1996). La fonction des rituels sociaux est de faciliter le lien entre les

<sup>14</sup>Bateson utilise plutôt les termes "indice" et "ordre" ("report" et "command") pour désigner ces deux aspects du message (Bateson & Ruesch, 1988).

<sup>15</sup>L'exemple de la course aux armements montre de manière éloquent les effets d'un désaccord sur la façon de ponctuer les faits... (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1979).

<sup>16</sup>Dans la présentation qui est faite du livre *Une logique de la communication* dans l'ouvrage collectif *Sciences de l'information et de la communication*, on précise que le mode analogique opère dans l'élément de la *ressemblance*, tandis que le mode digital procède d'une opposition binaire. (Bougnoux, 1993, p.239)

individus et de désamorcer l'agression; souvent, le non respect d'un rituel est interprété comme une offense (Marc & Picard, 1996).

Dans la lignée des travaux de Goffman, C. Javeau s'est intéressé aux microrituels dont le banal "Ça va? Ça va!" que s'échangent deux individus qui se rencontrent (Javeau, 1998). À la fois rituel de présentation et d'évitement, cette "parlure vacante" (le "small talk", une parole qui peut recevoir de multiples significations) ne prend son sens qu'à travers la relation qui lie les interlocuteurs et le contexte dans lequel a lieu la rencontre. À travers un échange aussi bref, est réaffirmé le lien, pas nécessairement profond, qui unit les deux interlocuteurs. Javeau montre également que "[t]out échange s'articule sur une trilogie dimensionnelle, à savoir . Dans le cas d'un échange verbal du type "Ça va? Ça va!", et qui relève des rencontres furtives ou fortuites, le *prétexte* est la coprésence physique des interlocuteurs, le *contexte* est celui qui est fourni par le cadre et par les stocks de compétence mis en œuvre et le *texte* est ce qui est dit ou montré." (Javeau, 1998, p.106-7).

D'autres éléments caractérisent le contexte et l'interaction au quotidien : il en est ainsi des gestes, de l'espace et du temps. La *Nouvelle communication* s'est enrichie des recherches de Edward Hall, anthropologue, qui s'est intéressé au problème des chocs culturels et à la représentation de l'espace et aux codes de la gestion du temps dans différentes cultures. Depuis ses travaux, on parle des "bulles", qui sont des distances interpersonnelles (intime, personnelle, sociale et publique) : c'est l'organisation sociale de l'espace ou la *proxémique*. Quant à l'introduction des gestes dans la *Nouvelle communication*, c'est à un anthropologue féru de linguistique qu'en revient le crédit. En étudiant les mouvements qui accompagnent les énoncés verbaux, Ray Birdwhistell, le père de la *kinésique*, a réintroduit la gestualité dans le langage (Marc & Picard, 1996). Pour Birdwhistell, la description d'un geste ou d'une parole en relation avec d'autres gestes et d'autres paroles demande que l'individu et ses actes soient insérés dans un contexte : l'analyse porte alors sur le système qui a rendu l'échange possible (Winkin, 1981). Pour Birdwhistell, l'individu ne communique pas : il prend part à une communication, il n'en est ni l'origine, ni l'aboutissement.

Bien qu'il n'ait pas été étudié par les chercheurs de la *Nouvelle communication*, le *silence* mérite, me semble-t-il, une place dans ce modèle alternatif de la communication. Car, selon l'anthropologue David Le Breton, "silence et parole ne sont pas contraires, l'un et l'autre sont actifs et signifiants, le discours n'existe pas sans leur liaison mutuelle" (p.18). Et si, poursuit-il, "la possibilité du langage caractérise la condition humaine et fonde le lien social,

le silence, lui, préexiste et perdure dans l'écheveau des conversations qui inéluctablement rencontrent à leur origine et à leur terme la nécessité de se taire" (Le Breton, 1997, p.19).

### 2.1.3 La communication -- principal objet de l'orthophonie et de l'audiologie

Si la communication n'est pas un nouvel objet pour l'orthophoniste et l'audiologiste, elle n'est pas encore le principal objet de ces disciplines. En tout cas, si j'en juge par l'absence relative des auteurs de la *Nouvelle communication* dans le corpus des connaissances en orthophonie et en audiologie. La prise en compte des éléments clés de la *Nouvelle communication* -- relation, contexte et rituels d'interaction -- est relativement récente au sein de ces disciplines. Cela tient peut-être au fait que la *Nouvelle communication* n'a pas été schématisée aussi simplement que ne le furent les modèles des Laboratoires Bell. Reste la métaphore de l'orchestre pour suggérer la complexité de la communication, un orchestre dont les musiciens jouent sans partition ni chef et qui n'exclut aucun musicien pouvant produire des notes, justes ou fausses.

Si la communication était le principal objet de l'orthophoniste et de l'audiologiste, il me semble qu'ils auraient intégré dans leur pratique les différents principes de la *Nouvelle communication*. Si l'orthophoniste et l'audiologiste adoptaient l'axiome "on ne peut pas ne pas communiquer", pourraient-ils dire d'une personne qu'elle ne communique pas? Seraient-ils en meilleure posture pour reconnaître les moyens par lesquels une personne qui n'utilise plus le langage (verbal) selon des règles connues communique malgré tout? Si la communication était le principal objet de leurs interventions, l'orthophoniste et l'audiologiste s'intéresseraient-ils davantage aux différents systèmes auxquels prend part le porteur de symptômes, à commencer par le système thérapeutique (Elkaïm, 1989), c'est-à-dire celui qu'ils forment eux-mêmes avec cette personne? Si ces praticiens examinaient les différents contextes dans lesquels leurs patients interagissent, s'ils s'intéressaient aux règles et aux rituels d'interaction que leurs patients respectent ou transgressent, cela changerait-il leurs interventions? Il est probable que oui. J'imagine très bien qu'en faisant de la communication leur principal objet de pratique, l'orthophoniste et l'audiologiste incluraient nécessairement le partenaire de communication puisqu'ils interviendraient sur le (système du) couple ou encore sur le système familial.

En attendant, il est un autre objet, le handicap, qui a fait une entrée dans l'une et l'autre des disciplines, changeant la perception des conséquences des troubles qui perturbent la

communication et, par le fait même, la façon de les étudier. C'est d'ailleurs par l'intermédiaire d'une étude sur le handicap que la présente étude a vu le jour. En m'intéressant aux dimensions sociales des troubles de la communication, j'en suis arrivée, indirectement, à m'interroger sur la communication. Qui sait si l'intérêt pour les dimensions sociales des troubles qui perturbent la communication ne conduira pas les orthophonistes et les audiologistes à penser autrement les troubles et à penser autrement la communication?

C'est pourquoi dans les pages qui suivent j'examine les modèles de la *Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps* (WHO, 1980) et du *Processus de production du handicap* (Fougeyrollas et coll., 1996).

## 2.2 *Le handicap -- un nouvel objet pour l'orthophoniste et l'audiologiste?*

Le besoin de définir et de structurer les manifestations des maladies chroniques afin de faciliter la planification et l'évaluation des services est né avec l'augmentation de la morbidité due aux maladies chroniques, évolutives ou irréversibles. Dans les années '70, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fait appel au Dr Philip Wood pour trouver un moyen d'organiser et de classifier des phénomènes en apparence disparates et surtout de les considérer dans une perspective différente de celle de la Classification Internationale des Maladies (Wood, 1987). En effet, malgré de multiples révisions, les catégories de la CIM ne rendaient pas compte des effets des maladies dont la cause sous-jacente ne peut être éliminée (comme dans le cas du diabète). La CIM se fonde sur le modèle médical de la maladie, c'est-à-dire un modèle séquentiel du type étiologie>pathologie>manifestation. Lorsqu'en 1980 paraît la *Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps*<sup>17</sup>, on assiste alors à une révision de la façon de concevoir les conséquences des maladies chroniques.

### 2.2.1 *La CIDIH -- un modèle de base*

La CIDIH (voir figure 3) est fondée sur des catégories qui correspondent à trois niveaux de l'expérience de la maladie : la *déficience*, associée à l'extériorisation de l'état pathologique, "correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction

---

<sup>17</sup>La CIDIH, ou dans sa version anglaise ICDIH (International classification of impairments, disabilities and handicaps) est aussi désignée par l'acronyme CIH (Classification internationale des handicaps), lequel réfère à la traduction française de 1988 du premier document publié en anglais 1980 par la World Health Organization (OMS).

psychologique, physiologique ou anatomique” (OMS, 1988, p.23). L’*incapacité*, associée à l’objectivation de l’état pathologique, “correspond à toute réduction (résultant d’une déficience), partielle ou totale, de la capacité d’accomplir une activité d’une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain” (OMS, 1988, p.24). Et le *handicap*, ou le *désavantage*, associé à la socialisation de l’état pathologique, “résulte d’une déficience ou d’une incapacité qui limite ou interdit l’accomplissement d’un rôle normal (en rapport avec l’âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels)” (OMS, 1988, p.25).

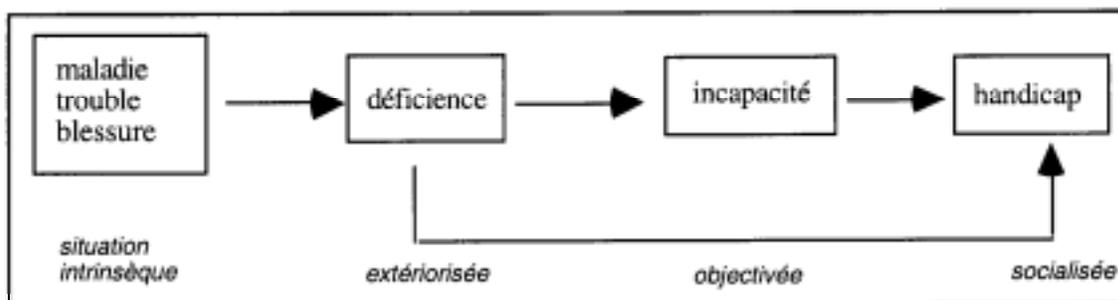


Figure 3 -- Schéma du modèle de la CIDIH, Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (WHO, 1980)

Bien que le schéma de la CIDIH suggère une progression linéaire, ses auteurs précisent que “la situation est en fait plus complexe” (OMS, 1988, p.26). Un handicap peut résulter d’une déficience sans qu’il y ait d’incapacité intermédiaire (ce que montre la flèche du bas) ou encore, il peut y avoir interruption à tout niveau : une personne peut être déficiente sans incapacité ou présenter une incapacité sans handicap. Il faut aussi considérer la possibilité qu’il y ait rétroaction le long de la séquence : ainsi, certains handicaps peuvent engendrer des incapacités ou même la déficience de certaines facultés (OMS, 1988).

Contrairement aux nomenclatures attenantes aux deux premières catégories -- les déficiences et les incapacités --, la nomenclature des handicaps est plutôt fruste au moment de la première publication de la CIDIH. Cela s’explique par le fait qu’il est difficile de “mesurer” directement le handicap (WHO, 1993). Ainsi, il n’y a que six catégories de handicaps, toutes basées sur les rôles de survie : l’OMS définit les capacités liées à l’*orientation*, à l’*indépendance physique*, à la *mobilité*, aux *occupations*, à l’*intégration sociale* et à l’*indépendance économique* comme étant fondamentales tant à l’existence et à la survie de la personne comme être social qu’à ce que la société attend de l’individu dans toute culture (OMS, 1988). C’est de cette manière que l’OMS relève le défi de classer les handicaps qui

résultent d'une déficience ou d'une incapacité et ce, de façon à ce que cela s'applique aux individus de toutes les cultures -- ce qui est l'objectif d'une classification internationale.

Depuis sa parution en 1980, la CIDIH a suscité de nombreuses critiques qui ont forcé son principal concepteur à faire une mise au point. Selon P. Wood, la CIDIH n'est pas un outil prêt à l'utilisation, c'est une taxonomie dont il est inapproprié de se demander si elle est valide ou fiable (Wood, 1987). En outre, la CIDIH n'est pas un système complet ni une classification des personnes, elle n'est pas un outil de recherche, ni un système d'évaluation. La CIDIH n'est pas non plus une base de normalisation, ni une façon de classer les services. Selon certains utilisateurs de la CIDIH, cette classification "repose sur une méthode en vue d'identifier des éléments significatifs formant ensemble les conséquences des maladies (le *modèle*), ce qui permet d'étudier les rapports que ces éléments entretiennent entre eux (le *processus*) et d'éclairer les décisions d'aide et de soins (la *stratégie*).” (Chapireau, 1998, p.77). Trois étapes distinctes mais complémentaires comme le sont la lecture de la carte géographique d'un pays, la recherche d'un itinéraire et le choix des moyens matériels de voyager.

Au Québec, en matière de prévention des déficiences, de l'adaptation-réadaptation et de l'intégration sociale des personnes handicapées, la CIDIH a servi à l'élaboration de la politique *À part... égale*, une politique adoptée par le gouvernement en 1985 (Fougeyrollas et coll., 1996). La CIDIH a également eu une certaine influence aux États-Unis, durant la préparation du *American with Disabilities Act* (WHO, 1993). La CIDIH a été adoptée dans les milieux de la santé, organisant et réorganisant les savoirs dans le champ de la réadaptation et renouvelant la compréhension des manifestations chroniques des diverses pathologies. Toutefois, depuis sa publication, nombreux sont ceux qui ont proposé des modifications au modèle et à sa nomenclature, enclenchant au début des années '90 une révision majeure de la CIDIH. À cet égard, il faut souligner les travaux d'un groupe de chercheurs et de cliniciens québécois qui milite depuis plusieurs années au sein de l'OMS afin de rendre plus explicite le rôle de l'environnement physique et social dans la production du handicap (Fougeyrollas et coll., 1996).

### 2.2.2 Penser le handicap chez les tiers

En orthophonie et en audiologie, les catégories du modèle de la CIDIH sont utiles pour appréhender les dimensions de l'expérience des troubles qui perturbent la communication,

des troubles qui ont souvent des caractéristiques similaires à celles des maladies chroniques. Toutefois, l'une des dimensions de l'expérience de l'aphasie, pour reprendre l'exemple cité plus haut, n'est pas prise en compte dans le modèle de la CIDIH : le handicap du tiers. Or, lorsque Martin affirme être le "grand oublié" dans l'histoire de l'aphasie de sa conjointe, n'affirme-t-il pas du même coup que l'aphasie a aussi des conséquences pour lui, le partenaire de communication?

L'application rigoureuse de la définition du handicap contenue dans la CIDIH exclut la possibilité d'un handicap chez un tiers. Dans les commentaires qui suivent la définition de cette catégorie de conséquences, les auteurs de la CIDIH reconnaissent l'ambiguïté de la situation de l'individu qui n'a pas de déficience mais souffre d'un handicap "par suite d'une maladie chronique ou d'une incapacité chez un membre de sa famille qui requiert son aide" (OMS, 1988). Mais aucune solution n'est proposée pour lever cette ambiguïté. Comment alors classer les conséquences subies par les partenaires de communication? Comment parler du phénomène du handicap associé à un trouble de la communication et relier les différents éléments qui contribuent au handicap, si l'expérience et les difficultés du partenaire de communication sont occultées? Par ailleurs, si l'intervention de réadaptation a pour but d'atténuer les effets des déficiences, incapacités et handicaps subies par le porteur du trouble, a-t-elle également pour but de réduire les effets "indirects" du trouble qui sont vécus par les proches? Comment intégrer dans un même modèle l'ensemble des conséquences d'un trouble tout en évitant de "médicaliser" la dimension sociale de ce trouble, ce que d'aucuns ont déjà décrié (Pfeiffer, 1998)?

La nomenclature des handicaps de la CIDIH -- que d'aucuns qualifient de déficiente'...-- a fait l'objet d'un certain nombre d'études et de travaux qui ont mené un groupe de chercheurs et de cliniciens du Québec à proposer une nouvelle nomenclature et un nouveau modèle destiné à remplacer la CIDIH.

### *2.2.3 De la CIDIH au Processus de production du handicap*

Dès le début des années '90, l'Organisation mondiale de la santé a instauré un processus de révision de la CIDIH. À l'agenda de l'OMS, il était prévu de compléter la révision de sa classification et d'en publier la version révisée finale avant la fin de 1999 (en fait, la version finale fut publiée en mai 2001). Parmi les groupes consultés par l'OMS pour réviser la CIDIH, un groupe du Québec a reçu le mandat de proposer des améliorations au troisième

niveau de la CIDIH, le handicap. Particulièrement actif depuis 1986, le Comité québécois de la CIDIH (CQCIDIH)<sup>18</sup>, vise à faire reconnaître la nature essentiellement interactive du handicap. Depuis, les travaux et les consultations menés par les membres de ce comité les ont conduit à proposer non seulement une révision de la catégorie des handicaps, mais une classification entièrement remaniée de *tous* les niveaux de la classification (Fougeyrollas et coll., 1996).

Dans la version quasi-finale de leur classification publiée en 1996 par le CQCIDIH et intitulée : *Révision de la proposition québécoise de classification : Processus de production du handicap*, on retrouve : 1) un historique de la classification québécoise, 2) une présentation du modèle du *Processus de production du handicap* (le PPH<sup>19</sup>), 3) son schéma conceptuel (reproduit plus loin à la figure 4), 4) les définitions des catégories conceptuelles et 5) des nomenclatures et des échelles de mesure propres à chacune des catégories (Fougeyrollas et coll., 1996).

Dans le but de valider cette proposition, le document a été soumis en 1997 à une vaste consultation auprès de divers groupes professionnels et d'intervenants attachés à des établissements ou à des organismes publics et associatifs. Je reviendrai sur le processus de consultation auquel ont participé les orthophonistes et les audiologistes lorsque j'aborderai la méthodologie de la présente étude. La version finale du PPH a été publiée en 1998.

Le modèle du *Processus de production du handicap* se démarque de son prédécesseur international à plusieurs points de vue. Inspiré d'un modèle anthropologique de développement humain pour tous, le modèle de la production du handicap ne constitue qu'une "variation de possibilités en relation avec la norme biologique, fonctionnelle et sociale dont [les auteurs du PPH] tent[ent] de clarifier le processus de production" (Fougeyrollas et coll., 1996, p.9). C'est en partie la raison pour laquelle le PPH repose sur des concepts positifs qui réfèrent à chacune des dimensions du processus. Le PPH diffère de la CIDIH par l'importance que ses auteurs accordent à la dimension environnementale dans le processus d'intégration sociale et la production du handicap. En effet, cette dimension se retrouve à la fois dans la catégorie des facteurs de risque et dans celle des facteurs environnementaux.

---

<sup>18</sup>Devenu depuis le RIPPH, le Regroupement International sur le Processus de production du handicap.

<sup>19</sup>On réfère à ce document par les expressions suivantes : le Processus de production du handicap, le PPH, la proposition québécoise, la classification québécoise, le modèle québécois.

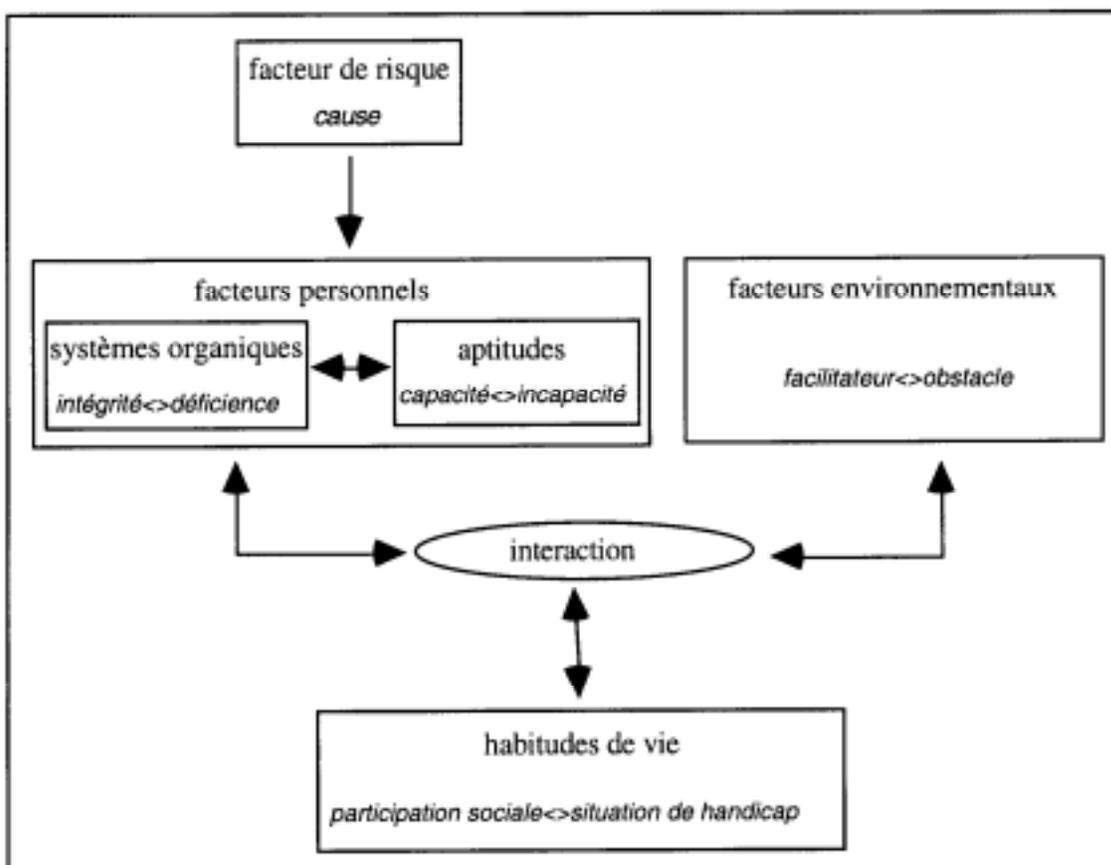


Figure 4 -- *Processus de production du handicap* (Fougeyrollas et coll., 1996; 1998)

### 2.2.3.1 De la déficience et de l'incapacité au système organique et à l'aptitude

Le PPH diffère de son prédécesseur international puisqu'aux niveaux des *déficiences* et des *incapacités* de la CIDIH correspondent respectivement les niveaux des *systèmes organiques* et des *aptitudes*. La notion de déficience est devenue l'un des deux pôles de l'échelle de mesure de la déficience des systèmes organiques, qui va "de l'intégrité à la déficience complète". Il en est de même pour l'incapacité qui est un qualificateur de la catégorie des aptitudes (l'autre qualificateur étant la capacité).

Les différences entre la CIDIH et le PPH sont appréciables dans les catégories qui intéressent l'orthophoniste et l'audiologiste : dans la CIDIH, la classification des *déficiences* regroupe les "déficiences du langage et de la parole", les "déficiences auditives" tandis que dans le PPH, c'est dans la nomenclature des *aptitudes* que l'on trouve les "aptitudes reliées au langage", celles reliées à la parole sont classées dans la catégorie des "aptitudes reliées

aux activités motrices” et celles reliées à l’audition sont classées parmi les “aptitudes reliées aux sens et à la perception”. Dans la CIDIH, c’est dans la catégorie des incapacités qu’on trouve la communication tandis que dans le PPH, la communication est considérée comme une *habitude de vie*.

### 2.2.3.2 Du handicap à l’habitude de vie

Le modèle *Processus de production du handicap* est fondé sur la définition du handicap comme “résultat situationnel d’un processus interactif entre deux séries de causes, soit les caractéristiques des déficiences et des incapacités de la personne découlant de maladies ou traumatismes et les caractéristiques de l’environnement créant des obstacles sociaux ou écologiques dans une situation donnée” (Réseau international CIDIH, 1991, p.18). Comme les concepts positifs ont été privilégiés, c’est à l’*habitude de vie* que renvoie le handicap ou plus précisément, la *situation de handicap*. En effet, celle-ci est devenue l’un des pôles de l’échelle de mesure de la catégorie des *habitudes de vie*, l’autre pôle étant la participation sociale.

L’*habitude de vie* est “une activité quotidienne ou un rôle social valorisé par le contexte socioculturel pour une personne selon ses caractéristiques (âge, sexe, l’identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l’épanouissement d’une personne dans sa société tout au long de son existence.” (Fougeyrollas et coll., 1996, p.26). La participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie tandis que la situation de handicap résulte d’une interaction entre les facteurs personnels (déficience, incapacité et autre caractéristique personnelle) et les facteurs environnementaux (obstacle et facilitateur). Dans la liste des habitudes de vie, outre la communication mentionnée plus haut, se trouvent la nutrition, la condition corporelle, les soins personnels, l’habitation, les déplacements, les responsabilités, les relations interpersonnelles, la communauté, l’éducation, le travail, les loisirs et les autres habitudes.

La *communication*, définie comme “les habitudes d’une personne reliées à la transmission et à la réception de messages de la part d’autres individus, ainsi que de la société”, est subdivisée en quatre sous-catégories, soit la communication orale et corporelle, la communication écrite, la télécommunication et la signalisation (Fougeyrollas et coll., 1996, p.122).

### 2.2.3.3 Les facteurs de risque et les facteurs environnementaux

Deux catégories, qui n'existaient pas dans le modèle de la CIDIH, ont été introduites afin de montrer la nécessité de prendre en compte les variables environnementales dans la production du handicap. Les facteurs de risque, qui font l'objet d'une classification distincte de celle des facteurs environnementaux, font du PPH un "modèle explicatif des *causes*<sup>20</sup> et conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles" (Fougeyrollas et coll., 1996). Un facteur de risque est "un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne" (p.11). Quant à la deuxième catégorie, celle des facteurs environnementaux définis comme "les dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société" (p.14), elle se conjugue à celle des facteurs personnels (systèmes organiques et aptitudes) et influence la réalisation des habitudes de vie.

En tant qu'alternative au modèle des conséquences des troubles qu'est la CIDIH, le *Processus de production du handicap* rejoint l'autre modèle alternatif -- la *Nouvelle communication* -- dont j'ai tracé les grandes lignes dans les sections précédentes. Il s'agit maintenant de savoir quels sont les avantages et les inconvénients de chacun de ces modèles lorsqu'un orthophoniste ou un audiologiste désire rendre compte des dimensions de la conversation entre une personne porteuse d'un trouble et son proche par exemple.

### 2.2.4 Le partenaire de communication -- obstacle ou facilitateur?

Le modèle du *Processus de production du handicap* peut-il lever l'ambiguïté de la situation de l'individu qui n'a pas de déficience mais souffre d'un handicap "par suite d'une maladie chronique ou d'une incapacité chez un membre de sa famille qui requiert son aide" (OMS, 1988)? Il semble bien que non. D'emblée, lorsqu'on se base sur les définitions des catégories conceptuelles du PPH, on est tenté de considérer cet individu, le partenaire de communication, comme faisant partie des facteurs environnementaux. Ce qui signifie par exemple que Martin est soit un facilitateur, soit un obstacle selon qu'il permet à sa conjointe aphasique de réaliser ou non son habitude de vie de communiquer. Lorsqu'on se réfère aux "échelles de sévérité des situations de participation sociale", Martin devient alors une "aide humaine". Dans le cadre du PPH, l'aide humaine renvoie à "toute personne aidant à la réalisation de l'habitude de vie de la personne, telle que les parents, les amis, les préposés, etc. Cela comprend l'aide

---

<sup>20</sup>C'est moi qui souligne.

physique ou la supervision.” (p.128). Le partenaire de communication est une aide qui, au même titre que l’aménagement et l’aide technique, fait en sorte que les habitudes de vie reliées à la communication se réalisent entièrement ou en partie (Fougeyrollas et coll., 1996, p.127). On peut se demander toutefois comment la réalisation de l’habitude de communiquer serait possible sans aide humaine? ou sans partenaire?...

Aide humaine, facilitateur ou obstacle, le partenaire de communication n’entre pas facilement dans le modèle du *Processus de production du handicap*. Dans la version du PPH publiée en 1998, à la question de savoir s’il est possible d’appliquer le PPH aux familles des personnes ayant des incapacités, on peut lire la réponse suivante :

“le modèle peut rendre compte des conséquences des maladies et traumatismes engendrés par le processus de production du handicap d’un de ses membres qui devient la cause d’un problème de santé pour un conjoint par exemple. (...) les déficiences et les incapacités d’un membre influencent les habitudes de vie de tout le groupe.” (Fougeyrollas et coll., 1998, p.18).

Si l’aphasie de sa conjointe est la cause d’un problème non pas de santé mais de communication pour Martin et ses habitudes de vie, dont celle de communiquer, sont perturbées, ne faudrait-il pas considérer l’aphasie non pas comme une cause mais comme un obstacle environnemental? Dans le PPH, tout comme dans la CIDIH, l’expérience des partenaires de communication demeure ambiguë.

Bien que le modèle du *Processus de production du handicap* ait été présenté par certains comme une position de compromis entre un modèle individuel et un modèle social du handicap (Ravaud, 1999), et qu’il reconnaisse explicitement l’importance des variables socioculturelles et physiques dans le processus d’intégration sociale (Fougeyrollas et coll., 1996), ce modèle demeure centré sur un seul individu, généralement le porteur du trouble.

Un dernier mot sur une autre catégorie d’habitudes de vie, celle des relations interpersonnelles. Parce que ces habitudes font l’objet d’une catégorie à part de celle consacrée à la communication, on pourrait penser qu’il est possible de coter l’une des habitudes comme étant “non-réalisée” tandis que l’autre serait “réalisée complètement”. Cela donnerait lieu à des invraisemblances comme la possibilité de communiquer sans avoir de relations interpersonnelles ou, inversement, d’entretenir des relations interpersonnelles sans communiquer...

La cohérence demanderait que soient intégrées l'une et l'autre de ces habitudes. Si la communication interpersonnelle est à la fois et en même temps un contenu *et* une relation, alors les habitudes de vie reliées à la *communication* et celles reliées aux *relations interpersonnelles* ne sont qu'une seule et même catégorie d'habitudes de vie, s'exprimant sous différentes formes, selon différents modes, avec une seule personne comme avec plusieurs.

#### 2.4 En somme...

Qu'ils représentent la communication ou les conséquences des troubles qui la perturbent, la plupart des modèles présentés dans ce chapitre reposent sur des liens de cause à effet. Pour l'orthophoniste et l'audiologiste -- comme pour la plupart des professionnels de la santé-- la recherche de la cause d'un trouble est une étape centrale, indispensable à l'intervention. La prémisse voulant qu'on soit en meilleure posture pour traiter une maladie quand on en connaît la cause fait pencher la balance en faveur des modèles qui facilitent le repérage de la cause. C'est peut-être là une des raisons qui font que les modèles des Laboratoires Bell, de la CIDIH et du PPH se retrouvent dans le corpus des connaissances en orthophonie et en audiologie. Par contre, il est plus difficile de trouver des traces de la *Nouvelle communication* dans ce corpus sauf dans certains ouvrages consacrés au développement du langage chez l'enfant (voir par exemple, Bloom & Lahey, 1978; Lund & Duchan, 1988). Contrairement aux autres modèles, la *Nouvelle communication* et l'approche systémique mettent l'accent sur l'observation des *effets* du trouble en étudiant "directement la communication d'un individu avec les membres de son entourage" (Watzlawick, Beavin et Jackson, 1979, p.40). L'intervenant qui adopte ce type d'approche s'intéresse d'abord à la *finalité* d'un comportement plutôt qu'à sa cause.

Le modèle de la *Nouvelle communication* me paraît plus proche des préoccupations des orthophonistes et des audiologistes que ceux des Laboratoires Bell. En effet, dans un contexte où il est difficile de traiter la cause d'un trouble (ce qui est le cas de la plupart des troubles qui affectent la communication), s'intéresser à la finalité des comportements communicatifs et à la finalité de l'intervention m'apparaît comporter davantage de promesses que de se limiter à la cause des troubles. À ma connaissance, quelques professionnels au Québec ont adapté leur pratique en fonction des principes de l'approche systémique. Toutefois, ces professionnels travaillent surtout auprès des enfants (les patients désignés) et de leur famille (Sylvestre, 1996). Comme ce fut le cas en santé mentale où l'approche systémique et la thérapie familiale

se sont imposées comme des évidences en pédopsychiatrie “avant de devenir pour beaucoup, une nécessité en psychiatrie pour adultes” (Albernhe et Albernhe, 2000, p.9). Qui sait si la même tendance ne s’observera pas dans les services de réadaptation offerts aux adultes affectés par un trouble de la communication?

Ayant recensé ce que je pense être les principaux modèles de la communication et des conséquences des troubles, il me semble que l’oubli dont Martin s’est dit victime ne résulte ni du hasard ni d’une quelconque négligence de la part des professionnels de la réadaptation. Cet oubli serait plutôt le corollaire d’une certaine représentation du trouble de la communication et partant, d’une certaine représentation de la communication. En effet, à travers les gestes et les actes posés, les professionnels ont dit l’*objet* de leur intervention et le sens réel et concret qu’ils donnent à la communication dans la définition pratique et concrète de cet objet. Or, je crois que dans le cas de Martin, l’objet de l’intervention était le trouble de sa conjointe. Mais il est possible que la situation ait changé depuis ou même qu’elle ait été exceptionnelle; il serait alors intéressant de connaître le sens concret que donnent les orthophonistes et les audiologistes à la notion de communication. C’est dans ce but que j’ai souhaité rencontrer des praticiens et les entendre parler de communication.

### *Chapitre 3*

Questions et objectif de l'étude

Ma recension des modèles de la communication et des conséquences des troubles m'a permis de comprendre en partie d'où viennent certains éléments qui entrent dans la conception de la communication en orthophonie et en audiologie. Mais pour comprendre le sens concret de la communication, il me faut maintenant entendre ce qu'en disent les praticiens de ces deux disciplines. Une étude sur la notion de communication telle que la définissent des orthophonistes et des audiologistes me permettra de répondre aux interrogations suivantes : comment des orthophonistes et des audiologistes représentent-ils et *se* représentent-ils la communication? Quelles sont les caractéristiques de la pratique professionnelle qui contribuent à façonner leurs représentations de la communication? Quelle part les connaissances sur les modèles et leurs nomenclatures des (causes et) conséquences des troubles jouent-elles dans leurs représentations de la communication? L'étude du handicap associé aux différents troubles affectant la communication vient-elle modifier la perception que se font les professionnels de l'objet de leurs interventions?

Au moment où j'écrivais les grandes lignes de ma proposition de recherche<sup>21</sup>, il se préparait à l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec une consultation auprès d'une vingtaine de professionnels dans le but, entre autres, de mieux définir la notion de communication dans la nomenclature du *Processus de production du handicap*. Cette consultation s'inscrivait dans le cadre plus large du processus de validation du modèle et de sa nomenclature qu'avaient entrepris les auteurs du PPH au début de l'année 1997. Mon projet de recherche a vu le jour dans ces circonstances.

En acceptant de "monter dans un train en marche", je pouvais concrétiser deux souhaits : le premier, qui était d'écouter des professionnels discuter de communication et le second, qui était de le faire de manière à ne pas réduire ou occulter la complexité du projet de construire une définition de la communication. En me joignant au projet de l'Ordre, je serais témoin (et dans une certaine mesure, participante) d'un épisode plutôt rare dans l'histoire d'une discipline et d'une profession. C'est en effet un événement peu banal que des membres d'un Ordre professionnel, tous spécialisés dans l'étude et le traitement des troubles et des diverses

---

<sup>21</sup>Au printemps 1997, je devais déposer une proposition de recherche au Comité des Études Supérieures de l'École d'orthophonie et d'audiologie (CODES). Or, la journée d'étude de l'OOAQ était prévue pour le début de l'été 1997.

pathologies de la communication, se regroupent une journée entière pour s'interroger, discuter et réfléchir en vue de définir le normal -- la communication.

L'*objectif* de mon étude est donc d'identifier le sens, éventuellement pluriel, que les orthophonistes et les audiologistes donnent à la notion de communication en dégagant du contenu des discussions et des écrits de ces professionnels :

- 1) les références explicites et implicites aux modèles et aux définitions de la communication (normale) et des troubles de la communication lorsqu'ils s'intéressent à l'application du modèle *Processus de production du handicap* et de sa nomenclature dans leur pratique professionnelle;
- 2) les modèles de référence explicites et sous-jacents ainsi que les définitions concrètes et effectives de la communication (normale) et des troubles de la communication lorsqu'ils décrivent leur pratique professionnelle.

Pour l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et la profession elle-même, l'identification des références aux modèles de la communication et la mise en évidence des définitions concrètes et effectives de la communication normale et des troubles de la communication sont utiles à plusieurs points de vue, ne serait-ce qu'au point de vue des auteurs du PPH. Pour les professionnels, il peut être utile de réfléchir en groupe, de confronter et de discuter des modèles et des définitions de la communication pour remettre en contexte leurs interventions et en préciser la finalité.

## *Chapitre 4*

### Aspects méthodologiques de l'étude

REPRÉSENTATION : n.f. -- 1250; lat. *repraesentation*, de *repraesentare* . I. 1. Action de mettre devant les yeux ou devant l'esprit de quelqu'un. 2. Le fait de rendre sensible (un objet absent ou un concept) au moyen d'une image, d'une figure, d'un signe. 3. Image, figure, signe qui représente. 4. Le fait de présenter à quelqu'un les inconvénients de ses actes en manière de reproches. 5. Processus par lequel une image est présentée aux sens. 6. Le fait de représenter une pièce au public, en la jouant sur scène. 7. Le fait de représenter. II. 1. Le fait de remplacer (quelqu'un), d'agir à sa place (dans l'exercice d'un droit). 2. Action de représenter à l'étranger. 3. Le fait de représenter (le peuple, la nation), dans l'exercice du pouvoir. 4. Activité qui consiste à passer des contrats pour le compte d'une maison de commerce. (p.1943).

*Le Petit Robert, 1994*

Ayant décidé de participer à la démarche amorcée par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, dans des circonstances où je ne pouvais pratiquement rien contrôler et où rien de ce qui allait se passer n'était prédéterminé, il m'était impossible de générer des hypothèses sur le(s) sens donné(s) à la notion de communication par ces professionnels, hypothèses que j'aurais pu ensuite valider ou invalider. J'ai donc opté pour une recherche exploratoire basée sur des méthodes de la recherche qualitative.

Une recherche exploratoire de type qualitatif me paraît en effet la seule qui soit appropriée quand la finalité d'une étude est, non pas d'*expliquer* un phénomène mais de le *comprendre* de l'intérieur. La nature du phénomène que je souhaitais décrire et comprendre, à savoir la construction d'une nouvelle définition de la communication par des orthophonistes et des audiologistes, dictait me semble-t-il le recours exclusif aux méthodes de la recherche qualitative (Eastwood, 1988). Les méthodes de la recherche expérimentale, largement quantitatives, m'apparaissaient trop restrictives pour étudier le phénomène de la construction d'une définition de la communication. Je ne croyais pas non plus qu'il soit possible de décomposer ce phénomène en un certain nombre de variables, manipulables et mesurables. La démarche de l'Ordre étant singulière, liée à un contexte, une époque et des circonstances particulières, j'ai choisi l'approche qui me permettrait tout à la fois de tenir compte de la complexité du phénomène, du cadre et de l'époque, de composer avec son caractère indéterminé et inattendu, de rendre compte des interactions entre les acteurs, leurs intérêts, leurs valeurs et leurs intentions, et d'apprécier ce qui pouvait en émerger -- qui est irréductible et indéductible --, à savoir le sens ou les sens donné(s) à la notion de communication par des orthophonistes et des audiologistes.

Pour la partie de mon étude réalisée au moment de la journée d'étude, j'ai choisi le rôle d'observatrice, consciente que toute observation est par nature participante -- l'observateur modifiant l'observable du seul fait de sa présence (Albernhe & Albernhe, 2000). Par la suite, j'ai invité les participants de la journée d'étude à une entrevue individuelle afin de compléter les données recueillies lors de cette journée et d'approfondir mes observations. J'ai également analysé le contenu du document produit par l'Ordre dans les mois qui ont suivi la journée d'étude, c'est-à-dire la proposition de définition de l'habitude de vie communication ainsi que les commentaires accompagnant cette définition.

Dans les pages qui suivent, je décris les circonstances dans lesquelles s'est faite ma cueillette de données, les sources, le mode de traitement des données et la valeur qu'on peut accorder aux données et aux interprétations.

#### *4.1 Des circonstances exceptionnelles*

Au cours du printemps 1997, se dessine puis se décide une consultation auprès d'une vingtaine de membres de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, consultation qui prendra finalement la forme d'une journée d'étude et sera suivie durant l'automne de travaux au sein d'un comité formé pour l'occasion.

##### *4.1.1 La journée d'étude*

La journée d'étude a eu lieu le 19 juin 1997. L'un de ses objectifs était de proposer une nouvelle définition de la communication à inclure dans la catégorie des habitudes de vie du *Processus de production du handicap* (cf. annexe 1). Ont également été discutés un certain nombre de définitions ainsi que le contenu des sections de la nomenclature qui intéressent les orthophonistes et les audiologistes. Durant cette journée, les quelques trente participants (orthophonistes, audiologistes, professeurs et chercheurs) ont débattu de l'utilité du modèle, de sa nomenclature et des changements qu'il conviendrait de leur apporter pour décrire adéquatement les conséquences des troubles de la parole, du langage et de l'audition.

Comme le président de l'Ordre m'a offert d'assister à la journée d'étude avant même que la date en soit fixée, j'ai eu le temps d'informer les éventuels participants des raisons de ma présence à cette journée (cf. annexe 2). Au jour dit, je me suis donc trouvée en compagnie de

24 orthophonistes et audiologistes (incluant le président de l'Ordre) et de trois des auteurs du *Processus de production du handicap* (Fougeyrollas et coll., 1996). Au programme de la journée, quelques présentations dont, notamment, un exposé des enjeux entourant l'adoption du PPH, et des ateliers de discussion sur la notion de communication entre tous les participants répartis pour cela en trois groupes.

#### 4.1.2 Le comité de l'Ordre

Au terme de la journée d'étude, le président de l'Ordre a invité les participants à faire partie d'un comité chargé de mettre en forme toutes les propositions recueillies. Formé de huit professionnels, ce comité s'est réuni à cinq reprises. J'ai assisté à quatre de ces cinq réunions qui ont eu lieu à l'automne 1997. En décembre de la même année, le comité a fait parvenir aux auteurs du *Processus de production du handicap* un avis faisant état des modifications suggérées par les orthophonistes et les audiologistes. Ce document est l'une des sources de mes données d'analyse<sup>22</sup>.

#### 4.2 Sources des données

Mes données proviennent donc de trois sources : 1) les discussions de la journée d'étude du 19 juin 1997, ou plus précisément, les discussions des trois groupes des ateliers de l'après-midi, 2) seize entrevues individuelles que j'ai réalisées entre les mois d'octobre 1997 et avril 1998 et 3) le document cité plus haut et intitulé : Avis préliminaire de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec sur la révision de la proposition québécoise de la classification : *Processus de production du handicap* (OOAQ, 1997).

##### 4.2.1 Les discussions de la journée d'étude

Bien que j'aie enregistré puis transcrit tout ce qui s'est dit durant cette journée, je n'ai retenu que le contenu des trois discussions de groupe parce que chacun des groupes devait réfléchir puis discuter d'une définition ou des éléments à retenir dans une définition de la communication pour la nomenclature du PPH. C'est uniquement à ce moment que les 28

---

<sup>22</sup> Je n'ai pas inclus le contenu des réunions du comité dans mon étude mais quelques uns des membres du comité ont évoqué en entrevue individuelle certaines questions qui avaient été l'objet de débats au sein du comité.

participants de la journée -- moi y compris -- ont pris la parole pour exposer leur propre définition de la communication.

#### 4.2.2 Les entrevues individuelles

Afin d'approfondir ce qui avait été abordé durant la journée d'étude, j'ai rencontré en entrevue individuelle seize professionnels, tous informés auparavant de mes intérêts de recherche et des thèmes que je souhaitais explorer au cours de l'entrevue (cf. annexe 3).

Toutes les entrevues, sauf une, ont été réalisées sur les lieux de travail des participants; elles ont duré en moyenne 60 minutes (max. 90 minutes). Avant de commencer l'entrevue, chacun des participants a pris connaissance et signé le formulaire de consentement (cf. annexe 4). Chaque entrevue s'est déroulée selon un canevas en trois temps : d'abord, le participant me décrivait les caractéristiques de sa pratique, puis je lui demandais de me parler du modèle *Processus de production du handicap* pour terminer avec une question sur leur propre définition de la communication (cf. annexe 5). Dans les semaines suivantes, je faisais parvenir au participant une copie de la transcription qu'il pouvait corriger et modifier à loisir avant que je ne commence mon analyse (cf. annexe 6).

Les seize participants de mon projet, treize orthophonistes et trois audiologistes<sup>23</sup>, se répartissent comme suit : quatre d'entre eux pratiquaient en milieu hospitalier, six en centre de réadaptation, deux dans des établissements scolaires, trois dans le milieu universitaire et un dans un CLSC. Neuf d'entre eux pratiquaient auprès d'une clientèle adulte, quatre auprès des enfants et trois travaillaient en milieu universitaire (mais ayant de l'expérience clinique et de recherche auprès des adultes surtout). Sur la base du nombre d'années écoulées entre la fin de leur formation universitaire et l'entrevue, deux des praticiens avaient moins de cinq ans d'expérience de travail, quatre entre cinq et dix ans d'expérience, trois entre 11 et 15 ans, quatre entre 16 et 20 ans et trois praticiens avaient plus de 21 ans d'expérience de travail. Treize des seize participants ont été formés à l'Université de Montréal, deux à l'Université McGill et un à l'étranger. Au moment de l'entrevue, treize participants travaillaient au Québec et trois en Ontario. Ajoutons enfin que mon échantillon est constitué d'une forte majorité de femmes (14 femmes et 2 hommes).

---

<sup>23</sup>Ce qui correspond environ au ratio des membres de l'OOAQ.

### 4.2.3 L'Avis préliminaire de l'Ordre

La troisième et dernière source de mes données est le document préparé par le comité de l'Ordre et intitulé *Avis préliminaire de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec sur la révision de la proposition québécoise de la classification : Processus de production du handicap*. Ce document d'une vingtaine de pages, est la trace de ce que j'appelle le travail de *représentation* des orthophonistes et des audiologistes. En principe, les auteurs du PPH auraient pu s'adresser à d'autres groupes, professionnels ou non, pour valider la définition de la communication dans la nomenclature : si les orthophonistes et les audiologistes ont proposé de réviser la définition de la communication, c'est qu'ils estimaient être en bonne position pour conseiller les auteurs du PPH sur la définition de cette notion.

### 4.3 Préparation des données pour l'analyse

J'ai transcrit les discussions des trois ateliers de la journée d'étude de l'OOAQ et les seize entrevues individuelles, le plus fidèlement possible, sans omettre les erreurs d'énonciation, les phrases avortées ou les hésitations. Je me suis assurée de la fidélité des transcriptions, *verbatim*, en écoutant deux fois au moins chaque bande audio.

Six mois après la fin des entrevues individuelles, 13 des 16 participants s'étaient prêtés à l'exercice de révision de la transcription<sup>24</sup> et m'avaient retourné leur copie annotée. J'ai intégré tous les commentaires et suggestions des participants dans la version finale des transcriptions. J'ai révisé les transcriptions des trois autres entrevues individuelles en réécoutant les bandes audio, considérant ensuite le texte conforme à ce que ces participants avaient voulu me dire. J'ai procédé de la même façon pour les discussions de la journée d'étude, en réécoutant les bandes et en relisant attentivement les transcriptions.

#### 4.3.1 Identification des unités de sens

J'ai analysé, une à une, les seize entrevues individuelles ainsi que les trois discussions de groupe, c'est-à-dire que dans chacune des transcriptions, j'ai isolé tout extrait m'apparaissant pertinent à la compréhension du processus de représentation de la communication. Dans un premier temps, j'ai identifié et dégagé les éléments qui pourraient entrer dans une

---

<sup>24</sup>Et que tous, sans exception, ont trouvé particulièrement laborieux...

représentation de la communication, c'est-à-dire des éléments reliés à la pratique de l'orthophoniste ou de l'audiologiste, aux modèles (CIDIH et PPH), et à la notion de communication. J'ai créé un fichier d'analyse par thème, me retrouvant avec un nombre variable de fichiers selon les entrevues (entre 5 et 10 fichiers différents par entrevue). Chaque fichier regroupait tous les extraits d'entrevue pertinents, précédés de leur descripteur -- une courte phrase résumant l'extrait et contenant le titre du participant (ex. : l'orthophoniste pense que... ou selon l'audiologiste, il est...) -- et d'un code d'identification (cf. annexe 7 pour un exemple de cette procédure).

#### 4.3.2 Réduction des données

Une fois complétées l'identification et la description des unités de sens dans chacune des seize entrevues et des trois groupes de discussion, j'ai réduit le nombre fichiers-thèmes à trois puis j'ai regroupé les extraits et descripteurs des seize entrevues et des trois discussions de groupe dans ces trois fichiers, c'est-à-dire un premier fichier contenant tous les extraits et descripteurs se rapportant à la pratique professionnelle, un second aux modèles et un troisième se rapportant à la communication. Je me suis retrouvée avec trois fichiers-thèmes contenant chacun entre 100 et 300 descripteurs.

Pour organiser cette masse de données, j'ai classé les extraits dans différentes sous-catégories, émergeant des données ou, comme dans le cas de la pratique professionnelle, inspirées du cadre conceptuel de Donabedian (1980), un auteur qui s'est intéressé à l'évaluation de la qualité des soins de santé et aux moyens d'y parvenir. Donabedian s'est servi de la trilogie "structure/process/outcome", pour référer aux éléments quasi-stables qui encadrent et structurent la pratique [la *structure*], aux éléments aux contours plus flous, changeants et dynamiques [les *processus*] qui constituent le travail quotidien de l'orthophoniste et de l'audiologiste et aux éléments imprévisibles et imprédictibles, l'issue de l'intervention [les *résultats*]. Pour cette analyse plus approfondie, je n'ai utilisé que les descripteurs, plus courts et donc plus facilement maniables que les extraits d'entrevue, revenant aux extraits que pour vérifier mon interprétation.

Un mot enfin sur les classifications des données qui ont donné lieu à cinq tableaux synthèses présentés et commentés dans le chapitre suivant (cf. annexe 8). Comme la finalité de mon étude n'était pas de vérifier une hypothèse de recherche, je n'ai pas cru utile ni essentiel d'entreprendre des procédures formelles de fidélité ou de fiabilité inter-juge sur les thèmes et

les sous-thèmes des classifications. Mes classifications n'ayant servi qu'à organiser et à réduire la masse des données, elles ne doivent pas être vues comme des cadres interprétatifs fixes ou figés.

#### *4.4 Valeur des données et des interprétations*

La valeur des données et des interprétations que j'en ai faites est liée aux circonstances dans lesquelles mon étude a pris forme. En effet, la décision de “monter dans le train en marche” et de me joindre à la démarche amorcée par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec a conditionné le reste de mon étude, c'est-à-dire l'approche méthodologique et la collecte des données. Dans les pages qui suivent, j'expose les principales lacunes ou faiblesse des données et des interprétations de mon étude ainsi que les précautions mises en place pour en minimiser les effets.

##### *4.4.1 ...en fonction de l'échantillon de participants*

La démarche de l'Ordre était déjà amorcée avant que je m'y joigne; je n'ai donc pas pu exercer de contrôle sur la composition de l'échantillon de participants puisque c'est l'organisateur de la journée d'étude qui a lancé les invitations aux orthophonistes et aux audiologistes. Mon échantillon de participants est ce que Patton (1990) appelle un échantillon “opportuniste” (ou “d'occasion”). Je préfère quant à moi dire qu'il fut “circonstanciel”. Cependant, avec ce groupe de participants, j'ai accru mes chances de voir émerger de nouveaux repères, des modèles ou des définitions différentes puisque toutes ces personnes ont accepté de réfléchir et de débattre de questions peu habituelles.

Sur la base des choix préalables de l'organisateur de la journée d'étude et des réponses obtenues, mon échantillon de participants a les caractéristiques suivantes : une assez forte représentation de professionnels travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux, en centre de réadaptation surtout et avec une clientèle adulte; une plus faible représentation des professionnels œuvrant dans le réseau scolaire, ou auprès d'une clientèle d'enfants; et enfin, très peu d'audiologistes, trois seulement, qui ont accepté tous les trois de participer également aux entrevues individuelles. En outre, peu de participants avaient une pratique centrée sur les troubles de la parole, la plupart œuvrant auprès d'une clientèle adulte ayant des troubles du langage ou des troubles de l'audition.

Par ailleurs, deux participants (dont un seul a été rencontré en entrevue individuelle) pratiquaient selon une approche écosystémique. Ne sachant combien de professionnels basent leur pratique sur des principes systémiques, il est difficile de savoir si cette proportion est faible ou non. Malgré la forte représentation des orthophonistes par rapport aux audiologistes, 13:3 (ce qui sensiblement le même rapport que celui des membres de l'Ordre), malgré l'absence de professionnels travaillant auprès de clientèles spécifiques<sup>25</sup>, les propos des professionnels que j'ai rencontrés ont de la valeur bien qu'ils ne peuvent pas être qualifiés de représentatifs de la conception de tous les membres de l'Ordre par exemple.

#### 4.4.2 ...en fonction de la nature des données

Une autre limite de mes résultats tient à la nature *orale* d'une large part de mes données. Bien que j'aie enregistré les discussions de la journée d'étude et les entrevues individuelles sur bande audio, bien que je me sois assurée de la fiabilité de mes données par les procédures exposées plus haut -- transcriptions verbatim, écoutes multiples des bandes audio pour éliminer les erreurs de transcription, révision par les participants etc. -- il reste que ce sont des propos *dits* et par conséquent, enregistrés puis transcrits<sup>26</sup> qui ont été analysés. De manière évidente, les non-dits, les sous-entendus, les phrases en suspens, les silences, l'implicite, les chevauchements, etc., en somme tout ce qui s'ajoute aux dits et contribue à la richesse d'une conversation, n'ont pu être enregistrés et transcrits, et donc n'ont pas pu être analysés.

La nature qualitative de mes données a imposé ses limites aux analyses : comme l'entrevue et la discussion en groupe sont à la fois discours spontané et conversation, ils ont été fortement influencés par le *contexte*. Ainsi, des facteurs comme le savoir partagé, les inférences qui peuvent ou doivent être faites à partir d'une affirmation, les phrases laissées en suspens, etc., font partie de l'expression orale et ne peuvent être transcrites. Il est toujours possible de noter par écrit des impressions mais il sera toujours difficile de représenter le caractère unique et singulier d'une conversation ou d'une discussion.

Par ailleurs, la *relation* que j'ai établie avec chacun de mes interlocuteurs en entrevue individuelle a aussi contribué à rendre certaines questions plus difficiles à poser que d'autres.

---

<sup>25</sup>Parmi les 16 orthophonistes ayant accepté de me rencontrer en entrevue individuelle, il n'y avait pas d'orthophoniste spécialisé dans les troubles de la voix et de la parole ni d'audiologiste travaillant auprès des enfants.

<sup>26</sup>Des participants ont ajouté quelques commentaires écrits sur le verbatim de leur entrevue, commentaires qui ont été intégrés dans l'analyse, mais l'importance des propos dits dépasse largement celle des propos écrits.

Je pense ici au malaise que j'ai eu à m'informer auprès d'eux des succès et des échecs de l'intervention. Cette question survenait généralement après une description du travail, des changements survenus depuis les dernières compressions budgétaires et des conditions souvent difficiles de la pratique. Demander ensuite quels sont les échecs dans la pratique m'a paru à chaque fois un sujet délicat à aborder. Je préférais poser la question des critères de réussite et inférer à partir de la réponse ce que pouvaient être les critères des échecs. Ceci pour montrer que la qualité des données dépend du chercheur. Toutefois, en demandant à chacun des participants de relire et de commenter la transcription de l'entrevue, il me semble avoir pris les précautions nécessaires pour m'assurer de la fiabilité de mes données. En ce qui concerne les transcriptions des discussions de groupe de la journée d'étude, je me suis assurée de leur qualité en écoutant et en relisant à quelques reprises les bandes audio.

#### 4.4.3 ...en fonction des procédures d'analyse

Si le codage ou la réduction des données<sup>27</sup> -- repérer les extraits d'entrevue ou de discussion porteurs de sens et les décrire par de courtes phrases -- fait partie des étapes qui précèdent l'interprétation, il est aussi une première interprétation des données. L'organisation des descripteurs en tableaux synthèse est une seconde interprétation. Pour m'assurer de la validité de ces premières interprétations, j'ai régulièrement soumis les résultats de mes classifications à mes directeurs de recherche afin d'en discuter avec eux et d'en arriver à décrire avec précision (i.e. la précision étant ici l'*expression juste du sens*, Haldemann, 1993) l'ensemble de mes données. Après plusieurs reformulations des thèmes et des sous-thèmes de mes classifications, je crois être parvenue à rendre assez bien compte de mes données, n'écartant en fin de compte qu'un petit nombre de descripteurs et d'extraits<sup>28</sup> (cf. annexe 8).

Pour des raisons de faisabilité et d'éthique de la recherche, je n'ai recontacté aucun des participants de ma recherche dans le but de valider mes interprétations. En effet, entre le moment où ils ont participé à la recherche et le moment où j'ai finalisé mes interprétations, il s'était écoulé, dans le cas de la journée d'étude, près de quatre ans. Se souviendraient-ils de ce qu'ils avaient dit quatre ans plus tôt? Seraient-ils toujours d'accord avec ce qu'ils m'avaient dit ou devrais-je revoir mes interprétations? Ajoutées aux difficultés que j'aurais eu à retracer certains d'entre eux, particulièrement ceux qui n'avaient participé qu'à la journée d'étude, j'ai

<sup>27</sup>C'est là une caractéristique de la recherche qualitative : des centaines de pages d'entrevue dont il faut tirer du sens. Ici, ce sont près de 1000 pages d'entrevues et de discussions qui ont été réduites au contenu de cinq tableaux...

<sup>28</sup>J'ai écarté 72 descripteurs dans cinq catégories d'analyse (correspondant à mes cinq tableaux de résultats au chapitre 5) sur un total de 687, soit un peu plus de 10% (entre 4 et 16% selon les catégories) (cf. annexe 8).

considéré que cette validation n'était pas nécessaire. En outre, les seize participants aux entrevues individuelles avaient signé un formulaire de consentement dans lequel la nature de leur participation se limitait à une entrevue et une révision de la transcription de l'entrevue. Solliciter une nouvelle fois leur participation à ma recherche aurait demandé, je crois, de leur faire signer un autre formulaire de consentement soumis auparavant à l'approbation d'un comité d'éthique. Et si, idéalement, je les avais quand même rejoints, je n'aurais pu éviter que mes interprétations "donnent lieu à des oppositions sérieuses de la part de ces informateurs sans que les données à l'appui soient contestables." (Contandriopoulos et coll., 1990, p.84). C'est pourquoi je m'en suis tenue uniquement à une validation continue de mes résultats par mes deux directeurs de recherche<sup>29</sup>.

#### 4.4.4 ...en fonction du caractère exploratoire de l'étude

Le caractère exceptionnel de la démarche de l'Ordre pourrait être considéré comme une limite de mon étude puisqu'en théorie, il est impossible de la répliquer. En outre, les résultats de la recherche sont spécifiques à *ce groupe* particulier d'orthophonistes et d'audiologistes, dans le contexte particulier de la validation du modèle *Processus de production du handicap* et de sa nomenclature. En conséquence, je ne prétends pas que mes résultats peuvent être généralisés à l'ensemble des professionnels. Toutefois, ils m'apparaissent refléter des tendances qui se devinent au sein de chacune des professions. Compte tenu du caractère exploratoire de la recherche, j'estime que les résultats de mon étude peuvent, ou bien guider une étude du même genre à plus grande échelle, ou bien servir de base aux questions d'une enquête plus formelle auprès d'un plus grand nombre de professionnels. Si mes résultats de recherche ne sont pas représentatifs ou généralisables, je pense néanmoins qu'ils sont transférables ou exportables... Au lecteur d'en juger dans les chapitres qui suivent.

---

<sup>29</sup>Soulignons ici que l'un de mes deux directeurs, GLD, a été un participant de ma recherche puisqu'elle était présente à la journée d'étude de l'Ordre. Bien que juge et partie, il demeure qu'elle a agi également en informateur-clé et a ainsi contribué à la validation de mes interprétations.

## *Chapitre 5*

### Analyses des données et résultats

Sont présentés dans les pages qui suivent, les résultats des analyses selon trois grandes dimensions, à savoir : le *modèle* qui a déclenché et circonscrit la réflexion des orthophonistes et des audiologistes, la *pratique professionnelle* comme lieu de l'élaboration et de l'expression concrète des modèles et des représentations de la communication et de ses troubles, et les *définitions de la communication* données par les orthophonistes et les audiologistes. Pour justifier en quoi ce que des orthophonistes et des audiologistes disent du modèle du PPH et de leur pratique est important pour comprendre d'où viennent leur définition de la communication, j'ai adopté l'analogie des dimensions d'un *texte*, décrites par C. Javeau (1998), analogie déjà évoquée au chapitre 2. Postulant que "tout échange s'articule sur une trilogie dimensionnelle, à savoir *prétexte-contexte-texte*", j'ai associé à la notion de *prétexte* le modèle du *Processus de production du handicap*, puisque c'est à l'occasion de sa révision que des orthophonistes et des audiologistes ont été appelés à réfléchir sur la communication. Cette réflexion a conduit à la production de deux *textes* : l'un, issu de la journée d'étude et des travaux du comité formé ensuite, qui est en fait le texte de l'*Avis préliminaire...* envoyé par l'Ordre aux auteurs du PPH, et l'autre, qui résulte de l'interprétation des propos tenus par les participants aux discussions de groupe de la journée d'étude et les seize participants rencontrés en entrevue individuelle et portant sur leur définition personnelle de la communication. Enfin, j'associe à la notion de *contexte* ce qui a trait au cadre, à ce qui a entouré les définitions de la communication et qui leur donne sens, à savoir la pratique professionnelle.

Je présente selon un ordre disons chronologique, le *prétexte* et le *contexte*, puis les représentations de la communication, l'un des deux *textes* et je termine le chapitre par la présentation et l'analyse de l'autre *texte*, celui que l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec a fait parvenir aux auteurs du *Processus de production du handicap*.

Prétexte : *n.m.* 1. Raison alléguée pour dissimuler le véritable motif d'une action. 2. Ce qui permet de faire quelque chose; occasion.  
(Le Petit Robert)

### 5.1 Le prétexte -- des orthophonistes et des audiologistes participant à la validation du PPH

Le prétexte de mon étude, ou son déclencheur, est un document qui présente le modèle et la nomenclature *Processus de production du handicap*. Au moment de l'entrevue individuelle, chaque participant avait eu en mains ce document et était en mesure de me décrire quelle était selon lui l'influence du PPH sur sa pratique professionnelle et, à l'inverse, quelle était l'influence des professionnels sur le contenu et la diffusion du PPH. Les réponses des participants aux entrevues individuelles<sup>30</sup> m'ont permis de circonscrire le rôle et l'influence du PPH dans leur représentation de la communication. De l'analyse et la classification des propos portant soit sur le PPH ou ses concepts, soit sur la CIDIH (son pendant international) et ses concepts, j'ai distingué deux classes de commentaires : la première a trait aux rapports entre le PPH (ou la CIDIH) et la pratique professionnelle tandis que la seconde concerne les rapports entre le PPH (ou la CIDIH) et *l'objet* de la pratique professionnelle.

---

<sup>30</sup>Bien qu'il ait été question du PPH et de son rapport avec la pratique des orthophonistes et des audiologistes durant la journée d'étude de l'Ordre, mon analyse porte uniquement sur ce que les professionnels ont dit en entrevue individuelle.

Tableau 1 -- Descripteurs en lien avec le *Processus de production du handicap* (PPH)

---

## 1. Les rapports entre le PPH et la *pratique* de l'orthophoniste/l'audiologiste

### 1.1. *le PPH, sa nomenclature et ses concepts sont en voie de s'implanter dans la pratique*

- parce qu'ils sont enseignés aux futurs professionnels
- graduellement, dans certains milieux de travail, les professionnels utilisent le vocabulaire ou les plans d'intervention inspirés du PPH
- parce qu'ils orientent l'intervention vers le contexte, les situations concrètes, les habitudes de vie et les facteurs environnementaux
- parce qu'ils permettent de répondre aux attentes ou aux besoins des patients/clients\*
- parce qu'ils pourraient faciliter le travail quotidien et les relations avec d'autres intervenants
- parce que leur utilisation pourrait être avantageuse pour la profession
- mais certains concepts doivent être adaptés par le professionnel pour convenir à ses besoins

### 1.2. *le PPH, sa nomenclature et ses concepts ne s'implanteront pas dans la pratique*

- parce qu'ils ne font pas partie de tous les cours suivis par les futurs professionnels
- à cause de la lourdeur de la nomenclature
- parce que les professionnels et les milieux ne sont pas préparés à changer leurs façons de faire
- mais ils suscitent la réflexion sur la communication, le handicap, l'intervention et sa finalité

## 2. Les rapports entre le PPH et l'*objet de la pratique* de l'orthophoniste/l'audiologiste

### 2.1. *le PPH et ses concepts permettent de mieux définir l'objet de la pratique*

- en précisant les éléments qui contribuent au handicap
- et donc, confirment l'importance du rôle du professionnel
- en fournissant une grille pour interpréter la réalité du patient/client
- en tenant compte de la personne du patient/client dans sa globalité

### 2.2. *le PPH et ses concepts ne permettent pas de mieux définir l'objet de la pratique*

- parce que le handicap associé à un trouble du langage n'est ni objectivable ni mesurable
  - parce que la communication n'est pas considérée comme un préalable aux autres habitudes de vie
  - parce que sa nomenclature est trop détaillée
  - parce qu'il manque dans la classification des dimensions subjectives de l'expérience du patient/client
  - parce que les liens entre les problèmes de communication et les concepts du PPH ne sont pas clairs
- 

\*J'utilise cette expression pour montrer qu'une fois encore, le terme pour désigner les personnes qui consultent a changé : longtemps patients, ils sont devenus bénéficiaires, puis usagers puis, à la fin des années '90, ils sont désormais clients. Toutefois, on entend encore tous ces vocables bien que plus souvent l'un et l'autre des pôles de ce continuum : patients... clients.

### 5.1.1 *Les rapports entre le PPH et la pratique de l'orthophoniste / l'audiologiste*

De façon générale, les participants ont entendu parler du PPH dans le cadre de leur pratique ou de leur formation, mais c'est le modèle de la classification internationale, la CIDIH, qu'ils

connaissent le mieux. Toutefois, compte tenu des réserves émises par plusieurs participants, il était prématuré, au moment des entrevues, de parler d'implantation.

#### 5.1.1.1 S'implantera...

Que ce soit au cours de leur formation universitaire (pour ceux qui ont gradué depuis moins de 10 ans), ou dans leur milieu de pratique, les participants confirment l'influence du PPH sur certains aspects de leur pratique. En s'appuyant sur ce modèle, les participants ont l'impression de mieux répondre aux besoins concrets et aux attentes de leurs patients/clients et à ceux des membres de leur entourage. Ainsi, l'utilisation du vocabulaire du PPH ou des instruments qui en sont dérivés (par exemple, un plan de services développé par l'Office des personnes handicapées du Québec), permet selon les participants d'élargir la vision de la réadaptation, et indirectement celle de la communication. Comme le dit un des participants : *“De plus en plus, dans les hôpitaux et les centres de réadaptation, on voit la réadaptation comme un processus de réduction de handicaps. (..) La réadaptation ne vise plus uniquement la récupération spécifiquement linguistique, mais elle tend à tenir compte des besoins de l'usager, comment il communique et qu'est-ce qu'il lui manque pour pouvoir communiquer. Le modèle a permis d'établir des phases à la réadaptation lesquelles n'existaient pas auparavant: l'intégration sociale et l'intégration socioprofessionnelle. Le modèle a aussi permis de tenir compte de l'environnement social (personnes et services). Avant on en tenait compte mais de façon beaucoup moins précise.”* (P9, p.31). Il est probable que l'intérêt pour le quotidien des patients/clients et pour les dimensions concrètes ou fonctionnelles des troubles qui affectent la communication ne résulte pas uniquement de l'influence du PPH; en fait, cet intérêt a certainement quelque chose à voir avec les récents changements des conditions de la pratique des orthophonistes et des audiologistes. Je reviendrai sur ce dernier facteur dans la section portant sur la pratique professionnelle.

Les nécessaires contacts et les collaborations avec d'autres professionnels de l'adaptation et de la réadaptation (notamment au cours des réunions multi- ou interdisciplinaires) amènent orthophonistes et audiologistes à voir le PPH et sa nomenclature comme des moyens d'harmoniser les différentes perspectives : *“C'est pas parce que j'pense que c'est l'outil parfait mais c'est parce que j'pense que ça nous amène à parler le même langage pis à penser.. Pourquoi on est là? On est-tu là pour faire l'orthophoniste, la physio, l'ergo ou on est là pour aider quelqu'un?”* (P3, lignes 1650-1664). En outre, l'utilisation du vocabulaire

du PPH, et la participation de l'Ordre à la révision du PPH, sont perçues comme pouvant changer les perceptions à l'égard de la profession et des professionnels.

Adoptant le vocabulaire du PPH, un des participants a tout de même *adapté* quelques concepts et leurs définitions aux particularités de sa pratique et de sa clientèle. Pour chacun de ses patients/clients, ce participant a créé de nouvelles habitudes de vie qui correspondent aux besoins (ou aux problèmes) des personnes qu'il traite : *"j'ai été obligé d'inventer des habitudes de vie parce que celles qui étaient là-dedans m'convenaient pas. Des choses comme avoir.. une prosodie qui correspond aux normes sociales. C'est une habitude vie t'sais? j'arrivais pas à trouver une façon.. autre d'la décrire. J'ai quelqu'un qui a un gros problème, qui a une grosse dysarthrie.. mais j'ai aucune habitude de vie qui correspond. (..) au fur et à mesure qu'j'ai des patients.. j'suis obligée d'les réenrichir."* (P6, lignes 791-820)

Les commentaires des participants indiquent que le PPH et son vocabulaire exercent une certaine influence sur leurs interventions et sur les perceptions tant des patients/clients que des professionnels qui se préoccupent de leurs habitudes de vie. La lourdeur de la nomenclature du PPH et la difficulté à concevoir des moyens de l'appliquer dans le travail quotidien demeurent cependant des obstacles à son implantation à plus grande échelle. Avec un objectif comme celui de "servir de modèle conceptuel aux changements sociaux" (Fougeyrollas et coll., 1996), les auteurs du *Processus de production du handicap* devront poursuivre leurs représentations auprès des groupes de professionnels et des établissements d'adaptation et de réadaptation pour les convaincre d'adopter ce modèle.

#### 5.1.1.2 ...s'implantera pas

Malgré ses attraits, certains voient mal comment intégrer le PPH dans leur pratique. D'une part, le modèle et sa nomenclature n'ont pas leur place dans tous les cours suivis par les futurs professionnels *"j'peux pas dire que dans mon enseignement, le modèle de la CQCIDIH est au cœur.. de ces cours-là. Parce que c'est des cours très fondamentaux"* (P8, lignes 41-53). D'autre part, la quantité et la précision des items de la nomenclature en découragent plus d'un : *"c'est pas si complexe mais c'est.. lourd. (..) j'trouve qu'y a beaucoup d'éléments, beaucoup d'choses.. qui.. mon Dieu! comme l'histoire de codes là, pis tout ça.. Moi là..."* (P4, lignes 651-667).

Les participants trouvent que les professionnels et les milieux sont peu ou mal préparés à changer leurs façons de faire, à adapter la forme des rapports d'évaluation et d'intervention; certains remettent même en cause l'organisation des services : *”les orthophonistes qui travaillent en réadaptation croient au modèle mais les structures n'existent pas encore pour qu'on puisse dire qu'il a changé notre pratique. L'organisation des services ne reflète pas le modèle. Peu d'établissements offrent des services d'intégration sociale et travaillent vraiment sur les habitudes de vie et sur l'environnement. Malgré cela, les orthophonistes en réadaptation intensive fonctionnelle essaient de tenir compte en autant que cela leur est possible et dans une certaine limite, de l'environnement et des habitudes de vie (avec qui l'utilisateur parle, comment il parle, quand il parle, on essaie aussi de recréer des situations pour obtenir l'utilisation d'un langage approprié). En résumé : oui le modèle a changé notre façon de voir la réadaptation et même certaines pratiques. Mais pour voir un véritable changement il faudrait une structure de service adaptée au modèle. Il faut souligner que les orthophonistes ont bien peu d'expertise pour travailler au niveau des habitudes de vie. On manque de moyens et d'outils et peu de formation est donnée.”* (P9, p.31). Le PPH a des défauts mais il stimule la réflexion sur la finalité des interventions : *“ça reste qu'on découpe encore l'être humain en petites tranches. (..) Au lieu d'être.. branché sur l' modèle médical pis dire “c'est quelle sorte de pansement qu'on met? Pis où on l'met?” Qu'on se demande plutôt.. “Ben c'est quoi qu'la personne a' vit? De quoi a' l'a besoin? Pis moi, qu'est-ce c'est que j'peux faire pour aider..? À.. réaliser.. ses attentes, à respecter ses valeurs, respecter.. ses besoins...”* (P3, lignes 811-819).

En somme, les professionnels ne rejettent pas le modèle, ni sa nomenclature, qu'ils trouvent lourde néanmoins, mais ils voient mal comment les implanter -- ou comment ils s'implanteront -- dans des milieux où les pratiques sont relativement encadrées. Mais peut-être que l'implantation d'un modèle et l'adoption d'une nomenclature commencent-ils généralement de cette manière? Peu à peu, les praticiens adoptent un nouveau vocabulaire puis changent leur façon de voir l'intervention pour en venir à changer l'intervention elle-même. Mais pour que cela se fasse, encore faut-il que le modèle soit perçu comme pertinent par les orthophonistes et les audiologistes. C'est pourquoi certains sont allés plus loin dans leurs commentaires en s'interrogeant sur le contenu et la finalité de leurs interventions, et par conséquent, sur l'*objet* ou les *objets* de leur pratique.

### 5.1.2 Le PPH et l'objet de la pratique professionnelle

Quel est l'objet de la pratique de l'orthophoniste? le langage, la parole ou la voix? quel est l'objet de la pratique de l'audiologiste? l'audition? Ne seraient-ce pas plutôt les différents "troubles de"? L'objet de la pratique de ces deux professionnels pourrait-il être le patient/client? ses habitudes de vie, ses aptitudes ou encore les situations de handicap? Dans le même ordre d'idée, on pourrait se demander quel est l'objet de la pratique des professionnels de la santé que sont les médecins par exemple? Est-ce la santé? ou la maladie? L'objet d'une pratique est-il ce sur quoi on travaille ou ce que l'on vise par ses actions? Difficile de répondre sans hésitation à ces questions. Dans la section précédente, les commentaires des participants portaient sur la réadaptation tandis que dans cette section, leurs commentaires portent plus directement sur leur travail, ce que j'associe plus volontiers à l'objet ou au contenu de leur pratique. Cette fois encore, les propos des participants sont divisés : on croit que le PPH aiderait à mieux définir l'objet de la pratique ou à tout le moins de le cerner, tout en demandant comment le modèle et sa nomenclature pourraient définir l'objet des interventions.

#### 5.1.2.1 On voit bien comment le PPH peut aider à définir cet objet

Quoi qu'il en soit des pratiques, des milieux, des situations, de l'expérience du professionnel, l'objet de l'intervention de l'orthophoniste et de l'audiologiste est changeant, ses contours sont parfois flous, parfois très précis. La notion de handicap par exemple, qui se retrouve dans le PPH, est réinterprétée en fonction des situations : *"une personne malentendante qui s'brosse les dents, n'est pas une personne handicapée au moment où elle se brosse les dents. A' va l'devenir seulement si y a quelque chose.. à l'extérieur.. quelqu'un sonne à la porte pis a' l'a pas c'qu'i' faut pour détecter la sonnerie."* (P2, lignes 159-187). Il aurait fallu pousser un peu plus loin cet exemple et mentionner que ce n'est pas le fait de ne pas entendre la sonnette qui "rend" la personne handicapée (ou dans les termes du PPH, qui cause une situation de handicap) mais ce que cela entraîne pour cette personne. Il suffit d'imaginer que ce soit un importun qui sonne pour trouver que la situation n'est pas si terrible...

Pour les participants qui travaillent dans des établissements de réadaptation et qui n'ont plus autant de latitude qu'auparavant<sup>31</sup>, le modèle et la nomenclature du PPH servent à démontrer l'importance du langage (dans le cas des orthophonistes) et la gravité des problèmes engendrés par les troubles du langage, confirmant du coup l'utilité de leurs interventions : “y a.. 10 ans là, même y a 5 ans, on n'admettait pas un patient dans un.. centre de réadaptation quand i' avait uniquement un problème de langage. (...) C'est important d'admettre des gens qui ont uniquement un problème de langage.. en rééducation.” Parce que le langage, c'est une dimension de vie aussi importante que marcher. La communication est aussi important que marcher.”<sup>32</sup> (P9, 1019-1034, 1052-1083). Bien que l'extrait se termine par une affirmation sur l'importance de la *communication*, on sent que c'est le problème de *langage* qui est au centre des préoccupations de l'orthophoniste.

Le PPH permet, semble-t-il, d'élargir la portée des interventions des orthophonistes et des audiologistes puisqu'il fournit une grille supplémentaire pour interpréter la réalité des patients/clients : “J'veux pas faire d'la syntaxe juste pour faire d'la syntaxe. (...) i' faut qu'on regarde les conséquences d'la maladie. Mais les vraies conséquences. Les conséquences pas juste sur le corps mais.. dans ta vie.” (P7, lignes 499-504). Adopter la vision du PPH implique de voir la personne du patient/client dans sa globalité : “J'ai quelque chose de concret pour partir, pour vraiment tenir compte d'une personne, dans sa globalité. C'est pas rien qu'des oreilles, c'est pas juste.. un problème de communication, c'est une personne qui a.. une famille ou pas, qui fait plein d'choses, qui a du support ou pas..” (P5, lignes 249-263). En fait, l'application du modèle et de sa nomenclature pour structurer les interventions rendent légitimes des objectifs que les participants jugent plus près de la réalité du patient/client, une réalité qui serait révélée par l'application du PPH...

#### 5.1.2.2 On voit mal comment le PPH peut aider à définir cet objet

D'autres participants ne croient pas que le modèle *Processus de production du handicap* ni sa nomenclature puissent les aider à préciser l'objet de leurs interventions. Ils reconnaissent l'importance du handicap mais voient mal comment l'évaluer avec les outils dont ils disposent en clinique. S'il est possible d'objectiver et de mesurer la sévérité d'un trouble du langage par exemple, les orthophonistes ne pensent pas qu'il soit possible d'en faire de même du

<sup>31</sup>Avant les compressions budgétaires et la réforme imposées au système public de santé, c'est-à-dire vers le milieu des années '90.

<sup>32</sup>Pour la petite histoire, signalons qu'au cours des réunions du comité de l'Ordre, certains membres ont suggéré de retirer l'item *communication* de la liste des habitudes de vie du PPH.

handicap : *“c’est comme.. le langage.. à partir de combien de mots t’es handicapé t’sais? (..) ce modèle-là peut pas nous aider. Dans l’sens où c’est à nous à le construire maintenant au niveau d’la communication, ce modèle-là.”* (P14, lignes 960-968).

Plusieurs des commentaires des participants portent sur la place réservée à la communication dans le PPH : les uns disent que la communication *n’est pas* une habitude de vie ou à tout le moins, qu’elle est une habitude de vie *spéciale* parce qu’elle est nécessaire à la réalisation de plusieurs autres. Un participant cite l’exemple d’une consultation en physiothérapie pour régler un problème de mobilité (habitude de vie reliée au déplacement), pour montrer le caractère préalable de la communication puisque la consultation repose nécessairement sur la communication entre l’intervenant et le patient/client. Ce qui a conduit certains participants à considérer l’option de remplacer la case non-définie de l’*interaction* dans le modèle du PPH par l’item “communication”, rendant ainsi plus explicite son caractère préalable.

Au compte des limites de la nomenclature du PPH pour les besoins des orthophonistes et des audiologistes, quelques participants jugent qu’il leur est impossible de tracer un portrait juste ou complet des besoins des patients/clients : *“j’trouve qu’un individu n’est pas juste des habitudes de vie. Y a.. pas de senti là-dedans, y a pas de.. bien-être, y a pas de satisfaction personnelle, d’épanouissement, de rôle social (..) par le rôle que t’as dans la société, tu te revalorises.”* (P12, lignes 964-971). Certains ont des difficultés à voir comment la communication peut résulter d’une interaction (addition?) entre une capacité et un facteur environnemental : *“Lire le journal.. enlevons.. les incapacités là.. prenons juste des individus normaux.. ben lire.. c’est une aptitude. Le journal, c’est un facteur environnemental. Tu mets les deux ensemble pis t’arrives à une habitude de vie qui est.. un loisir. Ou qui est peut-être le travail, si t’as besoin d’lire le journal pour ton travail, évidemment c’est.. (..) en tout cas, c’est resté encore.. flou là..”* (P8, lignes 1197-1211). D’autres cherchent ce qui est spécifique aux habitudes de vie reliées à la communication et ne se retrouve pas dans les autres habitudes de vie : *“j’m suis trouvée (..) à défendre.. une position qui était de faire sauter la catégorie communication.. Or, j’suis.. tout à fait ouverte d’la garder. Mais j’veux que quelque chose rentre dedans. J’veux pas la garder juste par principe.. (..) juste pour dire.. “J’veux une catégorie communication parce que la communication est importante pis (..) moi, j’suis orthophoniste pis j’veux avoir une job t’sais?” Non. (..) Moi, c’que j’veux, c’est [répondre à la question] Qu’est-ce qu’on va mettre là-dedans qui rentre pas ailleurs?”* (P7, lignes 525-541).

Les participants ont fait d'autres commentaires -- sur lesquels je reviendrai dans la l'interprétation et la discussion des résultats -- qui portent sur la version modifiée du PPH contenue dans la proposition du comité CIDIH de l'Ordre (*Avis préliminaire...* OOAQ, 1997). Mais ces commentaires renvoient non pas à l'objet de la pratique professionnelle, mais à la pratique elle-même et à la profession dans son ensemble.

### 5.1.3 En somme...

*Prétextes* d'une réflexion sur la notion de communication, le modèle *Processus de production du handicap* et sa nomenclature ont été non seulement des déclencheurs mais également des révélateurs de la position occupée par les orthophonistes et les audiologistes dans l'univers de l'adaptation et de la réadaptation. En effet, ne sachant trop quels étaient les enjeux entourant l'adoption et l'utilisation du PPH, les orthophonistes et les audiologistes ont eu des réactions mitigées quand je leur ai demandé s'ils croyaient pouvoir influencer son contenu.

Les orthophonistes et les audiologistes que j'ai rencontrés se demandaient 1) s'ils devaient *adopter* inconditionnellement le PPH et sa nomenclature, auquel cas ils ne se sentaient pas autorisés à en bouleverser l'organisation et 2) s'ils pouvaient *adapter* le PPH et jusqu'où ils pouvaient le faire. Chacun des participants m'a paru hésiter entre ces deux options : adopter ou adapter. Adopter comporte l'avantage de mieux répondre aux besoins concrets et aux attentes des patients/clients, de faciliter les relations avec les autres intervenants en utilisant le vocabulaire de la nomenclature, de préciser les éléments qui contribuent au handicap, etc. (et des bénéfices marginaux comme celui de se faire reconnaître dans son milieu et comme profession) mais peut aussi imposer des limites, des contraintes qui s'ajouteront aux contraintes inhérentes à leur pratique. Adapter -- c'est le mandat qu'ils ont reçu de l'Ordre -- peut aussi s'avérer risqué : jusqu'où pouvaient-ils modifier les définitions et les catégories ne sachant trop à quels usages serait réservé le PPH? Comment reprendre la définition d'une notion aussi vaste et floue que celle de la communication? Cette ambivalence s'est traduite dans l'alternance des catégories de ma classification.

En ce qui a trait aux rapports entre le PPH et la notion de communication, la majorité des participants se sont accordés sur le caractère préalable, fondamental, essentiel de cette faculté et sur les lacunes de la nomenclature qui ne permet pas d'en rendre compte adéquatement. Là où ils ont eu de la difficulté à s'entendre, c'est au moment de traduire ce caractère dans leur

proposition de modification, l'un des deux *textes*. Connaissant la teneur de ce *texte*, c'est-à-dire le document envoyé aux auteurs du PPH par l'Ordre (dernière partie de ce chapitre), je peux dès maintenant qualifier le prétexte du PPH de *pré-texte*, c'est-à-dire un texte préliminaire ou antérieur et dont les termes sont demeurés à peu près les mêmes. J'y reviendrai.

Déclenchée par la révision du contenu de la proposition *Processus de production du handicap*, la réflexion sur la notion de communication -- et sur la façon dont il conviendrait de la définir -- s'est forcément inscrite dans le *contexte* particulier de la pratique des orthophonistes et des audiologistes ayant accepté de mener à terme cette réflexion. Les commentaires des participants en ce qui a trait aux différentes dimensions de leur pratique constitue la deuxième partie de ce chapitre.

Contexte : *n.m.* 1. ensemble du texte qui entoure une unité de la langue (mot, phrase, fragment d'énoncé) et qui sélectionne son sens, sa valeur. 2. ensemble des circonstances dans lesquelles s'insère un fait.

Le Petit Robert

La réflexion sur la notion de communication et les définitions qu'ont formulées les orthophonistes et les audiologistes ne se comprennent bien que si l'on connaît les principales caractéristiques de leur pratique, que si l'on connaît le *contexte* de la définition de la communication. Une même définition, par exemple "la communication est le processus par lequel un émetteur transmet un message à un récepteur" n'a certainement pas la même portée si c'est un orthophoniste ou un audiologiste qui l'exprime plutôt qu'un ingénieur...

Pour décrire le *contexte* qui permettra de comprendre les textes produits par les orthophonistes et les audiologistes sur la notion de la communication, j'ai retenu tout ce que les seize participants aux entrevues individuelles ont dit concernant leur profession, leur milieu de travail, le réseau de la santé ou de l'éducation, le monde de la réadaptation, leurs relations avec les collègues et les pairs, et les critères dont ils se servent pour juger de l'issue d'une intervention.

## 5.2 Le contexte -- une pratique en trois dimensions

Pour organiser tous les extraits et les descripteurs se rapportant à la pratique professionnelle, je me suis inspirée des trois catégories introduites par Donabedian (1980), à savoir la structure, les processus ("process") et les résultats ("outcome") pour référer, dans l'ordre, aux éléments quasi-stables qui encadrent et structurent la pratique [la *structure*], aux éléments aux contours plus flous, changeants et dynamiques [les *processus*] qui font le travail quotidien de l'orthophoniste et de l'audiologiste et aux éléments imprévisibles et imprédictibles de l'intervention, son issue [les *résultats*].

### 5.2.1 La première dimension de la pratique -- la structure

La *structure* de la pratique professionnelle, ce sont les moyens et les ressources dont l'orthophoniste et l'audiologiste disposent ainsi que l'environnement physique et organisationnel dans lesquels ils travaillent. Parmi les caractéristiques relativement stables de la pratique en orthophonie et en audiologie, j'ai relevé ses raisons d'être, ses points faibles, les mandats confiés aux professionnels, leurs fonctions dans les établissements qui les emploient et leurs conditions de travail. Ces éléments sont présentés en détail au tableau 2.

Tableau 2 -- Descripteurs en lien avec la *structure* de la pratique professionnelle

---

#### 1. Les raisons d'être des professions d'orthophoniste et d'audiologiste

- être sensible aux besoins des personnes ayant des difficultés de communication et intervenir pour y répondre
- évaluer les forces et les faiblesses de la communication chez des personnes qui présentent des difficultés
- rééduquer la parole et le langage, réadapter les personnes avec déficience auditive et s'occuper des autres dimensions de la communication

#### 2. Les mandats du professionnel

- évaluer les patients/clients en vue d'un suivi, faire des recommandations ou du counseling auprès des proches
- intervenir et concevoir des interventions auprès des personnes répondant aux critères fixés par l'établissement et présentant des problèmes de langage, de parole ou d'audition
- faire état de ses impressions cliniques et des actes posés dans un rapport écrit
- informer et former les collègues et les autres professionnels de l'établissement
- contribuer par divers moyens à éliminer les listes d'attente

#### 3. Des conditions de travail

- certains milieux accordent de la latitude aux professionnels
- certains milieux imposent des contraintes aux professionnels
- dans certains milieux, on n'accorde moins d'importance au langage et aux interventions en orthophonie
- les progrès des patients/clients serviront tôt ou tard à évaluer la performance des professionnels en réadaptation
- travailler dans l'incertitude des conséquences de la réorganisation du réseau scolaire
- subir les conséquences du virage ambulatoire et de la réduction des durées d'intervention dans le réseau de la santé
- intervenir également auprès de patients/clients peu motivés ou de proches peu intéressés
- consacrer temps et énergie à faire reconnaître leur profession, leur expertise ou le bien-fondé de leurs interventions

#### 4. Des points faibles des professions

- pour se faire reconnaître, certains professionnels suivent des modes en matière de diagnostic et d'intervention sans se poser de questions
  - réduire la pratique à l'évaluation au détriment de la réadaptation
  - ne pas avoir toutes les connaissances requises pour évaluer le handicap ou analyser une situation de handicap
-

Ce qui distingue la pratique de l'orthophoniste et de l'audiologiste de celle des autres professions tient, me semble-t-il, à ses *raisons d'être*. Les autres éléments structurants de la pratique, tels les mandats, les fonctions et les conditions de travail, sont davantage fonction des établissements où travaillent ces professionnels, de la position occupée par chaque établissement dans le système de santé ou dans le réseau de l'éducation, des mandats de chaque établissement, et enfin de la conjoncture économique, sociale et historique dans laquelle s'insère la pratique.

#### *5.2.1.1 Les raisons d'être des orthophonistes et des audiologistes*

Qu'ils pratiquent dans un centre hospitalier, un centre de réadaptation ou bien dans une école, l'orthophoniste et l'audiologiste interviennent principalement auprès de personnes qui présentent des difficultés de communication ou à risque de présenter ce type de difficultés. L'orthophoniste s'intéresse aux troubles qui affectent la parole, le langage et plus largement, qui affectent la communication, tandis que l'audiologiste s'intéresse aux troubles de l'audition. Les raisons d'être de la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie sont aussi liées à la confiance qu'ont les professionnels d'améliorer le sort de ces personnes.

Les raisons d'être de l'une et l'autre des professions sont aussi fonction de leur clientèle, des problèmes que présentent ces personnes, et des grandes phases de l'intervention (qui correspondent aux première, deuxième et troisième lignes des services de santé). Par exemple, l'orthophoniste qui œuvre en centre de réadaptation décrit les raisons d'être de sa pratique en référant à son travail qui est de traiter des adultes ayant des difficultés (ou troubles ou problèmes) de langage à la suite d'un accident ou d'une maladie. Lorsqu'ils décrivent leur travail, les participants disent tenir compte de la communication dans son ensemble, en évaluant ses forces comme ses faiblesses afin de trouver les moyens de l'améliorer. Quand ils n'insistent pas sur des aspects précis de leur pratique, leurs descriptions demeurent assez générales et conventionnelles, similaires à celles que l'on retrouve dans un annuaire de cours.

Mais la raison d'être d'une profession est modulée par les mandats confiés au professionnel et par les restrictions budgétaires imposées aux établissements du réseau de la santé par exemple.

### *5.2.1.2 Les mandats et les conditions de travail*

C'est sans surprise que j'ai constaté les liens étroits entre l'établissement où travaille l'orthophoniste ou l'audiologiste et les mandats qui lui sont confiés ainsi que ses conditions de travail. Bien que tous, en théorie, aient la même raison d'être, leurs mandats diffèrent selon qu'ils travaillent au Québec ou ailleurs, dans un centre de réadaptation ou dans une école, auprès d'une clientèle adulte ou auprès de jeunes enfants. Les mandats mais aussi les conditions de travail diffèrent selon les milieux. Toutefois, comme j'ai regroupé les résultats des analyses individuelles, les singularités des mandats et des conditions de travail de chaque participant apparaissent moins clairement dans le tableau synthèse (cf. tableau 2).

Les mandats confiés aux orthophonistes et aux audiologistes ont pour la plupart trait à l'évaluation et au traitement (l'intervention) des troubles, aux recommandations et à la rédaction de rapports. Chaque professionnel adapte ses mandats en fonction du contexte de sa pratique. Par exemple, l'orthophoniste et l'audiologiste qui travaillent dans un établissement aux prises avec une importante liste d'attente devront faire intervenir d'autres critères que le diagnostic pour décider à quelle clientèle ils offriront en priorité leurs services. Ainsi, certains professionnels donnent la priorité aux patients/clients qui ne peuvent recevoir de services ailleurs, d'autres à des patients/clients qui ont des difficultés sévères, d'autres encore à ceux qui ont un meilleur pronostic.

Parmi les mandats des orthophonistes et des audiologistes, se trouve celui de rendre compte de leurs interventions (évaluation, diagnostic, recommandations, impressions cliniques, autres observations, suivi, etc.) généralement sous forme écrite, le plus souvent dans un rapport. Dans un milieu en particulier, on a voulu faciliter la tâche aux orthophonistes en leur demandant, dans la rédaction de leur rapport, de s'en tenir aux catégories d'un formulaire standardisé. D'autres milieux laissent davantage de latitude aux professionnels, vraisemblablement parce que les normes de tenue de dossiers auxquelles sont assujettis ces professionnels suffisent. Enfin, dans un milieu où ont été adoptées de nouvelles procédures d'évaluation des patients/clients de l'établissement, on a ajouté aux mandats des orthophonistes la tâche de former et de superviser leurs collègues afin que les habiletés linguistiques des patients/clients soit correctement évaluées.

D'autres facteurs structurent la pratique des orthophonistes et des audiologistes, telles les diverses conditions de travail qui prévalent dans les milieux d'intervention. Majoritairement employés de l'État, les orthophonistes et les audiologistes ont vu leurs conditions de travail

changer en fonction des décisions prises aux plus hauts échelons des réseaux de la santé et de l'éducation. Les restrictions budgétaires que le gouvernement du Québec a imposé au système de santé<sup>33</sup> au milieu des années '90 ont eu des conséquences importantes sur la pratique d'un grand nombre de professionnels. Le "virage ambulatoire", évoqué par plusieurs participants, s'est traduit par la diminution marquée des durées du séjour des patients/clients tant en milieu hospitalier qu'en centre de réadaptation, forçant les orthophonistes, et dans une moindre mesure les audiologistes, à réorganiser les modalités et les contenus des thérapies. Une situation a fréquemment été rapportée par les participants qui travaillent avec des adultes ayant subi un accident cérébro-vasculaire : *"I' partent de l'hôpital.. des soins aigus.. 15 jours après.. Du moment que les fonctions vitales sont stables là.. i' nous les réfèrent ici... On les garde.. 5 semaines, c'est-à-dire plus ou moins 30 jours. (...) Si c'est un patient qui bénéficierait encore de traitements d'orthophonie ou de physiothérapie.. on insiste pour les garder encore. Y a des patients qu'on garde encore.. 2 mois.. 2 mois et demi, 3 mois. (...) faut justifier à l'équipe là.. faut dire "Ce patient-là bénéficierait de traitements en orthophonie." I' nous obstinent pas. (...) Mais après 45 jours.. on reçoit des petits papiers de l'administration.. "Comment ça s'fait que.. le patient est encore ici?" (...) Ça, c'est depuis.. depuis 2 ans. --Depuis tout l'virage ambulatoire là? -- Oui."* (P9, lignes 246-265).

Les effets des restrictions budgétaires se sont faits sentir à tous les niveaux du continuum des services. Pour reprendre l'exemple de la pratique auprès des adultes cérébrolésés<sup>34</sup>, les changements sont importants : les patients/clients ne séjournent plus aussi longtemps en centre hospitalier, ils arrivent plus tôt en réadaptation intensive et y restent moins longtemps, avant de recevoir leur congé ou d'être référé en réadaptation. Un patient/client qui, autrefois, pouvait bénéficier de services durant plusieurs mois, certains jusqu'à plus de deux ans, reçoit désormais son congé trois ou quatre mois après avoir subi son ACV. Les orthophonistes qui travaillent dans ces différents établissements ont dû, par conséquent, adapter leurs interventions aux besoins de cette "nouvelle" clientèle. Une "nouvelle" clientèle pour la raison suivante : auparavant, les orthophonistes voyaient *rarement* en centre de réadaptation des patients/clients ayant des difficultés à déglutir (dysphagiques), ce qui n'est plus le cas désormais. Comme l'explique une participante *"Il y a 10-15 ans, les orthophonistes des hôpitaux de soins aigus ne voyaient pas les patients dysphagiques. Ceux-ci s'alimentaient par gavage; il devait y avoir beaucoup de pneumonies par aspiration. Maintenant, le*

<sup>33</sup>La majorité des orthophonistes et des audiologistes du Québec travaillent dans les différents établissements du système de santé et de services sociaux.

<sup>34</sup>Et parce que six des seize participants travaillent auprès de cette clientèle.

*“besoin” de s’alimenter normalement est pris en considération par les médecins. En réadaptation, on n’acceptait pas les patients qui ne s’alimentaient pas seuls. L’évolution des connaissances, et l’intervention orthophonique en soins aigus auprès de cette clientèle a fait en sorte que ces patients nous sont référés et bénéficient de nos interventions.”* (P9, p.7). Pour plusieurs orthophonistes, les problèmes de déglutition de leur clientèle occupent désormais une portion importante de leur temps d’intervention, ce qui a probablement pour effet d’allonger leurs listes d’attente.

Les participants qui ont connu les années avant le virage ambulatoire ont trouvé difficile de s’y adapter, particulièrement quand ils se sont vus imposer une durée maximale à leur intervention, sans égard aux problèmes et aux besoins de leurs patients/clients. Ainsi, des participants estiment qu’il est justifié de donner des services à certains patients/clients mais doivent en retour convaincre les autres membres de l’équipe soignante ou alors imaginer des moyens de contourner les contraintes pour pouvoir le faire.

D’autres établissements, ou d’autres services à l’intérieur du même établissement, n’imposent pas les mêmes conditions : c’est même le contraire qui se passe puisque des patients/clients dont les services sont assurés par un tiers payeur comme la Société d’assurance automobile du Québec (SAAQ), subissent très peu de contrainte de temps, et peuvent être traités aussi longtemps que l’équipe soignante le juge nécessaire. Les orthophonistes qui travaillent auprès de cette catégorie de patients/clients n’ont pas à justifier la durée de leurs interventions. En contrepartie, il leur arrive de devoir traiter des patients/clients peu enclins à suivre leurs recommandations.

Parallèlement aux restrictions imposées au système de santé, certains établissements ont instauré au cours des années ‘90 des procédures visant à évaluer les progrès réalisés par les patients/clients durant leur séjour. Les procédures entourant la Mesure d’Indépendance Fonctionnelle (MIF, State University of New York at Buffalo, Research Foundation, 1993) sont les plus connues des professionnels œuvrant en centre de réadaptation. Ces procédures, qui sont en quelque sorte une évaluation indirecte de la performance des professionnels, ont amené certains orthophonistes (surtout) à former les professionnels (le plus souvent des infirmières) chargés de compléter la MIF, à évaluer correctement la communication des patients/clients.

Leurs difficultés à faire reconnaître l’importance des problèmes de langage aux yeux des autres professionnels de la réadaptation et par conséquent, à faire valoir l’importance de leur

intervention, ont poussé certains participants à consacrer temps et énergie<sup>35</sup> à promouvoir la profession et à faire reconnaître les besoins des personnes qui éprouvent des difficultés à communiquer. Mais selon certains participants, le désir de faire reconnaître leur profession en conduit plusieurs à adopter sans trop de questions les discours à la mode en matière de diagnostic et d'intervention. Enfin, deux autres points faibles des professions mentionnés par les participants : la place importante consacrée à l'évaluation des problèmes au détriment de la réadaptation et le manque de connaissances sur les moyens d'évaluer les handicaps et les situations de handicap associés aux troubles de la communication.

### 5.2.1.3 En somme...

La structure de la pratique est faite de contraintes, de lignes directrices, de voies et d'avenues déjà tracées, délimitées, balisées. Quelques unes des balises de la pratique ont été rapportées par les participants de mon étude, quelques unes seulement parce que le but premier de mon étude n'était pas de documenter la représentation de la pratique professionnelle mais la représentation professionnelle de la communication. La *structure* de la pratique professionnelle en orthophonie et en audiologie est liée à son *organisation* : à l'interne, la pratique est organisée par la profession, à savoir la formation, les mandats et la mission des professionnels c'est-à-dire par ce qui la définit et la distingue des autres professions en santé ou en éducation par exemple. La pratique est aussi façonnée ou organisée selon le type d'établissement qui emploie l'orthophoniste et l'audiologiste (par exemple, les mandats spécifiques confiés au service d'orthophonie et d'audiologie d'un hôpital) et selon la position occupée par l'établissement dans le système de santé ou dans le système d'éducation (renvoyant du coup aux mandats de l'établissement). Enfin, la pratique professionnelle est organisée par des facteurs externes comme le contexte économique, social et culturel dans lequel elle s'insère. Je rappelle qu'au moment où j'ai rencontré les participants de mon étude, à la fin des années '90, les décisions politiques concernant le financement des grands systèmes publics particulièrement le système de santé et le système d'éducation avaient eu des effets importants sur l'organisation ou la structure de la pratique professionnelle.

Par delà les raisons d'être, les mandats et les conditions de travail, la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie se concrétise à travers des rapports interpersonnels et par des actes professionnels. La pratique des orthophonistes et des audiologistes est aussi la

---

<sup>35</sup>L'implication des 8 orthophonistes et audiologistes au sein du comité de l'Ordre en est un exemple.

traduction au quotidien des mandats qui leur sont confiés. La section qui suit expose ce que j'ai désigné par les procédures de la pratique professionnelle.

### 5.2.2 La deuxième dimension de la pratique -- processus, procédures, traitements...?

La seconde dimension de la pratique professionnelle correspond à ce que Donabedian (1980) désigne par “process” : elle regroupe l'ensemble des activités auxquelles prennent part professionnels et patients/clients. Cela inclut la gestion technique (tels le diagnostic et les méthodes de traitement), et les aspects interpersonnels des soins (comme les interactions entre praticiens et patients). En français, ce terme pourrait être traduit par l'un ou l'autre des mots suivants : *processus*, *procédure* ou bien *traitement*. Le mot *processus* réfère à un “ensemble de phénomènes, conçu comme actif et organisé dans le temps. Ensemble de phénomènes se déroulant dans le même ordre; façon de procéder. Suite ordonnée d'opérations aboutissant à un résultat (voir procédure)”. Au mot *procédure*, le Petit Robert propose la définition suivante : “manière de procéder pour aboutir à un résultat, un ensemble de procédés utilisés dans la conduite d'une opération complexe.” Enfin, l'une des acceptions du mot *traitement* est “manière de soigner (un malade, une maladie); ensemble des moyens employés pour guérir.” Bien que le mot “procédure” suggère un ordre dans l'utilisation des procédés, j'utiliserai plus souvent ce terme pour désigner la deuxième dimension de la pratique. Au tableau 3, on retrouvera les différentes catégories qui rendent compte des procédures de la pratique des orthophonistes et des audiologiste.

Tableau 3 -- Descripteurs en lien avec les *procédures* de la pratique professionnelle

- 
1. Dans ses rapports interpersonnels, l'orthophoniste/l'audiologiste
    - 1.1. *s'assure de l'assentiment du patient/client et facilite sa participation*
      - en leur expliquant les raisons et les buts de l'intervention, à lui et à ses proches
      - en sollicitant la collaboration de ses proches
    - 1.2. *maintient la participation du patient/client*
      - en établissant avec lui une relation de confiance mutuelle
      - en invitant ses proches à prendre part à la thérapie
      - en les guidant et en les encadrant, lui et ses proches
      - en s'adaptant à ses choix et intérêts, capacités, habitudes et limites ainsi qu'aux décisions de ses proches
      - en étant empathique
      - en collaborant avec d'autres intervenants pour atteindre les objectifs d'intervention
  2. L'orthophoniste/l'audiologiste pose des actes professionnels
    - 2.1. *liés à l'évaluation et au diagnostic*
      - en déterminant la nature et la sévérité des difficultés, déficits ou troubles que le patient/client présente
      - en déterminant les besoins du patient/client ou ceux de ses proches
      - en déterminant les habitudes, les aptitudes, les capacités ou les compétences du patient/client
    - 2.2. *liés aux thérapies d'adaptation ou de réadaptation*
      - en compensant les déficits ou en atténuant les difficultés du patient/client ou en travaillant sur le langage
      - en enseignant des stratégies de communication aux proches du patient/client
      - en répondant aux besoins ou aux attentes du patient/client
      - en développant les capacités du patient/client
    - 2.3. *liés l'organisation des thérapies dans un contexte de ressources limitées*
      - en modifiant le contenu et les objectifs des thérapies pour s'ajuster à la réduction des durées d'intervention
      - en favorisant les patients/clients qui ont un meilleur pronostic ou davantage de besoins ou qui ne peuvent recevoir des services dans d'autres milieux
      - en donnant congé après évaluation des progrès, de la situation ou des commentaires du patient/client
  3. L'orthophoniste/l'audiologiste s'acquitte de ses devoirs envers la profession
    - en défendant l'exclusivité de ses compétences
    - en essayant de diversifier et d'accroître ses champs de compétences ainsi que ses lieux de pratique
    - en réfléchissant de façon critique sur sa pratique ou sur ses outils d'évaluation
    - en défendant les droits des personnes ayant des problèmes de communication
- 

### 5.2.2.1 Avant de commencer...

Orthophoniste comme audiologiste interviennent le plus souvent en vue d'améliorer une situation qui pose problème : leurs actions sont orientées en fonction d'une finalité. Parallèlement, au cours de l'intervention, entre le professionnel et son patient/client s'établit un rapport fondé sur le service, que l'un offre à l'autre. Entre l'expert (le professionnel) et le

profane (le patient/client), le rapport est essentiellement asymétrique. Or, pour atteindre les objectifs fixés au début de l'intervention, l'orthophoniste et l'audiologiste doivent instaurer avec le patient/client un rapport tel qu'ils soient assurés de sa participation et de sa collaboration au processus thérapeutique. Dans un pareil contexte, les rapports interpersonnels sont en quelque sorte déterminés, intéressés, guidés par un but et sont appelés, à plus ou moins court terme, à disparaître ou à s'estomper une fois les objectifs d'intervention atteints et le congé donné. Ce qui n'empêche pas qu'ils puissent être empreints d'empathie et basés sur une compréhension et un respect mutuels, laissant des traces durables tant chez le professionnel que chez le patient/client.

Un mot sur l'expression "patient/client" que j'utilise depuis le début de cet exposé : que l'on travaille ou non dans le milieu de la santé, on ne peut pas ne pas avoir remarqué l'emploi répandu du vocable *client* pour désigner ceux qui, hier encore, étaient des *patients*. Le changement serait dû, semble-t-il, à la connotation péjorative des *patient*, *bénéficiaire* et *usager*, qui ont précédé l'arrivée du *client*. Toutefois, on peut se demander si les "clients" d'un système public de services (de santé ou d'éducation) sont véritablement des clients, au sens où on l'entend habituellement...

#### 5.2.2.2 *Des rapports interpersonnels en vue de...?*

Pour concrétiser l'ensemble des procédures qui entrent dans l'intervention, les orthophonistes et des audiologistes établissent des rapports interpersonnels avec leurs patients/clients. Ces rapports m'ont paru avoir deux fonctions : une première qui est de s'assurer de l'assentiment du patient/client à l'intervention, facilitant ainsi sa participation à la thérapie et une seconde fonction qui vise à maintenir la participation du patient/client tout au long de la thérapie.

La *participation* du patient/client (ou sa motivation) est un élément clé de l'intervention, probablement parce que les résultats des traitements en orthophonie et en audiologie sont, dans une large part, imprédictibles. Pour maximiser les chances de réussite, le professionnel doit faire en sorte que ses patients/clients donnent leur assentiment aux traitements qu'il leur propose, qu'ils adhèrent à ses recommandations, bref qu'ils acceptent sa vision, professionnelle, des difficultés qu'ils éprouvent. Les explications sur le diagnostic ou sur l'issue de l'intervention que donnent l'orthophoniste et l'audiologiste avant d'entreprendre les thérapies me paraissent viser la participation des patients/clients ou leur adhésion aux traitements (ce qu'en anglais on désigne par "compliance"). De la même manière, les

rapports qu’instaurent certains participants avec les proches et les parents de leurs patients/clients, plus spécialement dans le cas des enfants, me paraissent avoir les mêmes visées.

Pour maintenir l’intérêt du jeune enfant, un participant accorde une grande importance à la qualité de ses relations avant de travailler avec lui des tâches plus spécifiques : il se base sur la prémisse que l’apprentissage n’est possible que dans le plaisir *“pour moi, c’est une croyance que.. tu n’apprends que dans l’plaisir (..) que si t’es bien avec quelqu’un”* (P4, lignes 424-431). Dans certaines circonstances, les professionnels invitent parents, conjoint ou proches à assister ou à prendre part à la thérapie : ils encouragent ainsi le patient/client et ses proches à adopter de nouveaux comportements qui facilitent la communication.

Si les rapports interpersonnels entre l’orthophoniste ou l’audiologiste et le patient/client s’établissent sur une base intéressée, ils n’en sont pas moins empreints d’empathie. Certains participants mentionnant s’adapter aux intérêts, aux capacités et aux limites de chacun de leurs patients/clients tandis que d’autres se joignent aux activités organisées pour la clientèle (hospitalisée) de leur établissement et observent leurs patients/clients dans un contexte différent de celui de leur bureau. Parfois, à la suite de ses observations, le professionnel décide de changer les objectifs de son intervention ou de retarder une intervention qu’il aurait souhaitée plus précoce : *“mais.. le client participe activement à son plan d’intervention, alors il va nous dire (..) qu’i’ était pas intéressé à travailler l’orthophonie mais i’ voulait absolument marcher pis une fois qu’i’ marcherait, peut-être là, i’ s’intéresserait à l’orthophonie. C’est sûr, moi je recommandais qu’on commence déjà à rééduquer et non pas qu’on attende plusieurs mois, parce qu’on perd d’après moi, de précieux moments là. Mais c’est son choix à lui et (..) il est clairement dit quelles sont (..) nos recommandations, quelle est notre perspective sur le problème mais.. on va toujours respecter quand même le client.. là-dedans et sa famille aussi. Alors, à c’moment-là, l’objectif a été mis de côté pis on avait fait autre chose.”* (P11, lignes 236-257).

Les rapports interpersonnels des participants qui travaillent avec les adultes surtout sont teintés de leur préoccupation sur le caractère stigmatisant des exercices qu’ils demandent à leurs patients/clients : *“dans les exercices à faire le soir là.. pas d’image, le moins possible. Parce que je ne veux pas que la famille voit cela. C’est humiliant pour le patient, surtout lorsque c’est en dehors du contexte de la thérapie.”* (P12, lignes 353-376). Les participants qui travaillent avec des enfants savent que les parents ont souvent peu de temps à consacrer

aux exercices à la maison : souvent, ils évitent de leur imposer cette tâche ou alors leur suggèrent de confier cette tâche à un autre adulte significatif.

Très souvent membres d'une équipe multidisciplinaire, l'orthophoniste et l'audiologiste interagissent avec leurs collègues. Dans le contexte de leur pratique, ces rapports interpersonnels se basent sur la nécessité de travailler conjointement pour un même patient/client afin d'atteindre plus facilement tous les objectifs du plan d'intervention. Un participant parle de ses rapports interpersonnels avec les autres membres de l'équipe lorsqu'il décrit ce qu'il fait pour s'assurer que ses patients/clients continuent de prêter attention aux comportements qu'il leur a montrés en thérapie.

Dans le cadre de la pratique professionnelle, les rapports interpersonnels entre l'orthophoniste ou l'audiologiste et ses patients/clients ou ses collègues existent et se maintiennent en vue d'une même fin : *communiquer*. De surcroît, ces rapports existent parce qu'une certaine forme de *communication* est possible. Ainsi, dans la pratique des orthophonistes et des audiologistes, la communication est à la fois un moyen et une fin, rendant floue la frontière entre les rapports interpersonnels et les actes que posent ces deux professionnels.

### 5.2.2.3 Les actes professionnels -- gérer les aspects techniques de l'intervention

Bien que cette partie des procédures de la pratique professionnelle ait été abondamment décrite par les participants de mon étude (63 descripteurs sur un total de 164), elle me paraît incomplète. En effet, le savoir partagé -- je connaissais bien plusieurs des participants -- a certainement joué dans la description qu'ils m'ont faite de leur travail quotidien. Quoiqu'il en soit, les données dont je dispose me permettent d'avancer qu'une grande part des actes posés par l'orthophoniste et l'audiologiste sont similaires à ceux d'autres intervenants dans le monde de la santé, de l'adaptation et de la réadaptation. Ou du moins, ils utilisent les mêmes termes génériques pour référer aux actes qu'ils posent. Par exemple, ils évaluent les difficultés pour établir un diagnostic, ils planifient des thérapies en fonction de ce diagnostic tout en tenant compte des ressources disponibles, et ils organisent leur travail dans un contexte de ressources limitées, des actes qui sont également posés par d'autres professionnels de la santé.

Les actes posés par les professionnels visent tous l'amélioration du sort du patient/client et les moyens pour y parvenir sont multiples. Le vocabulaire utilisé par les participants en témoigne : l'un évalue les difficultés du patient/client, l'autre tente de cerner et de répondre à ses besoins, l'autre essaie de mieux connaître ses habitudes, de mesurer ses aptitudes, ses capacités ou bien ses compétences. Dès la première rencontre avec leurs patients/clients, l'orthophoniste et l'audiologiste posent un certain nombre d'actes : examen du motif de la consultation, évaluation en vue de poser un diagnostic, élaboration des objectifs et du plan d'intervention et organisation des thérapies dans le contexte particulier du milieu d'intervention.

À moins qu'il ne soit très sévèrement atteint et qu'il ne parvienne pas à s'exprimer ou à comprendre, en général c'est le patient/client qui décrit la nature de ses difficultés au professionnel. Ce dernier cherche ensuite à mesurer l'ampleur et la sévérité des difficultés, à préciser les situations dans lesquelles les difficultés se manifestent. Pour ce faire, certains utilisent des questionnaires, des grilles d'observation ou une autre méthode d'évaluation. Afin d'avoir une meilleure idée des besoins des parents, un participant leur a proposé de compléter un questionnaire publié par l'Office des personnes handicapées du Québec : *“Cette année, notre projet c'était.. de prendre le document publié par l'OPHQ “Je commence son plan de services”.. et qu'on le complète avec les parents. Qu'on fasse le tour parce qu'en feuilletant ce document-là, on s'est dit.. “y a d'la matière là-dedans..” Parce qu'[on veut] essayer d'avoir la vision la plus.. complète de l'enfant. (..) dans c'document-là, c'est que.. le parent a à faire sa démarche “De quoi j'ai besoin?” Donc, i' faut qu'il se positionne. Parce que.. justement quand nous, on fait les groupes de parents, nous autres [les orthophonistes et les autres professionnels] on décide de quoi ils ont besoin. (..) On sait pas c'est quoi leurs besoins. Ils savent pas non plus c'est quoi leurs besoins.”* (P14, lignes 616-641, 662-670).

Une fois l'évaluation complétée et le diagnostic posé, le professionnel établit des objectifs et planifie en conséquence le contenu de ses thérapies. S'il vise la compensation des déficits, le professionnel cherche alors chacun des éléments qui contribuent aux difficultés ou, comme l'un des participants le dit : *“on peut décortiquer la communication dans.. les plus petites facettes. Autant du point de vue du récepteur que d'émetteur. Que d'interférence, l'environnement où le.. message verbal se.. passe. Le bruit, etcetera.”* (P2, lignes 323-355). Souvent, lorsque le patient/client comprend ou se fait comprendre difficilement, le professionnel sollicite la collaboration des proches : il les informe des besoins du patient/client ou encore leur enseigne des stratégies qui visent à faciliter la communication. Au fur et à mesure qu'avance la thérapie, certains participants proposent diverses activités à leurs

patients/clients : *“Plus t’avances, plus ça respecte c’que l’client veut, pis vers quoi tu t’en vas. (..) Parce qu’au début, i’ l’sait moins. C’est moins défini aussi. Quand tu t’installes la première fois avec ton client.. i’ a été habitué lui... à des objectifs plus linguistiques pis.. j’t’edis pas que j’fais pas d’objectifs linguistiques, j’en fais aussi beaucoup. Mais plus j’avance.. plus j’avance avec le client.. plus mes objectifs vont aller cibler son quotidien..”* (P3, lignes 883-900).

Certains professionnels n’hésitent pas à placer leurs patients/clients dans des situations proches de celles de la vie courante de manière à favoriser le développement des capacités dites fonctionnelles. Ils essaient donc, dans la mesure du possible, d’inclure dans leurs thérapies des activités proches de celles du quotidien et de montrer au patient/client à utiliser divers moyens de communiquer : *“Des fois, même quand le pronostic est pas bon, j’essaie quand même de dire qu’on fait un essai.. de quelques semaines. À c’moment-là, j’vais plus axer vers des stratégies que vers d’la rééducation comme telle pour.. le plus rapidement possible outiller la personne.. à être plus fonctionnelle dans sa communication là.”* (P11, lignes 223-234).

#### 5.2.2.4 Le “fonctionnel” ou intervenir dans un contexte de ressources limitées

Rendre les patients/clients plus fonctionnels ou semi-fonctionnels, développer des capacités fonctionnelles, planifier les thérapies en fonction d’objectifs fonctionnels... Le terme “fonctionnel” semble relever d’un impératif, d’une sorte d’urgence qui résulte probablement du contexte de restrictions budgétaires et se conjugue au souci de mieux répondre aux besoins des patients/clients. Cet adjectif aux contours flous -- qu’est-ce qui est “fonctionnel”? -- paraît être un moyen de s’éloigner ou de s’opposer au “linguistique” mais sans véritablement se rapprocher du “communicationnel”. Quoiqu’il en soit, le terme est passé dans l’usage...

L’intervention dans un contexte de ressources limitées a ainsi forcé les orthophonistes et les audiologistes à revoir leurs objectifs d’intervention, à favoriser une partie de la clientèle ou à donner la priorité à certains patients/clients plutôt qu’à d’autres, à se donner des critères plus précis pour prolonger une intervention (ou une hospitalisation) ou pour y mettre fin. Par exemple, un participant dont les patients/clients sont aphasiques s’est ajusté de la façon suivante : *“jusqu’à y a 3 ans à peu près là, on faisait une rééducation beaucoup plus linguistique. (..) C’était exagéré là. On avait nos objectifs d’orthophoniste.. on voulait que le*

*patient.. parle.. comme il parlait avant. Donc, on l'gardait longtemps, on.. raffinaient tous les aspects du langage.. (..) Maintenant, comme la durée de séjour a diminué beaucoup, on s'oriente beaucoup plus vers une rééducation vers le fonctionnel. Donc, on regarde (..) ce que ça prendrait au patient pour qu'il puisse communiquer.. dans son quotidien. Est-ce qu'il faut qu'il améliore sa compréhension? son expression? on pense l'amener à quoi là? À c'qu'il soit semi-fonctionnel? avec ses proches? Semi-fonctionnel avec tout l'monde? Ou fonctionnel avec tout l'monde? Donc, on va.. on s'donne des objectifs assez précis. Des objectifs bien bien fonctionnels.” (P9, lignes 461-482).*

Pour être qualifiés de fonctionnels, les objectifs de l'intervention doivent être réalistes et surtout, atteints dans le laps de temps alloué à l'intervention : *“Bon, on s'met des objectifs.. (..) réalistes là. On.. a diminué nos objectifs. Ça dure moins longtemps.. nos objectifs là. On n'a pas l'choix là. (..) on l'constate.. on s'écrit des objectifs qui vont être réalisables dans 5 semaines (..) On a l'impression des fois de pas terminer notre ouvrage. On voudrait aller plus loin.. mais on se fixe des objectifs qui vont être réalistes. On est pas pour.. avoir des objectifs non atteints tout l'temps, tout l'temps là. On.. s'ferait poser des questions.” (P9, lignes 633-653).* Dans ce cas particulier, on se demande quelle est la finalité des actes posés par le participant : améliorer les capacités du patient/client ou rendre des comptes à l'administration de l'établissement? Ou alors, améliorer les capacités *et* rendre des comptes...?

Le manque de temps, la réduction des durées d'intervention obligent les professionnels à faire des choix : entre deux patients/clients, lequel favoriser ? celui qui a le meilleur pronostic? celui dont les besoins sont plus pressants? celui qui ne pourra pas recevoir des services ailleurs, dans un autre milieu? C'est cette dernière option que choisit un participant qui travaille auprès de jeunes enfants dans une école. Avec l'enfant dont les problèmes de langage sont plus sévères, il accordera plus d'une séance de thérapie par semaine.

En contexte de ressources limitées, les professionnels (orthophonistes surtout) ne sont plus seuls à décider du moment où prendra fin leur intervention. S'ils décident de prolonger une intervention au-delà de ce qui est permis dans l'établissement, ils devront justifier leur décision. Un participant s'appuie sur les résultats d'un protocole d'évaluation plus sensible aux progrès réalisés par son patient/client. Ce qui laisse entendre que le jugement clinique seul, sans appui des données de l'évaluation, ne suffit plus à convaincre l'administration de continuer de donner des services à un patient/client. Toutefois, il existe encore des milieux où le professionnel conserve une certaine latitude pour décider du moment du congé et ce, en dépit de règles qui stipulent et fixent le nombre de séances de thérapie.

La dernière catégorie de “procédures” regroupe les propos qui portaient sur les actions que les participants ont posées pour changer la perception que leurs collègues et le public se font de leurs professions.

#### 5.2.2.5 Des devoirs envers la profession

Dans leur travail quotidien, comme dans des occasions spéciales -- telles une journée d'étude ou une réunion de travail -- l'orthophoniste et l'audiologiste posent des gestes et font des affirmations qui visent à modifier la perception qu'on se fait de leur travail. Par exemple, un participant dit prendre garde, quand il explique ce qu'il fait, que son interlocuteur comprenne la nature de son travail : *“Quand c'est des parents par exemple? qui te (..) demandent [ce que ça fait une orthophoniste]? -- Moi, j'fais toujours attention qu'ils prennent pas ça pour un cours de diction. Parce que ça reste encore.. ‘i’ parle pas clairement..”* Moi, faut pas qu'ça soit confondu sur seulement la clarté de la parole.” (P10, lignes 126-136). D'autres participants posent des gestes qui visent par exemple, à sortir des sentiers battus et se servent de leur expertise dans des domaines où, il n'y a pas si longtemps, on n'employait ni orthophoniste, ni audiologiste. La réflexion sur la pratique occasionnée par l'enseignement aux futurs professionnels fait également partie de cette catégorie d'actes. Exposer des façons d'intervenir, parler des outils et des méthodes d'évaluation et, au contact des étudiants, remettre en question certains éléments de sa pratique sont autant de façons de renouveler la profession. D'autres actes, comme celui d'endosser une demande d'allocation pour certains patients/clients malgré une objection personnelle, fait également partie, me semble-t-il, des devoirs envers la profession : *“On a un rôle aussi de défendre.. les gens à problème de communication parce qu'i' sont les premières victimes. C'est vrai parce que ça paraît pas. Mais est-ce que c'est plus juste parce que t'as une jambe coupée.. que t'aies une allocation supplémentaire que parce que tu parles pas? Parce qu'i' a une jambe coupée on s'pose pas la question [de l'allocation supplémentaire].”* (P14, lignes 1079-1104). Bien que dans ce dernier exemple, le rôle dont s'est investi l'orthophoniste ressemble davantage à un devoir envers la clientèle qu'à un devoir envers la profession, il reste que c'est un moyen de rendre plus visibles les problèmes de communication et, indirectement, les professionnels qui s'en occupent.

### 5.2.2.6 En somme...

L'orthophoniste et l'audiologiste interviennent auprès de personnes qui éprouvent des difficultés à communiquer. La finalité de leurs interventions est de rétablir la communication en développant les habiletés de communication de ces personnes. Et les moyens dont ces professionnels disposent pour y parvenir reposent essentiellement sur leurs propres habiletés de communication, c'est-à-dire sur leur capacité d'établir des rapports interpersonnels avec leurs patients/clients en vue de répondre à leurs besoins (attentes?). L'intervention, pour l'orthophoniste et l'audiologiste, c'est donc savoir communiquer pour que le patient/client puisse communiquer plus facilement... En d'autres mots, la limite entre les rapports interpersonnels et les actes techniques est plus floue et perméable en orthophonie et en audiologie que dans n'importe quelle autre profession. Me semble-t-il. Je reviendrai sur cette caractéristique de la pratique professionnelle dans le chapitre suivant.

Pour compléter le portrait de la pratique des orthophonistes et des audiologistes, il faut maintenant examiner l'issue, l'aboutissement ou, pour reprendre le vocabulaire de Donabedian, les “*outcomes*” de la pratique, que j'ai traduit par ses *résultats*.

### 5.2.3 La troisième dimension de la pratique -- les résultats de l'intervention

Avant de décrire les catégories appartenant à la troisième dimension de la pratique, je rappelle la définition de Donabedian (1980) :

*les résultats* (“*outcome*”) incluent les *changements* de l'état de santé *actuel* et *futur*<sup>36</sup> du patient, changements qui peuvent être attribués aux soins de santé prodigués. Ces changements comprennent l'amélioration des états psychologique et social qui s'ajoutent aux aspects plus habituels des fonctions physiques et physiologiques. Les résultats peuvent comprendre les attitudes du patient (telle la satisfaction), le savoir sur la santé acquis par le patient et les changements de comportements en lien avec l'état de santé. Ce sont des composantes de la santé ou des contributions à la santé future (p.82-3). [trad. libre]

Donabedian ajoute que les changements de l'état de santé sont considérés comme des résultats *en autant que* toute autre cause de changement ait été éliminée, afin de s'assurer que les soins antérieurs sont responsables des changements (p.83).

---

<sup>36</sup>C'est moi qui souligne.

Les commentaires des seize participants concernant les conséquences de leurs interventions, les critères qui leur permettent de porter un jugement sur ces conséquences et les moyens qu'ils prennent pour (dé)montrer les changements qu'ils ont contribués à faire apparaître font partie de cette dimension de la pratique des orthophonistes et des audiologistes. Beaucoup moins importante que les deux précédentes en nombre de descripteurs (39 seulement<sup>37</sup>), cette catégorie d'analyse est constituée en bonne partie des réponses aux questions d'entrevue portant sur l'échec et sur la réussite d'une intervention. Le détail de la classification est présenté au tableau 4.

Tableau 4 -- Descripteurs des *résultats* de l'intervention

- 
1. L'orthophoniste/l'audiologiste interprète comme un signe de succès ou de réussite
    - un patient/client qui n'a pas besoin de ses services très longtemps
    - une amélioration de la performance du patient/client à une tâche et une progression
    - l'atteinte ou la réalisation des objectifs fixés par le patient/client ou par les intervenants
    - un patient/client content de ses progrès ou qui se sent revalorisé
    - des changements remarqués par d'autres intervenants ou par des proches du patient/client
    - des proches qui s'adaptent au mode de fonctionnement du patient/client et une évolution
  2. L'orthophoniste/l'audiologiste a l'impression d'être en situation d'échec lorsque
    - l'intervention dure trop longtemps et rend le patient/client dépendant
    - il y a absence de progrès ou de généralisation malgré le temps et les efforts consacrés
    - les progrès du patient/client sont plus lents ou moins importants que prévus
    - les proches du patient/client sont insatisfaits des services
    - un collègue ou un proche ne comprend pas son message ou ses explications
  3. L'orthophoniste/l'audiologiste explique les moins bons résultats de son intervention
    - par une réduction de la durée de l'intervention
    - par la difficulté à observer des progrès
  4. À l'issue de son intervention, l'orthophoniste/l'audiologiste devrait
    - montrer les changements dans la performance du patient/client par des mesures objectives, standardisées ou non
    - avoir développé des outils que le patient/client peut utiliser
    - avoir résolu les problèmes du patient/client ou avoir eu un impact sur sa vie
    - avoir amélioré ou maintenu la qualité de vie du patient/client
- 

<sup>37</sup>Exceptionnellement, pour rendre compte de la richesse des commentaires des participants et parce que cette catégorie repose sur un petit nombre de descripteurs, j'ai doublé trois descripteurs qui contenaient deux unités de sens.

### 5.2.3.1 Avant de commencer...

Les résultats, selon Donabedian, doivent être attribuables aux soins prodigués. La notion de *causalité* est donc essentielle pour qu'un changement soit considéré comme un résultat. Or, en matière de comportements humains, dans une situation aussi complexe que celle de la thérapie, peut-on parler de causalité? est-il légitime, voire même possible, d'attribuer le succès ou l'échec de l'intervention aux seuls soins prodigués par le professionnel? quelle est la part du patient/client? Est-il possible, et légitime, d'éliminer "toute autre cause de changement" dans l'issue d'une intervention? Supposer qu'une telle chose soit possible laisse entendre que les résultats de l'intervention d'un professionnel de la santé sont analogues à ceux d'une opération mathématique...

La difficulté ou la réticence à établir une telle relation, de cause à effet, explique peut-être le peu de commentaires des participants sur les résultats de leurs interventions. Ou alors, c'est qu'ils ne peuvent pas ou ne sont pas en mesure d'identifier d'autres éléments qui expliqueraient les changements de l'état des patients/clients : *"on les a en pleine période de récupération spontanée. Donc les patients font.. du progrès. Ils en font. Y a pas d'patients qui font pas d'avancés. (..) --Vous pourriez attribuer ça.. surtout à l'intervention? en orthophonie? (..) --J't'avoue qu'on.. j't'avoue que des fois on sait pas si c'est.. euh.. bon. J'pense que.. on aide la récupération spontanée aussi. Si (..) il est en plein dans la période de récupération spontanée, avec la stimulation.. ça aide la récupération. Ça, c'est.. c'est sûr ça."* (P9, lignes 589-620). Dans une structure de pratique où l'on impose aux professionnels de travailler plus vite, plus efficacement, où tous doivent prouver que leur intervention change l'état du patient/client, comment ne pas comprendre les hésitations de ce participant...

Pour obtenir d'eux une description plus complète de leur pratique, j'ai demandé aux seize participants de me parler d'une intervention qu'ils considéraient comme une réussite et d'une autre, comme un échec.

### 5.2.3.2 Échec et réussite -- des moyens de parler des résultats?

En ce qui regarde la réussite ou le succès de l'intervention, les signes sont objectifs ou subjectifs, directs ou indirects. Sera considéré comme un signe objectif de réussite une intervention qui dure peu de temps. Par exemple, si un orthophoniste (le plus souvent) ne voit

que quelques fois son patient/client, alors qu'il s'attendait à une longue intervention, il estime que son intervention est une réussite. L'amélioration de la performance du patient/client, attestée par des changements de mesures formelles ou informelles, appartient aussi à la catégorie des critères objectifs. Un autre critère de succès est l'atteinte des objectifs que les patients/clients se sont fixés. Dans certains milieux toutefois, c'est l'atteinte des objectifs déterminés par l'équipe soignante qui est le critère permettant de décider du succès ou de l'échec des interventions.

Les participants se basent aussi sur des signes plus subjectifs pour statuer sur l'issue de l'intervention : ainsi, l'un d'entre eux se sert des notions de bien-être du patient/client ou de la satisfaction de celui-ci et de sa famille et des intervenants pour juger que son intervention est réussie. Les commentaires de ses collègues ou ceux des proches du patient/client sont également pour lui des signes du succès de l'intervention : *“ça m'arrive que les gens ne bougent pas dans mes tests et que par contre.. si je vais dans leur milieu, que j'veis rencontrer les infirmières, que j'rencontre leur épouse.. ils m'disent “Il communique beaucoup plus”.. ben là, pour moi, c'est réussi.”* (P13, lignes 430-434). Un autre participant trouve son intervention réussie lorsque les parents s'adaptent aux besoins de leur enfant, que les performances de celui-ci aient évolué ou non.

En cours d'entrevue, j'ai supposé -- mais sans en prendre conscience immédiatement -- que la réussite et l'échec étaient l'envers l'une de l'autre et que ces catégories étaient mutuellement exclusives. En cours d'entrevue, à partir de ce que chacun des participants me disait de ses critères de réussite, je déduisais ses critères d'échec. Il m'est quand même arrivé d'oser leur demander de me parler d'un échec, ou de ce qu'ils considéraient tel dans leur pratique.

### 5.2.3.3 *L'impression d'être en situation d'échec*

Les participants parlent plus volontiers d'une *impression* d'échec que d'une intervention échouée, ou ratée. Ici aussi, les critères pour en juger sont objectifs ou subjectifs, directs ou moins directs. Si une intervention réussie dure peu de temps, il est logique de penser qu'une intervention moins réussie dure (trop) longtemps. Une intervention qui dure trop longtemps, aux dires du professionnel, est considérée comme une situation d'échec puisqu'elle entretient la dépendance du patient/client. Même logique en ce qui a trait aux performances du patient/client : les progrès ou la généralisation des apprentissages à d'autres situations est un signe de réussite tandis que l'absence de progrès (mesurables?) est un signe d'échec. Ainsi,

un orthophoniste considère que son intervention est un échec quand son patient/client ne communique pas mieux après qu'ils aient tous les deux consacré beaucoup de temps et d'efforts. L'absence de progrès et le temps (ou la durée) sont en rapport étroit mais pas toujours dans le même sens : une hospitalisation trop courte, une intervention trop précoce, et c'est parfois l'échec. Inversement, trop de temps passé à faire une activité thérapeutique sans qu'il y ait d'améliorations fait naître un sentiment d'échec. Que ce soit avec des patients/clients adultes ou avec des enfants, le temps est parfois un allié, parfois un adversaire. Pour l'orthophoniste en milieu scolaire qui intervient auprès des mêmes enfants durant les trois ou quatre premières années de leur primaire, aucune intervention n'est un échec mais certains enfants font moins de progrès qu'il ne l'avait prévu.

L'insatisfaction des proches de ses patients/clients donne parfois l'impression à un participant d'être en situation d'échec : *“Les parents ont beaucoup d'misère avec les enfants en trouble de communication. (...) ils vont l'projeter sur nous, ils vont dire qu'ils sont pas satisfaits. Ils sont jamais satisfaits! (...) Y a rien d'plus dur qu'un trouble de communication, [un enfant] qui te donne jamais de feedback. Et à c'moment-là, c'est toi qui écope de la chose. Ils sont pas satisfaits des services, y en a pas assez.. y a pas assez d'gens intéressés, on s'fout d'eux.. (...) Et jusqu'à un certain point, on a l'impression d'être un peu en situation d'échec avec eux autres, t'sais?”* (P10, lignes 667-683).

Ou alors, ce sont des rapports interpersonnels tendus, voire difficiles, qui donnent cette impression : pour un participant, ne pas être arrivé à faire passer son message à un collègue est une situation d'échec. Pour un autre, c'est de constater qu'un parent n'a pas encore compris le diagnostic du trouble de son enfant même après plusieurs années de thérapie.

#### 5.2.3.4 Expliquer et s'expliquer les échecs

Pour expliquer et s'expliquer une situation d'échec, quelques participants invoquent dans un premier temps la sévérité du trouble. Ils mentionnent aussi la diminution de la durée d'hospitalisation ou de thérapie : soit ils voient les patients/clients trop tôt après l'accident (dans le cas des adultes cérébrolésés), soit pas assez longtemps en réadaptation. Ou alors, c'est la difficulté à percevoir les progrès : *“Là, t'arrives avec des enfants, qu'il faut que tu apprivoises.. faut qu'ils veuillent travailler, faut qu'ils prennent conscience qu'ils ont une difficulté.. faut pas juste que tu les amuses tout l'temps pis qu'ils aient pas l'impression.. (...) c'est une clientèle qui a un potentiel non-verbal normal (...) Mais en bout de ligne.. mes*

*résultats j pense que c'taient les mêmes que.. ou presque, que t'as avec des déficients.. en termes de lenteur de progression.. (..) c'est vrai que des fois, j'ai un peu l'sentiment : Ça a-tu changé quelque chose?" (P14, lignes 879-903). En somme, le témoignage des participants suggère qu'il ne sont pas toujours assurés des résultats des actes qu'ils posent. À défaut de résultats tangibles, mesurables et démontrables, certains parlent de la *finalité* de l'intervention...*

### 5.2.3.5 Les finalités de l'intervention

Dans quel but interviennent l'orthophoniste et l'audiologiste? Que devraient-ils avoir réalisé à la fin de leur intervention? Pour les uns, la finalité de l'intervention est l'amélioration des capacités ou des performances du patient/client et ces changements devraient, dans la mesure du possible, être mis en évidence par des moyens objectifs, standardisés. À cet égard, quelques participants ont adopté, voire créé, des moyens de mesurer les performances des patients/clients et de quantifier les résultats des actes qu'ils posent. Ces mesures chiffrées (donc objectives...) ont l'avantage 1) de montrer au patient/client qu'il a fait des progrès, 2) de savoir quelle approche ou quels actes donnent de meilleurs résultats et 3) de démontrer à l'employeur que les interventions (et l'intervenant...) ne sont pas inutiles. À cet égard, les tests standardisés sont inévitables : *"Parce que... (..) j'ai eu une formation très.. psychométrique là.. dans l'sens qu'i faut que t'aïlles voir tes tests.. pour mesurer le changement.. (..) voir ton test, faut qu'tes tests standardisés (..) j'pense c'est important d'avoir des bons outils d'évaluation. Ça nous aide. Mais ces chiffres-là nous aident au niveau administratif. C't'à-dire que.. les administrateurs vont comprendre ces chiffres-là. Tu leur dis "Ils ont augmenté de tant de pourcentage.. ou ils ont fait un plateau dans tel tel.." t'sais?" (P7, lignes 176-203).*

L'intervention a aussi pour finalité de développer les habiletés du patient/client, que certains participants appellent sa *boîte à outils*. Pour un autre, la finalité de l'intervention est *"d'être capable de résoudre des questions.. importantes.. pour les clients. Ils ont un problème précis. Si on est capable de résoudre le problème précis, il me semble que là, on ferait un travail qui a du bon sens."* (P1, lignes 750-755).

Lorsque les séquelles du trouble sont permanentes, lorsque le patient/client souffre d'une maladie dégénérative ou lorsqu'il n'est pas possible d'éliminer la cause de ses problèmes -- et c'est le cas de la majorité des patients/clients des orthophonistes et des audiologistes --

l'amélioration de *qualité de vie* devient l'un des buts ou la finalité de l'intervention : "*Pis c'est la qualité d'vie qu'on va beaucoup toucher. (...) tu vas demander aux gens, pis les gens veulent continuer longtemps en orthophonie. Sauf que des fois là, t'as un trouble assez important pis tu vas faire des progrès qui sont pas peut-être marqués vraiment, d'l'extérieur. Les gens l'verront peut-être pas beaucoup là, les autres membres d'la famille éloignée. Mais les gens plus proches peuvent voir que cette personne-là est plus fonctionnelle.*" (P6, lignes 435-441).

### 5.2.3.6 En somme...

Dans son ouvrage sur la mesure des effets de l'intervention en orthophonie, Frattali (1998) définit le *résultat* comme une conséquence de l'intervention. Le résultat est un concept multidimensionnel : fonction du temps, il sera à court, moyen et long terme. Fonction de celui qui le définit, il sera clinique (par ex., la capacité de maintenir la phonation, la précision de la dénomination, etc.), fonctionnel (capacité de communiquer ses besoins de base, d'utiliser le téléphone), administratif (processus de référence, productivité en termes d'interventions directes), financier (taux et durée d'hospitalisation), social (employabilité, capacité d'apprendre, réinsertion sociale). Défini par le client, le résultat de l'intervention se mesurera en satisfaction ou en qualité de vie.

Les participants ont brièvement mentionné la plupart des formes que peuvent prendre les résultats de leurs interventions. Cependant, bon nombre d'entre eux ne l'ont fait qu'au moment de répondre à mes questions sur leurs critères de succès ou d'échec d'une intervention et non pas au moment où je leur ai demandé de me décrire leur pratique. Ce qui laisse entendre que les résultats ou les effets de l'intervention ne font pas partie de la description de leur pratique. Leur (relative) réticence à aborder cette dimension de la pratique pourrait être liée au contexte dans lequel travaillaient les orthophonistes et les audiologistes que j'ai rencontrés. En effet, dans plusieurs milieux, les professionnels ne peuvent plus intervenir dans des conditions qu'ils considèrent optimales en partie à cause de la liste d'attente, du manque d'effectifs, des limites imposées par l'administration. Ils doivent en outre démontrer l'efficacité de leurs interventions sans toujours disposer d'instruments standardisés, convaincre leur collègues de l'utilité de leur travail, de l'importance de la communication et du langage, faire connaître les particularités de leur travail, et j'en passe. Dans ces conditions, leur demander quelles sont leurs réussites et s'ils ont des échecs touche sûrement un point sensible et plus délicat à aborder. J'y reviendrai.

#### 5.2.4 *Les trois dimensions de la pratique*

Introduites par Donabedian (1980) dans le but d'évaluer les effets des interventions et la qualité des soins de santé offerts par un "fournisseur" de soins, la triade structure / procédures / résultats m'a été utile pour classer les centaines d'extraits portant sur la pratique professionnelle. Le quotidien des orthophonistes et des audiologistes est effectivement fait d'éléments relativement stables, d'activités et des changements qui sont visés par ces activités. Donabedian (1980) affirme qu'il existe une relation causale entre les trois dimensions cependant, le schéma structure>procédures>résultats laisse entrevoir une relation linéaire du type stimulus-réponse. Or, dans le concret de la pratique, il existe plutôt des boucles de rétroaction, positives comme négatives, entre ces trois dimensions. On peut facilement imaginer que les résultats d'une séance de thérapie influencent les procédures de la prochaine séance, que l'adoption de procédures innovatrices est susceptible de modifier les mandats et les raisons d'être des professionnels, et donc la structure des soins, laquelle est également influencée par les résultats des interventions, et ainsi de suite.

En somme, les structures dans lesquelles la pratique professionnelle s'insère, les rapports interpersonnels et les actes posés par les professionnels et les résultats ou les effets que leurs interventions produisent construisent un modèle de pratique qui m'apparaît en partie calqué sur celui du médecin, pour reprendre un exemple bien connu. Sauf à de rares exceptions, les descriptions que m'ont faites les orthophonistes et les audiologistes de leur pratique s'inscrivent dans une séquence qui ressemble à celle que le médecin adopte face à une maladie aiguë : "évaluation-diagnostic-traitement-congé". Le modèle du trouble de la communication apparaît également calqué sur celui de la maladie<sup>38</sup> : le trouble de la communication "appartient" à l'individu et c'est donc à lui que sont destinées les interventions. Dans un tel contexte, une conception de la communication à l'image d'une chaîne dont chacun des éléments peut être affecté d'une lésion semble tout à fait adaptée aux besoins de la pratique. Bien entendu, la pratique professionnelle des orthophonistes et des audiologistes est plus complexe que cette esquisse réalisée à partir des propos de seize professionnels rencontrés en entrevue individuelle. Toutefois, comme l'objectif de mon étude est d'identifier le(s) sens que donnent des orthophonistes et des audiologistes à la notion de communication, j'estime avoir colligé suffisamment d'informations sur leur pratique pour être en mesure de comprendre les (éléments de) définitions proposées par ces professionnels.

---

<sup>38</sup>En anglais, j'utiliserais le mot "disease" et pas celui de "illness" pour désigner ce type de maladie.

Texte : *n.m. 1. la suite des mots, des phrases qui constitue un écrit ou une œuvre (écrite ou orale).*  
Le Petit Robert

Pour cette troisième dimension de mes données, j'ai réparti les propos des orthophonistes et des audiologistes selon les sources : ainsi, les commentaires émis dans les discussions de la journée d'étude *et* dans les entrevues individuelles forment ce que je désigne comme le premier texte, celui où les professionnels définissent la communication, ou se la représentent.

L'autre source de mes données correspond au second *texte*, qui est un véritable texte: l'*Avis préliminaire...* envoyé par l'Ordre aux auteurs du *Processus de production du handicap*. Il renvoie aux propositions des orthophonistes et des audiologistes qui ont agi dans ce cas comme les *porte-parole* de la communication, ou qui la représentent.

### *5.3 Le premier texte -- des orthophonistes et des audiologistes définissent la communication*

J'aborde maintenant l'objet de mon étude, le premier *texte*, le point d'orgue de chacune des entrevues individuelles et la dernière étape de mon analyse, c'est-à-dire les propos des orthophonistes et des audiologistes en lien avec une ou avec leur définition de la communication. Ce premier texte réfère à ce que je suggère dans le titre de ma thèse par la phrase : "quand des orthophonistes et des audiologistes *se représentent* la communication". Il résulte de l'analyse combinée de deux sources de données, à savoir les seize entrevues individuelles et les trois discussions de groupe de la journée d'étude. Au tableau 5 se trouve la synthèse des descripteurs relatifs aux propos portant sur la tâche de définir (qui furent relativement abondants) *et* aux propos portant sur la définition de la communication.

Tableau 5 -- Descripteurs relatifs à la tâche de définir et à la définition de la communication

- 
1. Une tâche qui suscite quelques réticences : définir la communication
    - la communication est difficile à définir à cause de sa complexité et de son omniprésence et des éléments culturels qui peuvent introduire des biais
    - la communication serait plus facile à définir si les professionnels étaient outillés d'une approche sociologique
    - la définition de la communication doit inclure des aspects qui sont travaillés en intervention
    - la définition de la communication n'est pas essentielle à l'intervention
    - la communication n'est pas une habitude de vie mais fait partie de ou est centrale à plusieurs habitudes de vie
  2. Une tâche encadrée : définir la communication pour les besoins du PPH
    - la communication est un préalable à la réalisation des habitudes de vie, à la participation sociale
    - la communication n'est pas nécessaire à la réalisation de certaines habitudes de vie
    - la communication est un ensemble d'aptitudes qui permettent de transmettre des informations, un message
    - la communication est une activité constante et l'utilisation de moyens de communiquer est une activité courante
  3. Définir la communication en s'inspirant de la pratique en orthophonie et en audiologie
    - les patients/clients affectés d'un problème de communication ont une moins bonne qualité de vie ou des handicaps importants
    - la communication est le domaine de spécialisation des orthophonistes et des audiologistes
    - la communication est parfois mal représentée dans divers instruments d'évaluation
  4. Définir la communication en dressant la liste des éléments à retenir  
*selon l'orthophoniste/l'audiologiste, pour qu'il y ait communication, il faut*
    - une personne (sa présence, son corps, son esprit, ses affects)
    - la présence simultanée de deux personnes, émetteur et récepteur
    - des systèmes et des capacités expressives et réceptives intègres, adéquats
    - des habiletés cognitivo-linguistiques, des pré-requis sensoriels, moteurs et relationnels
    - un message, de l'information
    - un code, le langage
    - un échange, un feedback, une réponse
    - une intention, une volonté de communiquer, des opportunités
    - que le processus soit efficace*pour l'orthophoniste/l'audiologiste, la communication*
    - est fondamentale, elle permet de (sur)vivre
    - permet de transmettre et de recevoir de l'information, de véhiculer quelque chose ou d'interagir en vue d'établir des liens
    - permet d'entrer en relation, de se relier aux autres, s'intégrer dans un milieu
    - est une fonction qui sert à réagir et à faire réagir, réaliser des rôles sociaux, construire l'identité
    - peut être influencée par le contexte, les personnes et leurs actions, le message et son mode, la culture et les circonstances
  5. Définir la communication selon des principes systémiques
    - la communication est une relation circulaire et réciproque entre 2 ou plusieurs personnes et comprend la définition de la relation (ordre) et la transmission d'informations (indice)
    - les capacités relationnelles se construisent en même temps que la communication et l'utilisation d'un code
    - la relation prime sur la transmission d'informations
    - l'absence de mots, de paroles, d'intention n'empêche pas la communication
-

--comment tu la définirais la communication?

--Mon Dieu! (rire) ça c'est LA question.. à 1 000\$..

--qu'est-ce que ça veut dire pour toi, communiquer?

--Oh mon Dieu.. (rire) c'est toujours la question à laquelle c'est pas facile de répondre!

--Donc, la.. la.. comment tu définirais la communication?

--...

--Pour toi, qu'est-ce que ça veut dire "communiquer"?

--(soupir)..<sup>39</sup>

### 5.3.1 Définir la communication -- une tâche encadrée qui suscite des réticences

D'entrée de jeu, affirmer qu'il y eût des réticences chez les participants qui ont accepté de prendre part à la réflexion de l'Ordre puis à la mienne, paraît étrange. Mais j'ai cru important d'exposer leurs hésitations ainsi que les conditions ou les exigences auxquelles ces professionnels ont dû s'adapter pour mener à bien la tâche de définir la communication. En fait, leurs hésitations sont étranges si l'on croit que l'usage fréquent qu'ils font de cette notion pour décrire leur travail (ils sont des "professionnels des troubles de la communication") ou les objectifs de leurs interventions (entre autres, améliorer la "communication fonctionnelle") réfère à une seule et même notion. Si tel avait été le cas, je crois que tous auraient répondu spontanément à la question de définir la communication.

Or, face à la tâche de définir la communication, la majorité des participants ont exprimé en premier lieu leurs difficultés et leurs doutes quant à la possibilité de la mener à bien. Ainsi, les uns parlent d'une notion complexe, les autres, de son omniprésence dans toutes les dimensions de la vie humaine. D'autres encore craignent de biaiser une définition qui doit s'appliquer à tous en y introduisant sans le vouloir des éléments culturels. Mal à l'aise de définir cette notion, certains croient qu'il leur manque des concepts, un cadre théorique ou des connaissances : *"peut-être qu'on n'est pas outillé pour ça? T'sais, peut-être que si on avait une approche.. sociologique de la communication, peut-être qu'on serait plus habile?"* (P1,

---

<sup>39</sup>Ces extraits ont été tirés des entrevues individuelles avec les seize orthophonistes et audiologistes. Ils sont pour la plupart situés en fin d'entrevue, c'est-à-dire après que les participants aient parlé de leur pratique et du modèle du PPH.

lignes 566-577). D'autres encore hésitent parce qu'ils savent qu'une définition trop longue ne serait pas fonctionnelle et qu'une définition trop courte, en occulterait la complexité.

S'il leur est difficile d'en arriver à une définition simple, courte et qui fasse consensus, les orthophonistes et les audiologistes énoncent avec moins de difficultés les conditions que l'éventuelle définition devra satisfaire. Ainsi, dans les termes de la future définition, on devra retrouver les différents aspects sur lesquels les professionnels interviennent : *“moi, j’vois bien ça dans la communication parce qu’on travaille ça! On travaille à ce que les personnes enrichissent leur compréhension écrite, leur compréhension orale.”* (gr.1, lignes 301-312). Pour plusieurs participants, on devrait également retrouver dans cette définition, les aspects linguistiques, moteurs, sensoriels, et ce que ces professionnels désignent par les prérequis ou les éléments de base de la communication. Certains participants voient mal cependant l'incidence que cette définition aura dans leur pratique : *“Est-ce que c’est utile, une définition comme ça? Pour un audiologiste? --Que ça soit écrit quelque part.. c’est sûrement.. important. Dans le concret.. disons.. quand j’rencontre un client, j’m’arrête pas à.. la définition de la communication.”* (P2, lignes 283-301, 306-309).

Au cours de la journée d'étude mais plus spécialement au moment des entrevues individuelles, les participants se sont interrogés sur la définition d'*habitude de vie*, la catégorie conceptuelle du PPH à laquelle appartient la *communication*. Pour les orthophonistes comme pour les audiologistes, la communication n'est pas une habitude de vie. Et s'il faut la laisser dans cette catégorie, alors la communication doit avoir un statut différent des autres puisqu'elle est, disent-ils, un préalable à la réalisation de plusieurs autres habitudes. Certains suggèrent même de représenter ce caractère particulier de la communication dans le schéma du *Processus de production du handicap*. D'autres participants contestent le caractère préalable de la communication, arguant que cette habitude n'est pas nécessaire à la réalisation de *toutes* les habitudes de vie. Ils se demandent par exemple si la communication est nécessaire à l'habitude de se nourrir ou de s'habiller. La communication est omniprésente mais pas partout...

Si le vocabulaire ou les concepts du *Processus de Production du Handicap* paraissent contraignants pour certains participants, d'autres en ont adopté les termes pour définir la communication : *“qu'est-ce que c'est la communication. Moi, je suis portée à t'dire : la communication c'est un ensemble d'aptitudes.. (..) qui te permettent de transmettre une information sous quelque forme que ce soit.”* (P8, lignes 1011-1018). Une définition qui s'aligne avec celle proposée dans la nomenclature : “les habitudes d'une personne reliées à la

transmission et à la réception de messages de la part d'autres individus, ainsi que de la société" (Fougeyrollas et coll., 1996, p.122). Enfin, quelques participants suggèrent de modifier la définition de la catégorie "habitude de vie" parce que la communication n'est pas seulement une activité quotidienne, elle est une activité *constante*, comme celle de respirer.

Malgré leurs réticences et malgré les contraintes qui leur étaient imposées (à la journée d'étude surtout), les orthophonistes et les audiologistes ont tout de même tenté de définir la communication en s'inspirant de leur expérience clinique. Cela leur a permis d'insister sur l'importance de cette habitude de vie.

### 5.3.2 *Quand la pratique professionnelle sert de balise à la définition de la communication*

Dans cette troisième classe d'extraits, l'influence du *contexte*, c'est-à-dire la pratique professionnelle, sur le contenu du *texte* est évidente : les participants se basent sur leurs observations des troubles de la communication pour inférer les caractéristiques de la communication. Au cadre étroit du *prétexte*, le PPH, les participants substituent le cadre plus large du *contexte*, leur pratique. Pour eux, les personnes qui éprouvent des difficultés à communiquer semblent avoir une moins bonne qualité de vie : la communication donc est essentielle à la qualité de vie. L'importance de la communication est mesurée à l'aune de la gravité des conséquences des troubles. C'est ce qui explique la réaction de certains participants lorsqu'on a jonglé avec l'idée, un moment, de retirer l'item *communication* de la liste des habitudes de vie : "*Partout où y a pas d'orthophonie, c'est les ergothérapeutes qui s'occupent.. de la communication. (...) C'est une activité quotidienne. (..) si on l'avait enlevé ce point-là (..) dans la.. [classification québécoise], non, seulement ça efface.. l'orthophoniste, le rôle de l'orthophonie mais ça.. ça minimise les problèmes de communication. Ça rend.. c'est dilué dans d'autres choses. C'est dilué.*" (P9, lignes 1103-1116). Si la présence de l'item *communication* dans la liste des habitudes de vie du PPH est essentielle à la reconnaissance de la gravité des problèmes de communication, il est également essentiel de transmettre l'idée que seuls les orthophonistes et les audiologistes sont compétents pour intervenir sur cette habitude de vie. En outre, comme le mentionne un des participants des groupes de discussion : "*si on enlève la communication pis qu'on la remet pas nulle part... (..) ce serait trop risqué de faire ça parce que.. tout c'qui est orthophonique, audiologique, c'est comme si ça venait de sauter de.. Quoi qu'il est dans les aptitudes là! On va demeurer des évaluateurs d'aptitudes pis.. au niveau des habitudes de vie.. on sera pas là!*" (gr.2, lignes 1727-1739).

Par ailleurs, constatent plusieurs participants, la communication est sommairement définie, mal représentée ou inexistante dans divers instruments de mesure utilisés par les professionnels de la santé. C'est en tout cas ce que disent ceux d'entre eux qui ont participé à des projets de recherche ou à la conception de nouveaux instruments de mesure. C'est le cas également des orthophonistes œuvrant dans les différents établissements où l'on utilise la MIF (Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle) et qui doivent pallier aux lacunes de cet instrument en formant leurs collègues à évaluer les dimensions expressives et réceptives de la communication parce qu'ils ne peuvent les évaluer eux-mêmes<sup>40</sup>.

Définir la communication ou modifier la définition proposée dans le *Processus de production du handicap* ne sont pas une mince tâche. Plusieurs des participants l'ont entreprise en énumérant les éléments devant se retrouver dans la définition.

### 5.3.3 La communication en morceaux -- liste des éléments à retenir

Dans les groupes de discussion puis au cours des entrevues individuelles, les participants ont identifié ce qui m'a paru deux classes d'éléments : l'une regroupent les éléments essentiels à la communication -- que certains ont désigné par des *prérequis* -- et l'autre, les éléments faisant référence aux *fonctions* de la communication.

Dans la première classe d'éléments, on retrouve la notion de personne liée à celle de la communication : "*la communication est faite de tout ce qu'est la personne.. autant son.. corps que son esprit.. son affect. C'est toutes les dimensions d'la personne.*" (P5, lignes 571-573). Mais une personne seule ne communique pas, il faut un témoin à l'acte de communiquer, et c'est donc d'émetteur et de récepteur dont il est question : "*Moi, la communication, comme je l'entends, c'est.. vraiment entre deux personnes.*" (P13, lignes 858-881); "*il faut absolument tenir compte de l'aspect relation de deux personnes. Et donc ça m'a amenée à faire.. et la vision de l'émetteur et la vision du récepteur..*" (gr.3, lignes 12-13).

L'émetteur et le récepteur doivent jouir de certaines capacités : "*Le récepteur.. doit avoir l'intégrité de son système auditif d'abord. I' faut aussi qu'il ait.. l'intégrité de tout c'que j'appelle les capacités cognitivo-linguistiques : une bonne écoute, une bonne concentration,*

<sup>40</sup>La MIF est souvent remplie par le personnel infirmier des établissements qui utilisent cette mesure.

*une bonne mémoire.. une bonne faculté de jugement, de logique, etc.”* (gr.3, lignes 102-105) et l'émetteur : *“faut qu'y ait une intégrité au niveau du système phonatoire, linguistique (..) toutes les règles morpho-syntaxiques.. (..) c'est pas tout d'avoir un système intègre mais faut encore avoir des idées, des opinions, des besoins à formuler. Et c'est pas tout, il faut aussi pouvoir les transmettre au bon moment, d'la bonne façon, tout l'aspect pragmatique”* (gr.3, lignes 85-100).

Bien que tous les participants ne fassent pas cette distinction, plusieurs ajoutent à la liste des éléments d'une définition ce qu'ils appellent les prérequis à la communication ou les habiletés (de base). Certains participants les ont même détaillées : *“l'habileté de base linguistique, c'est tout c'qui s rattache à c'qu'on connaît : phonologie, syntaxe, sémantique. Les habiletés motrices.. concernant naturellement : la respiration, la voix, les gestes, les mimiques.. Ça, ça fait partie d'la communication. Les habiletés cognitives.. la mémoire, l'attention, concentration, jugement, séquence, capacité de synthèse, capacité d'abstraction, organisation, planification, capacité d'analyse. Tout ça, ça fait partie aussi d'la communication. Très difficile de dissocier les éléments d'la pensée de la communication, c'est toujours interrelié.. ça prend aussi des habiletés en fonction des autres pour communiquer.. l'utilisation du langage..”* (gr.1, lignes 37-48). Si la définition de la communication doit intégrer tous ces éléments, on se demande alors ce qu'il faudra retrouver dans la nomenclature...

Outre les habiletés ou les aptitudes des personnes qui communiquent, il y a aussi le message et les informations qu'il contient : *“c'est difficile d'imaginer la communication aussi sans un message..”* (P1, lignes 324-357); *“dans la communication, y a toujours une information qui est véhiculée d'une.. certaine façon.”* (P8, lignes 1003-1008). Le message et les informations sont transmis par le biais d'un code, qui peut être le langage verbal et les gestes. L'échange, la réponse ou la rétroaction (feedback) sont aussi des éléments jugés importants : *“par exemple, tu écoutes la télé, tu lis l'journal, tu t'informes.. Il se passe quelque chose mais c'est une communication dans une voie, j'appelle pas ça de la communication, j'trouve [que] c'est du traitement d'informations, (..) y a pas d'échange. C'est une réception..”* (gr.1, lignes 861-866, 869-873). La communication est liée à l'intention et aux opportunités de le faire. Et puis elle doit être efficace : *“Pour moi, une communication.. oui, à la base, il faut qu'elle soit efficace, sinon ça .. mène à rien. --Exactement.. Pis.. c'est pas tolérable dans notre société non plus. --C'est quoi notre rôle en tant qu'orthophoniste? C'est ça que je m'suis posée.. oui, on on travaille le bureau etcetera.. mais c'est pourquoi est-ce qu'on travaille? Pour que.. la communication soit le plus efficace possible..”* (gr.1, lignes 685-701).

Dans la liste des éléments à retenir se trouvent les *fonctions* de la communication, ou ce que la communication rend possible. Certains participants affirment que la communication doit avoir un caractère fondamental puisqu'il n'existe pas de société qui ne communique pas. On associe la faculté de communiquer à l'être humain : *“Est-ce qu'on peut être un être humain et ne pas communiquer? (..) me semble si tu nais avec une incapacité d'communiquer là.. totale. Tu dois mourir.”* (P1, lignes 460-461, 484-494, 537-543). Ce qui n'est pas si loin de la proposition de Watzlawick, Beavin et Jackson (1979), résumée par le postulat *“on ne peut pas ne pas communiquer”*.

Outre son caractère fondamental, la communication (ou la faculté de communiquer) a un côté pratique : la métaphore de l'*outil* illustre parfaitement cette proposition. La communication *sert* à échanger des informations, à interagir en vue d'établir des liens ou encore à se relier aux autres (humains) et aux choses (comme au savoir par exemple). L'*outil* de la communication est un *moyen* pour la personne de réaliser des habitudes de vie, de remplir ses rôles sociaux et de se construire une identité. Les multiples fonctions de la communication la rendent indispensable : *“On communique pour remplir ses besoins, pour informer, pour argumenter, créer, inventer. Mais beaucoup.. une grosse place pour l'estime de soi, pour se définir. J'trouve qu'on se définit beaucoup par notre communication. (..) on a des choix d'mots qui nous caractérisent, on a un ton d'voix qui nous caractérise pis.. les autres nous définissent comme ça. Pis ils vont s'adresser à nous en fonction de ce qu'on est. Ils vont nous.. mettre des étiquettes aussi en fonction.. de l'allure qu'on a et d'la façon dont on s'exprime. (..) Pis ça.. ça s'réflète sur tout notre définition de soi. (..) Quand on communique, c'est.. comme essentiel.. dès qu'y a quelque chose qui va mal dans notre système, ça nous permet d'extérioriser. Sans communication, c'est difficile.”* (gr.1, lignes 51-63). Une définition de la communication qui a beaucoup de points communs avec le langage et la maîtrise du code linguistique.

Les participants reconnaissent aussi l'influence des facteurs suivants dans la communication : le contenu des messages, le statut des interlocuteurs, le type de relation entre les interlocuteurs, la culture, la présence d'un trouble, les habiletés, les activités, bref, le contexte interactionnel. C'est justement parce que la communication dépend du contexte qu'il est nécessaire, selon quelques participants (deux, en fait), de s'appuyer sur d'autres principes que ceux qui ont guidé le développement du modèle *Processus de production du handicap* pour définir la communication.

### 5.3.4 Définir la communication guidé par des principes systémiques

Bien que peu de participants se basent sur les principes de la théorie des systèmes et de la *Nouvelle communication* pour définir la communication, j'ai jugé utile de créer une catégorie pour regrouper les extraits qui m'ont paru s'aligner sur ces principes. En entrevue individuelle, l'un des participants se réclamant de l'approche systémique n'a eu aucune hésitation ni aucune peine à définir la communication :

*“La systémique, c’est une vision de la communication (..) qui est d’abord et avant tout, la communication c’est une relation.. entre deux ou plusieurs individus et une relation qui est.. circulaire et réciproque. C’est-à-dire que.. dans la communication, y a donc deux volets : le volet que Bateson appelle la “définition de la relation” pis le volet d’la “transmission d’informations”. La définition de la relation, c’est-à-dire que toi pis moi quand on se rencontre, on communique.. on se définit l’une par rapport à l’autre. Et ceci, c’est un processus qui est circulaire et réciproque. C’est-à-dire que.. toi en adoptant une position, tu me définis.. dans une position complémentaire. Et moi, en prenant une position, j’té définis dans une position complémentaire (..) la définition de la relation, c’est un volet extrêmement important de la communication. L’autre étant la transmission d’information. C’est-à-dire qu’à travers la relation qu’on s’est dit qu’on allait jouer l’une par rapport à l’autre.. on s’transmet du contenu.” (P17, lignes 1291-1310).*

Entrer en relation et transmettre du contenu, deux aspects inséparables du message, l'un et l'autre se construisant en même temps, l'un par l'autre. En d'autres mots, l'un n'est pas le préalable de l'autre : la transmission du contenu n'est pas un prérequis au développement des relations, ni les relations un prérequis à la transmission : *“un jeune bébé, est-ce qu'on peut dire [qu']il a des capacités relationnelles? Pourtant, il a appris à communiquer. Pis au fur et à mesure qu'il développe ses relations.. (..) ça se.. construit.. au fur et à mesure.. (...) y a des recherches qui démontrent qu'y a pas d'pré-requis.. non plus, même pas cognitifs (..) les seuls pré-requis à communiquer, ce sont.. les opportunités de communiquer. Le restant..” (gr.1, lignes 122-132, 140-150).*

Dans un cadre systémique, la communication est d'abord *définition de la relation* puis *transmission d'informations* : *“si y a une problématique de jeu relationnel, ben nécessairement, ça va avoir des conséquences au niveau de la transmission d'informations. D'où la primauté de la définition de la relation sur la transmission d'informations. (..) J'te donne un exemple. Si t'es en chicane avec ton chum, pis là, vous vous assoyez pour souper pis qu'il te dit “Passe-moi le sel.” Y a des chances que tu l'prennes pas juste sur le niveau du contenu. Mais ça peut être “Qu'est-ce qu'il m'veut lui là avec passe-moi le sel?” Alors ça, c'est la relation. C'est-à-dire que le contenu.. perd sa signification.” (P17, lignes 1307-*

1327). La communication, selon l'un des participants du groupe 1, a deux aspects : indice et ordre. Dans les mots de Bateson, cela veut dire que

“quand A parle à B, quels que soient les mots qu'il utilise, ils auront ces deux aspects : ils parleront à B de A, véhiculant de l'information sur quelque perception ou quelque connaissance portée par A (*indice*), et ils seront une cause ou un fondement d'actions ultérieures de B (*ordre*)<sup>41</sup>.” (Bateson & Ruesch, 1988, p.206).

Certains postulats de la systémique, en particulier ceux mis en forme par l'École de Palo Alto, étaient connus de quelques participants (on ne peut pas ne pas communiquer) et ont peut-être influencé leur représentation de la communication : “*La communication, c'est pas rien que des mots.. y a plein d'affaires*” (P12, lignes 558-578). Pour certains, l'intention est inhérente à l'acte de communiquer, pour d'autres, qui pratiquent selon les principes systémiques :

“--*Tu communique dans un but! Sauf ton intention (..) sera pas nécessairement toujours perçue comme tu voudrais qu'elle le soit nécessairement. Là, c'est là que l'interprétation entre en.. [ligne de compte]*

--*Pis c'que tu communique n'est pas nécessairement toujours conscient non plus.. N'est pas toujours.. n'est pas nécessairement toujours volontaire.. C't'à-dire moi j'voudrais bien peut-être avoir l'air... super détendue.. c'est mon intention. (rire) Mais dans l'fond... mon non-verbal communique le contraire..*” (gr.2, lignes 1054-1069).

### 5.3.5 En somme...

Une première trilogie texte-prétexte-contexte est complétée. Je retiens trois choses des propos des participants aux groupes de discussion de la journée d'étude et aux entrevues individuelles : la première, c'est que la tâche de définir la communication s'est avérée plus difficile que je ne l'aurais cru. Les hésitations des participants, en entrevue individuelle, témoignent éloquemment du malaise qu'éprouvent les spécialistes des troubles de la communication à définir une notion qui apparaît aux yeux de plusieurs -- et aux miens -- comme l'objet de leur pratique. Mais peut-être faut-il mettre ces réticences au compte des contraintes imposées par le modèle et sa nomenclature? Ou alors faut-il croire que la communication n'est pas l'objet de la pratique des orthophonistes et des audiologistes?

---

<sup>41</sup>C'est moi qui souligne et ajoute les parenthèses.

Pour ma part, je pense comme Y. Winkin qui qualifie la communication de terme fourre-tout<sup>42</sup>, tellement qu'il devient difficile de statuer sur une seule acception. Par ailleurs, pour des professionnels plus habitués de voir des personnes ayant des *troubles* de la communication, il aurait probablement été plus facile de définir le trouble. Dans le cadre d'une nomenclature des éléments qui contribuent à la *production du handicap*, la tâche aurait au moins eu l'avantage d'être plus cohérente. J'ai vu dans leurs hésitations et leurs réticences, les effets d'une pratique passée à répondre aux besoins pressants d'une clientèle qui croît sans cesse. Puis-je ajouter que je comprends les praticiens d'être moins enclins à se poser des questions sur leur pratique et son objet... et que je salue en même temps les efforts qu'ils ont fait pour répondre à ces questions.

Une deuxième chose ressort : les professionnels ne tiennent pas à se passer des modèles de base et de leurs concepts. Les définitions du langage, de l'audition, les concepts d'émetteur et de récepteur, le message, le code linguistique, etc., suffisent à la plupart des participants pour définir la communication. Puisque ce sont des composantes qu'ils évaluent, qu'ils tentent de rétablir, et auxquelles ils sont sensibles dans leurs interventions, il est logique de les retenir dans leur définition de la communication. Mais comment intégrer ces composantes en une *représentation* de la communication? Une chaîne ou un modèle centré principalement sur la transmission d'information sont-ils justes, suffisants? J'y reviendrai dans le chapitre suivant.

Troisième chose : bien que la vision systémique de la communication ait quelques adeptes au sein de la profession (des orthophonistes surtout, pour ce que j'en sais), et qu'il existe des approches systémiques permettant d'intervenir auprès des personnes affectées par un trouble, il faut peut-être se demander si les professionnels sont prêts à élargir et à enrichir leur représentation de la communication. Avant que des principes comme ceux de la *Nouvelle communication* ne soient intégrés dans la pratique des orthophonistes et des audiologistes, il faudra que s'accroisse le nombre de praticiens qui appliquent avec succès l'approche systémique. Et, bien entendu, qu'elle soit enseignée.

Dans la dernière section de ce chapitre, je présente les résultats de l'analyse du contenu du deuxième *texte*. Je rappelle que les discussions de la journée d'étude avaient pour but d'identifier un ensemble d'éléments devant entrer dans une définition de la communication. Ces éléments ont été notés, rassemblés puis soumis aux discussions des membres du comité

---

<sup>42</sup>À cet égard, l'anecdote suivante est particulièrement révélatrice : un caméraman, un orthophoniste, un ingénieur en physique des micro-ondes et un pasteur se retrouvent autour d'une table à discuter de leur métier. De leur discussion, ils constatent qu'ils travaillent tous... en communication! Compte tenu du caractère polysémique de la communication, qui pourrait leur donner tort? (C. Navennec, communication personnelle)

de l'Ordre formé à la suite de la journée d'étude. Au cours des derniers mois de 1997, ces professionnels ont discuté de la définition de la communication proposée dans la nomenclature du *Processus de production du handicap* et des modifications qu'ils souhaitaient y apporter afin qu'elle reflète la réalité des orthophonistes et des audiologistes. Des travaux du comité est issu un document d'une vingtaine de pages qui a été envoyé en décembre 1997 aux auteurs du PPH. Ce document contient les (pro)positions des orthophonistes et des audiologistes pour définir la communication : il est le deuxième *texte*.

*Porte-parole : n.m.inv. 1. Personne qui prend la parole au nom de qqn d'autre, d'une assemblée, d'un groupe. 2. Ce qui représente les idées (de qqn).*

(Le Petit Robert)

#### 5.4 Le deuxième texte -- quand des orthophonistes et des audiologistes représentent la communication

L'*Avis préliminaire de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec sur la révision de la proposition québécoise de la classification : Processus de production du handicap* (OOAQ, 1997), témoigne concrètement du travail de représentation réalisé par les orthophonistes et les audiologistes. Ce deuxième texte, écrit celui-là, renvoie à l'autre partie du titre de cette thèse : *quand des orthophonistes et des audiologistes représentent la communication*, c'est-à-dire quand ces professionnels sont les "porte-parole" de (l'habitude de vie de) la communication.

Dans la version de 1996 du PPH, celle qui a fait l'objet d'une validation, l'habitude de vie reliée à la *communication* est ainsi libellée : "Les habitudes d'une personne reliées à la transmission et à la réception de messages de la part d'autres individus, ainsi que de la société." (Fougeyrollas et coll., 1996, p.122). Les sous-catégories de l'habitude de vie sont au nombre de quatre : 1) communication orale et corporelle, 2) communication écrite, 3) télécommunication et 4) signalisation (Fougeyrollas et coll., 1996, p.122).

Selon l'Ordre, cette définition ne montre pas "l'évolution du concept et des réalités qui y sont liées" (*Avis préliminaire...*, p.4). L'Ordre propose d'*ajouter* à cette définition les lignes suivantes :

"Une habitude de communication peut se réaliser de façon autonome (comme dans une activité de conversation) mais très souvent elle est une composante d'une autre habitude de vie (comme acheter des billets d'autobus). L'habitude de vie de communiquer doit donc être prise en considération dans un grand nombre d'autres catégories ou sous-catégories d'habitudes de vie (nutrition, transports, soins corporels, responsabilités, déplacements, relations interpersonnelles, etc.)" (*Avis préliminaire...*, p.9).

et de modifier les quatre sous-catégories de la façon suivante :

1) communication verbale, 1.1) communication orale, 1.2) communication écrite et 1.3) communication signée, 2) communication non verbale et paraverbale, 3) communication par d'autres systèmes codés et 4) communication à distance (télécommunication) (*Avis préliminaire...*, p.9).

Dans les quelques précisions qui précèdent les propositions, l'Ordre affirme que la "communication est nécessaire à la réalisation de la quasi-totalité des habitudes de vie" (p.5) et suggère donc des modifications au schéma conceptuel du PPH de manière à rendre plus visibles les habitudes de vie *déplacements* et *communication*, et plus explicite leur "caractère transversal" (p.6). Selon l'Ordre, la case *habitudes de vie* du schéma devrait être divisée en deux parties : dans celle du haut seraient identifiées les habitudes *déplacements* et *communication*, tandis que dans celle du bas, le reste des *habitudes de vie*. L'Ordre souhaite également que soit ajoutée une "introduction à la nomenclature des habitudes de vie" qui viendrait appuyer et expliquer l'idée du caractère préalable des habitudes *communication* et *déplacements*.

Les autres modifications proposées dans l'*Avis préliminaire...*, concernant les aptitudes reliées à la parole et reliées au langage, sont essentiellement des ajouts, ce qui ferait passer le nombre total d'entrées de ces deux sections de 41 à 122. L'Ordre propose enfin d'ajouter deux items à la section des facteurs environnementaux. Dans le tableau placé en annexe de la thèse (cf. annexe 9), on trouvera l'essentiel des propositions contenues dans l'*Avis préliminaire...* dans la colonne centrale du tableau, entre les propositions originales (version 1996) et les propositions validées (version 1998) du PPH.

Dans le chapitre suivant, j'examine plus attentivement ce texte (plaidoyer?) des orthophonistes et des audiologistes ainsi que les propos qu'ils ont tenus sur leur pratique et sur l'application qu'ils pourraient faire du PPH et de sa nomenclature afin d'en dégager les modèles de référence explicites et sous-jacents de même que les définitions concrètes et effectives de la communication.

## *Chapitre 6*

### Interprétation des résultats et discussion

«La pensée complexe doit remplir de très nombreuses conditions pour être complexe : elle doit relier l'objet au sujet et à son environnement; elle doit considérer l'objet, non comme objet, mais comme système / organisation posant les problèmes complexes de l'organisation. Elle doit respecter la multidimensionnalité des êtres et des choses. Elle doit travailler / dialoguer avec l'incertitude, avec l'irrationnalisable. Elle doit non plus désintégrer le monde des phénomènes, mais tenter d'en rendre compte en le mutilant le moins possible.»

E. Morin, Science avec conscience, 1982 (p.305-6)

S'étant vu confier la tâche de réviser la définition de la communication dans la nomenclature du *Processus de production du handicap*, une vingtaine d'orthophonistes et d'audiologistes ont par le fait même amorcé une réflexion critique sur leur pratique et sur ce que d'aucuns diraient l'objet de leur pratique. En s'interrogeant sur les éléments qu'il conviendrait d'inclure dans une définition de la communication destinée à une nomenclature des conséquences des maladies, ils ont questionné le statut de leur profession au sein des institutions qui les emploient ainsi que la place qui est faite aux "troubles de" la communication. Les propos qu'ils ont tenus lors de la journée d'étude puis au moment des entrevues, et leurs écrits, plus spécialement le document résumant les propositions issues de la journée d'étude et des travaux du comité de l'Ordre, montrent que vis-à-vis du Comité québécois de la CIDIH (les auteurs du PPH), les orthophonistes et les audiologistes se sont vus comme des *représentants* de la communication. En même temps, ils ont dû donner un sens et définir la notion de communication, c'est-à-dire *se représenter* la communication.

Le présent chapitre se divise donc en trois grandes parties : la première réfère à ce qui arrive "quand des orthophonistes et des audiologistes représentent la communication"; la seconde à ce qui est dit "quand des orthophonistes et des audiologistes se représentent la communication"; et la troisième aux résultats du processus de réflexion dans lequel se sont engagés les participants de mon étude, c'est-à-dire à l'émergence de nouveaux repères pour la pratique.

Dans la première partie, j'examine de près le *texte de représentation* des orthophonistes et des audiologistes (le deuxième texte du chapitre précédent) pour ce qu'il révèle des modèles et des définitions explicites et implicites de la communication. Dans le contenu de ce texte, intitulé *Avis préliminaire de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec sur la*

*révision de la proposition québécoise de la classification : Processus de production du handicap* (ci-après désigné par *Avis préliminaire...*), on retrouve la position officielle de ces professionnels relativement aux notions de *communication* et *langage*. Je compare ensuite le contenu de ce texte de l'Ordre<sup>43</sup> aux propos des participants rencontrés en entrevue individuelle, et en particulier ceux qui portent sur les rapports qu'ils voient entre le PPH et leur pratique et son objet. Je présente et commente ensuite le *résultat* de la démarche entreprise par l'Ordre sur la base de ce qui a été et n'a pas été inclus dans la nomenclature du PPH, publiée l'année suivante, en 1998.

Dans la deuxième partie du chapitre, j'examine les propos tenus par les professionnels lors des discussions de la journée d'étude et au cours de l'entrevue individuelle en vue de définir la communication. À partir de ces définitions pratiques, c'est-à-dire des définitions issues de la pratique et commandées par elle, et donc faites en fonction de leur pratique, je dégage les modèles de référence explicites et sous-jacents et les mets en relation avec ce qu'ils ont dit des différentes dimensions de leur pratique professionnelle.

Dans la troisième partie du chapitre, je reviens sur les éléments retenus par les orthophonistes et les audiologistes pour représenter et se représenter la communication et je tente de voir en quoi ces éléments, qui émergent, pourraient éventuellement constituer de nouveaux repères pour la pratique professionnelle.

### *6.1 Quand des orthophonistes et des audiologistes représentent la communication...*

Avant de commenter le texte de représentation des orthophonistes et des audiologistes, j'aimerais préciser le sens que je donne à la notion de *représentation*. Ou, si je m'en tiens au titre de cette thèse, c'est le sens que je donne au verbe *représenter* qui doit être précisé ici. Dans le cadre de la participation au processus de validation du PPH, où la tâche de réviser la section des habitudes de vie relative à la communication a été confiée à des orthophonistes et des audiologistes (ou à leur Ordre), j'estime que ces professionnels agissent comme des *représentants* ou des *porte-parole* de la notion de communication. Ils ont été considérés comme des experts consultants quand il s'est agi de réviser et de valider le contenu de

---

<sup>43</sup>Je réfère au "texte de l'Ordre" tout en sachant que c'est le texte du *comité* de l'Ordre, qui résulte de la synthèse des propositions issues de la journée d'étude et des travaux du comité de l'Ordre formé à la fin de cette journée. J'utilise "l'Ordre" pour désigner les auteurs de l'*Avis préliminaire...* parce qu'avant d'être envoyé aux auteurs du PPH, cet avis a été approuvé par les membres du bureau de l'Ordre. Je présume donc que c'est l'Ordre tout entier qui s'exprime dans l'*Avis préliminaire...*

certaines parties de la nomenclature du PPH. Les orthophonistes et les audiologistes *représentent* la communication comme les nutritionnistes auraient pu représenter l'habitude de vie nutrition ou les physiothérapeutes les déplacements par exemple. En d'autres mots, je m'intéresse à la représentation que les professionnels ont faite et non pas aux représentations (sociales, collectives ou mentales) de la communication chez ce groupe de professionnels.

Par ailleurs, c'est en partie parce que les auteurs du PPH ont choisi d'utiliser des concepts positifs pour désigner les catégories de leur nomenclature, que les orthophonistes et les audiologistes se sont trouvés être les représentants de la communication plutôt que les représentants des *troubles de la communication*. C'est donc à titre de représentants de "l'habitude de vie communication" mais aussi et en même temps, à titre de représentants des "troubles de la communication", ou plus précisément, de représentants des *personnes* affectées de ces troubles, que des orthophonistes et des audiologistes ont participé à la démarche de validation du PPH. Résultat de cette démarche, l'*Avis préliminaire...* a pour but de définir explicitement la notion de communication dans la nomenclature des habitudes de vie. Cependant, comme le suggère Bourgeault (1990) en commentant la relation entre la santé et la profession médicale -- la valorisation de l'une ayant pour effet de valoriser l'autre -- le texte de l'Ordre met l'accent sur le caractère essentiel, voire vital, de la communication et ce faisant, contribue indirectement ou implicitement à la valorisation de la profession d'orthophoniste ou d'audiologiste. Mais avant de discuter de la contribution du texte de l'Ordre, j'aimerais commenter la tâche qui leur a été confiée : définir la communication de sorte qu'on puisse rendre compte de ses troubles avec le PPH, un "modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles"<sup>44</sup> (Fougeyrollas et coll., 1996).

### 6.1.1 Une tâche déconcertante

Entre la tâche qu'on leur a confiée et l'expertise qu'ils ont, les orthophonistes et les audiologistes ont sûrement été tiraillés. Une tension de plus, qui s'ajoute aux autres, simplement évoquées ici, qui traversent les champs de la santé et de l'éducation et les pratiques professionnelles qui s'inscrivent dans ces champs. Dans les institutions où travaillent les orthophonistes et les audiologistes<sup>45</sup>, au sein des équipes multidisciplinaires

---

<sup>44</sup>Dans la version publiée en 1998, la notion de "trouble" disparaît et le PPH devient un *modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne* (Fougeyrollas et coll., 1998).

<sup>45</sup>Au Québec, la pratique en bureau privé est relativement peu courante.

dont ils font partie, à l'intérieur de leur propre discipline, existent et coexistent des tensions qui ont trait soit à l'organisation des services, aux conditions de l'intervention, aux mandats confiés aux professionnels, aux conflits interprofessionnels, aux objectifs et aux raisons d'être de ces deux professions, soit encore aux courants et aux approches qui guident l'évaluation comme le traitement des troubles de la communication. Sans qu'il soit nécessaire d'approfondir les tenants ou les aboutissants de ces tensions, on peut penser qu'elles ont été exacerbées par les compressions budgétaires imposées aux réseaux de la santé et de l'éducation au milieu des années '90.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la démarche de validation de la nomenclature du PPH à laquelle se joint l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. Sachant en outre, que les auteurs du PPH pensent

“avoir en main des travaux [le PPH] ayant atteint une certaine maturité, répondant fondamentalement aux positions du mouvement de défense des droits des personnes ayant des incapacités et susceptibles de *servir de modèle conceptuel aux changements sociaux qui au-delà d'une classification des conséquences des maladies et traumatismes, ont toujours constitué le fondement essentiel de nos efforts de recherche et de promotion.*<sup>46</sup>” (Fougeyrollas et coll., 1996, p.4)

on peut sans peine imaginer les questions que les orthophonistes et les audiologistes ont dû se poser : s'agissait-il simplement d'une nomenclature structurée par un modèle? quels autres usages du PPH ses auteurs ont-ils prévu? le PPH servira-t-il à la planification socio-sanitaire? à la restructuration des services? à définir les mandats et les rôles des professionnels à l'intérieur d'une nouvelle structure de services? N'ayant pas de réponse à toutes ces questions, l'Ordre a choisi de rédiger un texte qui fait clairement état de son projet : faire reconnaître l'importance de la communication et celle, corrélative, des troubles et des professionnels à qui est confié le mandat de les traiter.

### 6.1.2 Adopter et adapter les propositions du PPH...

Entre les lignes de l'*Avis préliminaire...*, on devine une certaine hésitation de la part des orthophonistes et des audiologistes : devaient-ils *adopter*, tel quel, le PPH ou pouvaient-ils l'*adapter*, au moins en partie? La première alternative, adopter le PPH, en valider le modèle et la nomenclature, et le diffuser dans les milieux de travail, permettrait peut-être aux orthophonistes et aux audiologistes d'assurer leur position comme interlocuteurs légitimes du

---

<sup>46</sup>C'est moi qui souligne.

Comité québécois de la CIDIH (les auteurs du PPH), un organisme ayant une certaine influence auprès des décideurs en santé et en réadaptation<sup>47</sup>. Mais l'adoption du PPH voulait dire accepter que la communication soit définie comme une simple habitude de vie. La seconde alternative, adapter en partie le PPH, signifiait que l'Ordre pouvait changer cette conception de la communication au risque cependant, de voir leurs propositions refusées par les auteurs du PPH.

À maints égards, l'*Avis préliminaire...* est un compromis entre ces deux alternatives : l'Ordre a *adopté* la définition du PPH en reprenant les termes de la définition originale de la communication *et* il l'a *adaptée* en suggérant de considérer la communication comme une composante de la majorité des autres habitudes de vie. L'Ordre signale et recommande de “tenir compte de” la communication dans l'évaluation de ces autres habitudes. Adoptant la structure du schéma conceptuel, l'Ordre en adapte la présentation en suggérant d'identifier explicitement la communication dans l'encadré des Habitudes de vie.

Dans son *Avis préliminaire...*, l'Ordre réfère explicitement et implicitement à une définition de la communication basée sur le processus de transmission d'information, définition proche de celle des Laboratoires Bell. Cette observation s'appuie à la fois sur les modifications de la nomenclature suggérées dans l'*Avis préliminaire...* et à la fois sur les commentaires qui les accompagnent. Soulignons que les modifications et les commentaires de l'Ordre ont trait à la communication (en tant qu'habitude de vie) et au langage (en tant qu'aptitude).

#### 6.1.2.1 La communication -- une habitude à caractère particulier?

Dans la nomenclature, l'Ordre s'en tient finalement à une définition de base<sup>48</sup> de la communication, c'est-à-dire en tant que processus de transmission et de réception des messages (cf. annexe 9, colonne du centre). Même s'il soutient ailleurs dans son texte que “la communication est plus que la transmission d'un message” (*Avis préliminaire...*, p.3), l'Ordre n'a pas pu, voulu ou su contourner la définition de base et la reformuler de manière à y intégrer sa dimension relationnelle. Conscient de l'importance de cette dimension de la

---

<sup>47</sup>Par exemple, les catégories conceptuelles du PPH sont utilisées pour classer les projets de recherche soumis au Réseau d'adaptation et de réadaptation (REPAR), un organisme subventionnaire qui relève du FRSQ. Les Orientations ministérielles en matière de déficiences physiques (MSSS, 1995) se basent également sur un cadre inspiré du PPH. Il semblerait également que des organismes gouvernementaux comme la Société d'Assurances Automobile du Québec et la Commission de Santé et Sécurité au Travail s'inspirent des catégories du PPH pour orienter leurs politiques en matière de réadaptation.

<sup>48</sup>Définition de base parce qu'inspirée d'un modèle de base, c'est-à-dire un modèle des Laboratoires Bell.

communication, l'Ordre place en appendice de la définition, le court avertissement "Tenir compte de : Relations interpersonnelles".

Dans l'ajout à la définition de base, l'Ordre avance l'idée qu'une "habitude de communication peut se réaliser de façon autonome (comme dans une activité de conversation)". Il m'apparaît difficilement concevable de réaliser une activité de conversation de façon autonome, c'est-à-dire *sans l'aide d'autrui*. S'il y a conversation, il y a donc au moins un *interlocuteur* en relation avec la personne dont on examine l'habitude de vie communication. Or, qu'est-ce qu'une conversation sinon qu'une co-construction du sens (Holland, 1998) à plusieurs voix? Il me semble qu'en l'absence d'une autre voix, c'est plutôt d'un soliloque dont on parle... S'ils cherchent à mesurer le degré de réalisation d'une activité comme la conversation, l'orthophoniste et l'audiologiste doivent être sensibles aux *deux* parties de la définition de base : transmission/réception de messages / de la part d'autres individus, ainsi que de la société. La deuxième partie suppose des relations interpersonnelles, dont il faut se préoccuper et non pas seulement *tenir compte de*.

Ailleurs, l'Ordre affirme que l'habitude de vie *communication* possède un caractère transversal, ou particulier, caractère qu'elle partage avec l'habitude déplacements (*Avis préliminaire...*, p.6). S'il montre l'importance de cette habitude de vie, l'Ordre ne démontre pas en quoi la communication (et les déplacements), plus que les autres habitudes de vie, est nécessaire à la réalisation de la grande majorité des autres habitudes de vie. Le caractère particulier de la communication lui serait conféré par le fait, selon l'Ordre, qu'elle est "très souvent une composante d'une autre habitude de vie" (p.9). Mais il me semble que l'inverse est aussi vrai : je ne crois pas qu'il me serait possible par exemple de réaliser les habitudes de vie reliées à la *communication écrite* sans avoir au préalable réalisé quelques unes des habitudes de vie reliées à l'*éducation*...

Or, ni les relations interpersonnelles, ni l'éducation n'ont ce caractère "transversal" qu'auraient les habitudes reliées à la communication et aux déplacements. Avec les mêmes arguments, l'Ordre aurait très bien pu affirmer le caractère transversal des relations interpersonnelles, celles-ci étant essentielles à la réalisation d'habitudes de vie reliées à l'éducation, au travail, aux loisirs, aux responsabilités, etc. Ou encore faire ressortir le caractère particulier du travail, ses fruits permettant de réaliser plusieurs habitudes dont celles reliées à la nutrition, à l'habitation, aux responsabilités, à la communauté ou bien aux déplacements. Si l'on y songe bien, ce ne sont pas les habitudes déplacements et communication qui auraient dû être mises en évidence mais plutôt celle des relations

interpersonnelles car en y songeant bien, la notion de “participation sociale” n’aurait pas beaucoup de sens si elle ne comprenait pas les “relations entre des personnes”<sup>49</sup>?

Ce petit exercice vient appuyer l’idée que les habitudes de vie sont interreliées bien que distinctes les unes des autres dans la nomenclature. Mais comme le but d’une nomenclature est de *répertorier* les activités quotidiennes et les rôles sociaux valorisés par le contexte socioculturel d’une personne (Fougeyrollas et coll., 1996), la création d’un ordre à l’intérieur du répertoire n’est pas nécessaire. L’accueil réservé à cette proposition de l’Ordre l’a montré.

Par ailleurs, si la communication est selon l’Ordre, “un déterminant essentiel du degré de réalisation de la participation sociale ou encore aggravant la situation de handicap” (p.6), ce n’est pas par son caractère soi-disant transversal mais par sa dimension intrinsèquement relationnelle. Et c’est d’ailleurs ce que l’Ordre prend la peine de préciser quand il affirme que le concept *communication* “regroupe à la fois des dimensions transactionnelle et relationnelle”, la première concernant la “transmission d’un message d’un locuteur à un interlocuteur” tandis que la seconde renvoie “aux aspects d’interaction et d’échange qui existent entre les individus qu’il y ait *ou non* transmission *explicite*<sup>50</sup> d’un message” (p.5).

Ici encore, il est difficile de concevoir qu’un individu puisse interagir ou échanger avec d’autres individus *sans* qu’il y ait transmission *explicite* d’un message... Ou alors, le *message* dont il est question est strictement *verbal*, oral ou écrit par exemple. Ou bien c’est le message, et non pas la transmission, qui est explicite... Ou alors la *transmission explicite* signifie qu’elle est *intentionnelle*... Bien qu’il soit difficile de lever l’ambiguïté de cette affirmation, je la réfute néanmoins sur la base suivante : deux individus en présence l’un de l’autre et ayant noté la présence de l’autre, s’échangent nécessairement un ou des messages. Ne serait-ce que celui de ne pas vouloir s’échanger de message! Si tout comportement est une communication (c’est-à-dire que tous les comportements contiennent de l’information indépendamment de l’intention des interlocuteurs, Landry Balas, 1999), et s’il est vrai qu’on ne peut pas ne pas se comporter, il s’ensuit alors qu’on ne peut pas ne pas communiquer...

Malgré ses affirmations, l’Ordre ne parvient pas dans son *Avis préliminaire*... à démontrer de manière convaincante et irréfutable le caractère particulier de la communication.

---

<sup>49</sup>L’une des acceptions du mot société, dans Le Petit Robert.

<sup>50</sup>C’est moi qui souligne.

### 6.1.2.2 Les aptitudes reliées au langage -- influence de la pratique

Le comité de l'Ordre s'est également penché sur la catégorie des aptitudes, et plus spécialement sur celles reliées au langage et à la parole. Très nombreuses, les modifications suggérées par l'Ordre impliquent des remaniements qui ne remettent pas en cause le statut de ces aptitudes. Conservant sensiblement les mêmes sous-sections que dans la proposition originale du PPH, l'Ordre propose d'ajouter dans ces sous-sections une vingtaine d'items en lien avec l'expression et la compréhension d'une *langue signée*. Il propose l'ajout d'une nouvelle sous-section (comprenant 11 items), qu'il intitule *Habiletés cognitivo-communicatives* mais ne définit pas.

L'Ordre propose de déplacer toute la section des aptitudes reliées à la *parole*, qui se trouvait auparavant dans la section consacrée aux activités motrices, et de l'intégrer dans la section des aptitudes reliées au langage. Et par conséquent, l'Ordre suggère de changer le titre de cette nouvelle section pour celui d'*aptitudes reliées à la communication*, "compte tenu du cadre englobant du concept" (*Avis préliminaire...*, p.16). L'Ordre adopte la définition du PPH -- "aptitude à communiquer par le corps, la parole ou l'écriture" -- et y ajoute "à l'utilisation des habiletés cognitivo-communicatives" et la recommandation de "tenir compte des"... (cf. annexe 9). La sous-section des habiletés cognitivo-communicatives regroupe un ensemble d'aptitudes qui paraissent tirées d'un protocole d'évaluation des troubles associés au traumatisme crânien, des troubles dont les composantes cognitives et linguistiques semblent aussi importantes l'une que l'autre.

### 6.1.2.3 En somme...

Dans ce texte de représentation de l'Ordre, les orthophonistes et les audiologistes ont bien compris que le PPH est avant tout une nomenclature des *conséquences des troubles*. Ils ont fait le pari que les auteurs de la nomenclature prendront acte du caractère transversal, important et dévastateur des *conséquences* des troubles de la communication s'ils insistent suffisamment sur le caractère transversal, essentiel et incontournable de la communication. Le projet de définir la communication dans la nomenclature du PPH a donc été compris comme un moyen additionnel, détourné certes, d'en mieux faire connaître les troubles. Et, par la même occasion, de faire reconnaître l'orthophonie et l'audiologie.

L'hypothèse d'un objectif implicite ou sous-entendu éclaire sous un jour différent les (in)décisions de l'Ordre et les risques d'ambiguïtés que comportait l'idée d'adopter et d'adapter le PPH<sup>51</sup>. En effet, dans l'*Avis préliminaire...* on sent qu'il était moins question de définir la communication de manière cohérente et documentée que de montrer sans équivoque que la communication est le domaine d'intervention des orthophonistes et des audiologistes. Le texte s'adresse avant tout aux auteurs du PPH, qui sont perçus comme des acteurs importants dans le monde de l'adaptation et de la réadaptation. L'*Avis préliminaire...* peut difficilement être considéré comme une contribution à la définition de la communication dans le cadre particulier du PPH. J'ajouterais même, pour reprendre les mots de deux participants, que les modifications proposées "mettront [les orthophonistes et les audiologistes] sur la carte" et que désormais, ils ne passeront plus inaperçus... Ces propos, tirés des entrevues individuelles avec seize professionnels, montrent éloquemment que cet enjeu faisait partie ou était sous-entendu dans la démarche de l'Ordre.

Dans les commentaires que les participants ont faits sur le modèle et le contenu de la nomenclature, j'ai distingué deux groupes ou plutôt deux attitudes concernant les liens qu'ils voient, ou non, avec leur pratique et son objet. Il y a d'abord le groupe de ceux qui ont *adopté* les concepts du PPH. Ces professionnels ont adopté le PPH non pas pour se démarquer aux yeux de leurs collègues, mais parce qu'ils y voyaient une façon de rendre encore plus concrète leur pratique, et de faciliter la concertation sur les besoins de la clientèle et les moyens d'y répondre. Quant à ceux qui ont *adapté* le PPH, au sein du comité de l'Ordre ou dans leur pratique, leurs commentaires témoignent de leur crainte de se voir contraints d'utiliser le PPH tel quel. Par ailleurs, plusieurs ont eu des commentaires qui témoignent, me semble-t-il, d'une résistance au changement : on trouve la nomenclature intéressante mais trop détaillée, les items sont utiles mais éparpillés, le concept de situation de handicap intègre la part de l'environnement mais ne permet pas de mesurer objectivement le handicap associé aux troubles de la communication. Quelques participants, enfin, ne cachaient pas leur indifférence vis-à-vis d'un instrument dont ils voient mal la portée dans leur pratique. En somme, selon ce qui les préoccupe, les orthophonistes et les audiologistes perçoivent différemment les enjeux du modèle et de la nomenclature du *Processus de production du handicap*. Mais comment les auteurs du PPH ont-ils reçu les propositions des orthophonistes et des audiologistes contenues dans le texte de l'*Avis préliminaire...*?

---

<sup>51</sup>À la décharge de l'Ordre, il faut rappeler que les membres du comité ont disposé d'environ trois mois pour produire l'*Avis préliminaire...*, ce délai étant imposé par le Comité québécois de la CIDIH qui souhaitait valider rapidement sa proposition avant de la présenter au niveau international. Les indécisions et les ambiguïtés peuvent être attribuées en partie à l'urgence de la situation.

### 6.1.3 Les suites de la représentation

Publiée en 1998, la nouvelle version de la nomenclature du *Processus de production du handicap* (Fougeyrollas et coll., 1998) est en quelque sorte la réponse réservée aux propositions de l'Ordre. L'influence de l'Ordre doit donc être inférée à partir de ce qui a été retenu de l'*Avis préliminaire...* et de ce qui ne l'a pas été (cf. annexe 9, colonne de droite).

Dans la catégorie des habitudes de vie, la définition de l'habitude de vie *communication* est demeurée pratiquement inchangée, les auteurs du PPH ayant simplement remplacé l'expression "transmission et réception de messages" par celle d'"échange d'informations" et ce, pour chacun des items appartenant à cette habitude de vie. Les auteurs du PPH n'ont pas retenu la suggestion de modifier le schéma conceptuel du modèle ni celle d'ajouter des exemples relatifs à la communication à la définition des autres habitudes de vie. Par contre, plusieurs des modifications ayant trait aux deux sections des aptitudes (reliées au langage et reliées à la parole) ont été intégrées à la nouvelle version de la nomenclature. Certaines des suggestions de l'Ordre ont été reformulées : les aptitudes reliées au langage oral ont été combinées à celles du langage signé. La sous-section *Habiletés cognitivo-communicatives* n'a pas été retenue. Toutefois, en maintenant inchangé le titre de la section mais en déplaçant la sous-section des aptitudes reliées à la parole dans la section des aptitudes reliées au langage, les auteurs du PPH ne tiennent pas compte de la distinction que font les orthophonistes et les audiologistes entre ces deux entités. La nouvelle section des aptitudes reliées au langage a quand même doublée en importance, passant de 41 à 81 items. Enfin, les auteurs du PPH n'ont pas inclus les deux items proposés par l'Ordre à la section des facteurs environnementaux.

En tant que *représentants* de la communication, les orthophonistes et les audiologistes n'ont pas réussi à convaincre les auteurs du PPH de changer leur définition de la communication. Bien que pour les orthophonistes et les audiologistes, la communication soit une habitude de vie particulière, essentielle, voire vitale..., elle s'aligne avec les autres habitudes de vie, sans aucun signe de démarcation, les impératifs de la nomenclature l'ayant emporté sur les arguments de l'Ordre. Par contre, les propositions des orthophonistes et des audiologistes concernant le langage et la parole (et l'audition<sup>52</sup>), ont eu plus de succès si je m'en tiens au nombre de suggestions retenues par les auteurs du PPH.

---

<sup>52</sup>Auxquelles il faut ajouter les aptitudes reliées à l'audition, qu'un comité de l'Ordre, formé d'audiologistes et fonctionnant depuis quelques années, avait déjà révisées avant la tenue de la journée d'étude de juin 1997.

#### 6.1.4 En tant que représentants...

En tant que représentants de la communication, les orthophonistes et les audiologistes n'ont pas eu le même succès que lorsqu'ils ont représenté (ou défini) le langage, la parole et l'audition. Est-ce parce que les orthophonistes et les audiologistes ont eu du mal à s'approprier la notion de communication et à la représenter de manière convaincante? Est-ce parce qu'ils ont du mal à intégrer la notion de handicap ou de situation de handicap dans leur pratique au quotidien? Difficile de savoir. En tout cas, ils ne prennent pas leurs distances de la vision transactionnelle de la communication malgré la conscience qu'ils ont de sa dimension relationnelle. À leur décharge, il me faut tout de même rappeler que le contexte de leur démarche -- valider le modèle du PPH et sa nomenclature -- se prêtait plus ou moins bien à une réflexion philosophique sur la notion de communication et les fondements de la pratique. Et l'eut-il voulu ou souhaité, l'Ordre ne disposait pas du temps nécessaire à ce type de réflexion.

Il se dégage donc du texte de l'*Avis préliminaire...*, des références explicites aux modèles de communication fondés sur la transmission d'information, ce que d'aucuns considèrent comme une définition *étroite* de la communication par opposition à une définition large qui "englobe les diverses formes de l'échange social" (Balle, 1990). En outre, je constate que pour les orthophonistes et les audiologistes, la communication demeure essentiellement un acte verbal, conscient et volontaire (Winkin, 1981). L'emphase mise sur les aptitudes reliées au langage (ou à la communication) et les précisions sur les rapports entre langage et communication (le premier étant le véhicule de messages, la seconde est l'acte de transmettre) en témoignent éloquemment. Le texte de l'Ordre renvoie donc à une représentation de la communication calquée sur celle de la *Chaîne de communication verbale* (Denes & Pinson, 1963).

Or, cette représentation de la communication concorde avec le modèle du PPH, qui est un "modèle explicatif des *causes* et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de *la personne*<sup>53</sup>". La *Chaîne* et le PPH identifient et illustrent les composantes et les relations existant entre elles soit dans la production du handicap, soit dans le processus de communication. Dans les deux cas, la description d'un *trouble* de la communication conduit à en rechercher l'origine, que ce soit au plan des systèmes organiques, des aptitudes ou des obstacles environnementaux selon les termes du PPH, ou au plan de la physique ou de la biologie du langage selon les termes de la *Chaîne*.

---

<sup>53</sup>C'est moi qui souligne.

En d'autres mots, ces modèles, et les représentations auxquelles ils donnent lieu, permettent de répondre aux questions qui concernent l'origine du trouble, sa localisation et ses manifestations mais ne peuvent rendre compte du contexte de la communication et du handicap. Étant essentiellement des modèles individuels, le PPH et la Chaîne ne permettent de décrire qu'une partie seulement des conséquences d'un trouble et de la communication entre le porteur du trouble et ses interlocuteurs.

Le texte de l'*Avis préliminaire...* constitue ce que j'appelle la position officielle de l'Ordre vis-à-vis de la notion de communication. Toutefois, ce texte ne rend pas justice à la richesse des réflexions qu'ont faites les orthophonistes et les audiologistes lors des discussions de la journée d'étude ou au moment de l'entrevue individuelle.

## 6.2 *Quand des orthophonistes et des audiologistes se représentent la communication...*

Se représenter la communication... la définir ou tenter de la définir... Définir une notion polysémique... circonscrire et délimiter son sens. Définir de manière large ou de manière étroite. Contraints par les limites du modèle *Processus de production du handicap* et les règles de sa nomenclature lors des discussions de la journée d'étude, ou plus libres au moment de conclure une entrevue placée sous le signe de la recherche, les orthophonistes et les audiologistes se sont volontiers prêtés à l'exercice de réfléchir sur la communication. Ils ont tenté de préciser le sens qu'ils donnent à cette notion.

Souvent employée comme euphémisme, la communication est aux orthophonistes et aux audiologistes ce que la santé est aux médecins. Euphémisme, car il faut bien reconnaître que ni les uns ni les autres ne sont les spécialistes du normal... Les savoirs et les savoirs faire des uns comme des autres sont dominés par le pathologique.

### 6.2.1 *La communication -- un processus normal?*

Étonnamment, aucun des participants n'a envisagé la tâche de définir la communication sous l'angle du *normal*. Quand j'ai demandé à un participant en entrevue individuelle s'il était possible de "communiquer normalement", il m'a répondu par la négative parce que, selon lui, communiquer est différent d'une personne à l'autre, dépend des valeurs de la personne, de ses activités, de ses liens interpersonnels. Il a même ajouté que certains couples

communiquent davantage non verbalement que verbalement. Sa réponse laisse entendre que la communication *normale* serait équivalente d'une communication normalisée, conforme à des critères préétablis de qualité ou de quantité. Normale, la communication pourrait alors devenir *normative*, et donc créer des normes. Par ailleurs, circonscrire le normal s'avère tout aussi difficile que définir la communication. Comme l'écrit G. Canguilhem dans son ouvrage *Le normal et le pathologique* :

“[t]ous ceux qui ont visé, comme moi, à la fixation du sens du concept de normal ont éprouvé le même embarras et n'ont pas eu d'autre ressource, face à la polysémie du terme, que de fixer par décision le sens qui leur paraissait le plus adéquat au projet théorique ou pratique qui appelait une délimitation sémantique. Cela revient à dire que ceux-là même qui ont cherché avec le plus de rigueur à ne donner au normal que la valeur d'un fait ont simplement valorisé le fait de leur besoin d'une signification limitée.” (Canguilhem, 1993, p.173)

Si les orthophonistes et les audiologistes qui ont participé à la démarche de l'Ordre n'ont pas jugé bon d'user du concept de normal pour définir la communication, c'est peut-être qu'ils hésitent face à la notion de *normes*, considérant que la personne est “normative” parce que c'est elle qui instaure sa propre norme (Sinding, 1986). Or, ils n'hésitent pas à poser quotidiennement des diagnostics de “troubles de la communication”. Sur quelles bases le font-ils s'il n'existe pas de “communication normale”? Je dirais qu'ils le font en partie sur la base de normes, de critères préétablis ou statistiques et en partie sur la base du contexte dans lequel ils posent leurs diagnostics. J'entends par *contexte*, leur place et leurs rôles dans le réseau de l'adaptation et de la réadaptation. Étant des professionnels spécialisés, les orthophonistes et les audiologistes ne font généralement pas partie des “intervenants de première ligne” : lorsque le patient/client arrive à leur bureau, il a vu d'autres intervenants qui ont ou non détecté ou confirmé l'existence d'un problème. En d'autres mots, contrairement au médecin ou au dentiste qui peuvent faire des bilans de santé (dentaire, dans le second cas), ni les orthophonistes ni les audiologistes<sup>54</sup> ne sont consultés pour établir un “bilan de communication”... Ce qui veut dire qu'habituellement les orthophonistes et les audiologistes ont en face d'eux des personnes, des patients/clients, dont le problème est déjà confirmé. Bien que ceci soit moins vrai dans le cas des orthophonistes et des audiologistes appelés à faire du dépistage, il demeure néanmoins que tous se servent de critères et de moyens de déterminer l'origine d'un problème, d'en évaluer la sévérité pour ensuite proposer un traitement. Ce qui permet de comprendre que dans le cadre de leur pratique, les orthophonistes et les

---

<sup>54</sup>Quand il arrive que des personnes “sans problème” consultent, c'est généralement l'audiologiste qu'ils vont voir pour connaître l'état “objectif” de leur audition. Cependant, je continue de croire que la dimension subjective de la communication verbale est plus importante. Par exemple, ce qui amène une personne à consulter un orthophoniste peut être ce qui fait le succès d'une autre : je pense ici à la raucité de la voix, intolérable pour un professeur mais signe distinctif et valorisé pour un chanteur ou un comédien (moins pour une chanteuse ou une comédienne...).

audiologistes sentent moins l'urgence de disposer d'une définition de la communication que celle de mieux définir les composantes des problèmes de communication.

Lorsqu'ils ont tenté d'identifier les éléments devant entrer dans la définition de la communication, au moment de la journée d'étude, et lorsque je leur ai demandé, en entrevue individuelle, de me dire quelle était leur propre définition de la communication, pratiquement tous les orthophonistes et les audiologistes ont soulevé la difficulté de la tâche et leur manque de préparation ou de formation. Mes questions les ont fait hésiter, sourire ou soupirer... Les uns ont proposé une définition de la communication basée sur leur propre expérience de communicateur tandis que les autres se sont appuyés sur la pratique professionnelle et sur la connaissance qu'ils ont des conséquences des troubles.

#### *6.2.2 S'appuyer sur son expérience de communicateur*

Plusieurs participants se sont basés sur leur expérience propre de communicateurs. Ils ont décrit ce qu'ils font, ce que signifie pour eux l'expérience de communiquer, verbalement. Il faut savoir que, très souvent, l'adverbe ou l'adjectif "verbal-ement" est sous-entendu quand les orthophonistes et les audiologistes emploient les mots "communication" et "communiquer". Et bien qu'ils fassent la distinction entre le verbal et le non-verbal, ils ne se sont pas demandés comment ils font ou ce qu'ils font quand ils communiquent de manière non-verbale. Dans l'un des trois groupes de discussion, un participant a fait un commentaire sur la communication dans un couple, mentionnant qu'en tant qu'audiologiste, c'est à la communication avec un petit "c" qu'il s'intéresse tandis que son collègue travailleur social s'intéresse à la communication avec un grand "C"... Le participant n'a eu que le temps de préciser que la communication correspond à l'échange d'information. Quant à la Communication, on n'en saura pas plus puisque ce participant n'a pas jugé bon de préciser à quoi la majuscule renvoie. Un non-dit particulièrement éloquent sur la dimension non-verbale de la communication...

Se demandant si l'on communique "juste pour communiquer" ou s'il n'y a pas toujours un *but* à la communication, les orthophonistes et les audiologistes ont l'intuition que la communication n'est pas uniquement ni simplement un transfert d'informations. C'est un transfert d'information qui doit nécessairement avoir un but. À peu près tous les participants ont mentionné que la communication *sert* à établir des relations, à entrer en relation, à développer ou créer des liens, à se relier aux autres, à s'intégrer dans un milieu, etc. Avaient-

ils eu l'intuition de ce que Watzlawick et ses collègues (1979) décrivent comme étant les aspects *contenu* et *relation*? C'est-à-dire :

«Un message sous aspect d'«indice» transmet une information; dans la communication humaine, ce terme est donc synonyme de *contenu* du message. Il peut avoir pour objet tout ce qui est communicable; la question de savoir si telle information est vraie ou fausse, valable, non valable ou indécidable, n'entrant pas en ligne de compte. L'aspect «ordre», par contre, désigne la manière dont on doit entendre le message, et donc en fin de compte la *relation* entre les partenaires.» (p.49).

Si cela avait été le cas, il aurait été possible que les orthophonistes et les audiologistes proposent de regrouper les catégories d'habitudes de vie *communication* et *relations interpersonnelles* en une seule catégorie et de baptiser cette catégorie d'habitudes de vie : *échange de messages* par exemple. L'aspect indice étant représenté par l'*échange* et l'aspect ordre ou relation par les *messages*. Car, pour qu'un objet, une information ou une parole prenne valeur de «message», il faut tenir compte de la relation entre l'émetteur et le récepteur et du contexte dans lequel se fait l'échange.

C'est surtout au moment de démontrer l'importance et l'omniprésence de la communication que les participants ont recours à leur expérience personnelle. Et pour ce faire, ils se servent de l'analogie de l'*outil* pour qualifier la communication. Un outil est «ce qui permet de faire (un travail)» (Le Petit Robert). La communication *permet donc de* réaliser plusieurs habitudes de vie par exemple. Mais une définition «utilitaire» de la communication est-elle vraiment une définition? Déclarer que la communication est un outil, n'est-ce pas en décrire un aspect seulement? Définir la communication (verbale) comme un outil sous-entend que ceux qui l'*utilisent* ont appris à s'en servir. Et que faut-il pour apprendre à se servir de la communication? Des pré-requis, semble-t-il, c'est-à-dire des habiletés que plusieurs ont énumérées, des systèmes organiques intègres, etc.

L'un des participants de la journée d'étude a cependant réfuté l'existence de pré-requis à la communication; selon lui, l'enfant apprend à communiquer en même temps que se développent ses relations. Et ce qu'en dit B. Cyrulnik quand il décrit l'importance du premier sourire d'un enfant, appuie cette assertion : «quand une mère ou un père voit le premier sourire de son bébé, c'est un événement qui établit le premier nœud du lien.» (Cyrulnik, 2000, p.22). Or, le premier sourire du bébé serait déclenché par un neurotransmetteur et serait donc biologique. Mais dès que la mère attribue un *sens* au sourire («il me sourit, il est bien grâce à moi»), elle fait de ce comportement à l'origine moteur, un comportement *relationnel*.

Toutefois, les répliques des autres participants laissent entendre que c'est une définition d'une autre nature qu'ils cherchent. Certains seraient rassurés s'il y avait dans la définition les composantes de base (linguistiques, motrices, sensorielles), de manière à ce qu'ils sachent où et sur quoi intervenir. Autrement, disent-ils *on va dans une.. définition très très large de la communication. Comme.. étant là, déjà on communique parce qu'on est là...* On se demande alors si l'objectif de la journée d'étude était de définir *étroitement* la communication... Considérer que la présence d'une personne dans un groupe est une communication, est-ce vraiment une définition très *large* de la communication? N'est-ce pas plutôt un élément d'une définition *générale*, qui diffère et résiste aux définitions *spécifiques* ou *spécialisées*? Or, si je me fie aux propos de la majorité des participants, à la journée d'étude surtout, tous souhaitent plutôt en arriver à une définition appropriée ou adaptée à leurs besoins, une définition de la communication spécifique à l'orthophonie et à l'audiologie.

### 6.2.3 *S'appuyer sur l'expérience acquise par la pratique professionnelle*

Puisque le Comité québécois de la CIDIH, le promoteur du PPH, s'est adressé aux orthophonistes et aux audiologistes<sup>55</sup>, les spécialistes des troubles de la communication, et leur a demandé de valider la définition de la communication ou d'en proposer une nouvelle, c'est donc que ce comité estimait leur expérience utile, voire incontournable. Il faut se rappeler qu'au départ, les orthophonistes et les audiologistes ont été invités à valider un instrument leur étant destiné en tant que professionnels de la réadaptation. L'objectif des discussions de groupe de la journée d'étude était formulé ainsi : "identifier les éléments qui permettront de proposer une définition de la communication plus en accord avec l'expérience de l'orthophoniste et de l'audiologiste" (cf. annexe 1, plan de la journée d'étude). Ceci permet de comprendre que plusieurs d'entre eux aient préféré énumérer les diverses composantes de la parole, du langage, de l'audition, de la cognition, etc., qu'ils évaluent dans leur intervention.

C'est donc sous cette forme que j'ai pensé présenter les descripteurs faisant référence à ces énumérations. J'ai donc constitué une liste d'éléments, pour accentuer les distinctions, parfois arbitraires, qu'orthophonistes et audiologistes font entre les éléments qui entrent dans la communication. Cela vient-il de leur formation? de l'organisation des services? Certains parlent de l'organisation des services qui a adopté le "fonctionnement par catégories : catégories de population (les jeunes, les démunis, les personnes âgées), catégories de besoins (biologiques, psychologiques et sociaux) ou catégories de services (première, deuxième et

---

<sup>55</sup> Par l'intermédiaire de leur Ordre professionnel.

troisième ligne)” (Beauséjour, 1999, p.134). La logique disjonctive, qui n’est en rien spécifique à la pratique des orthophonistes et des audiologistes, les conduit à adopter l’idée de séparer le langage de la parole et de la voix, à séparer langage, parole et voix de l’audition, à distinguer le verbal du non-verbal, le message du code, les capacités intellectuelles des capacités linguistiques, etc. Ces *distinctions*, utiles pour étudier des phénomènes passablement complexes comme la communication humaine et ses pathologies, sont peu à peu devenues mutilantes quand elles se sont transformées en *disjonctions*. Et une nomenclature comme celle du *Processus de production du handicap* (ou de la CIDIH ou de la CIM, etc.) m’apparaît intensifier cette tendance à séparer, à disjoindre. Ce qui conduit, entre autres exemples, à examiner les habitudes de vie liées à la communication sans nécessairement se référer à celles liées aux relations interpersonnelles. Cette distinction peut même donner lieu à des aberrations comme celle de croire qu’il est possible de communiquer en dehors ou en absence de relations interpersonnelles. Ou encore qu’il est possible d’établir des relations interpersonnelles en dehors ou en absence de communication...

Quand les orthophonistes et les audiologistes avancent que la communication est nécessaire à la qualité de vie, qu’elle doit être efficace, qu’elle repose sur des pré-requis sensoriels, moteurs et relationnels, ou encore qu’elle existe en autant qu’il y ait une intention, c’est qu’ils s’appuient sur les observations faites auprès de leurs patients/clients. Si les personnes affectées par un trouble de la communication leur paraissent avoir une moins bonne qualité de vie, ils en concluent que la communication est liée à la qualité de vie. Et ainsi de suite. En bref, l’expérience tirée de la pratique professionnelle permet aux orthophonistes et aux audiologistes non seulement de distinguer les éléments qui composent (et influencent) la communication, mais elle est une démonstration par l’antithèse de la valeur de la communication.

Plus haut, j’ai mentionné que plusieurs participants ont utilisé l’analogie de l’outil pour décrire la communication : peut-être aurais-je dû écrire la *métaphore* de l’outil, pour introduire la prochaine section.

#### 6.2.4 *Se servir de métaphores*

Très souvent, on a recours à des termes concrets pour décrire une notion abstraite; les orthophonistes et les audiologistes n’échappent pas à cette (quasi) règle. Ainsi, quand ils utilisent l’analogie de l’*outil* ou de la *boîte à outils* pour décrire la communication, ce sont des

termes concrets, imagés, qui accentuent l'idée que la communication "permet de". Mais les participants ont aussi parlé de la communication d'une manière plus complexe, qui s'apparente à la "métaphore du conduit" décrite par Lakoff et Johnson (1985) :

Les idées (ou significations) sont des objets,  
les expressions linguistiques sont des contenants,  
communiquer, c'est faire parvenir quelque chose. (p.20).

Les quelques extraits qui suivent me paraissent illustrer cette métaphore :

*"quand tu trouves pas les bons mots pour dire les bonnes choses.. tu communique, mais tu communique pas nécessairement ce que tu veux communiquer."*

*"dans la communication, y a toujours une information qui est véhiculée d'une.. certaine façon"*

*"une fille met du parfum.. avec une intention.. de charmer l'autre.. j'veux dire, y a une communication. (..) Y a un message.. qui est transmis là. Alors ça va aussi loin que ça la.. communication."*

*"parler, c'est un véhicule... tu parles de quelque chose.."*

*"si la personne peut pas communiquer par le langage, elle peut communiquer par d'autres choses, par un autre code, par la mimique ou par.. le geste"*

*"sans communication, y a un appauvrissement certain, des éléments de la pensée. Si t'as, si t'as pas les.. si tu peux pas mettre de mots sur tous les éléments de ta pensée, si tu peux pas la.. préciser.. J'trouve qu'ça fait partie d'la communication."*

Dans la première citation, le participant laisse entendre qu'il n'y a que les bons mots pour transmettre les bonnes choses et que si tel n'est pas le cas, il y a des difficultés de communication. Un peu comme si le *conduit* n'acceptait qu'un seul format de "contenants". En accentuant la dimension de transfert de la communication, la métaphore du conduit masque l'autre dimension de la communication. À leur manière, les propos qui renvoient à la métaphore du conduit laissent croire que les mots et les phrases ont des significations en eux-mêmes, sans égard au contexte ou au locuteur (Lakoff & Johnson, 1985). La métaphore du conduit, malgré sa complexité, masque certains aspects du processus de communication. En effet, beaucoup de phrases prononcées dans le discours n'ont aucun sens lorsqu'elles sont citées hors contexte tandis que d'autres peuvent recevoir plusieurs sens selon celui qui l'entend. Lakoff et Johnson (1985) cite l'exemple de la phrase : "nous avons besoin de nouvelles sources d'énergie", qui prend "une signification très différente pour le P. D. G. de la Shell et pour le président des Amis de la Terre. La signification n'est pas directement *dans* la phrase : elle dépend beaucoup de celui qui prononce ou écoute la phrase, et de ses

convictions sociales et politiques.” (p.22). Définir la communication en servant de la métaphore de l’outil accentue l’aspect transmission de la communication et occulte son aspect relationnel. Une définition de la communication fondée sur des principes systémiques pourrait peut-être accentuer ces deux aspects du processus de communication.

#### 6.2.5 *Se représenter la communication sans négliger le contexte et les relations*

Je l’ai écrit plus haut, deux participants seulement ont explicitement employé des principes systémiques pour définir la communication; je rappelle que je n’ai rencontré en entrevue individuelle qu’un seul d’entre eux. Dans la perspective systémique, la communication est définie comme une relation circulaire et réciproque entre deux ou plusieurs individus, et comprend les deux volets que sont la définition de la relation et la transmission d’un contenu. Bien que ces deux participants soient les auteurs de la plupart des extraits regroupés dans cette section de ma classification (cf. tableau 5), d’autres participants, à la journée d’étude et à l’entrevue individuelle, ont émis des commentaires qui témoignent, me semble-t-il, d’une sensibilité au contexte et aux relations comme facteurs influençant le processus de communication. Par exemple, selon un participant qui travaille avec des enfants, la thérapie est une sorte d’apprentissage qui doit être vécue dans le plaisir; c’est pourquoi il accorde beaucoup d’importance aux aspects relationnels pour créer des liens qui faciliteront l’atteinte de ses objectifs thérapeutiques. En un sens, les propos de ce participant rejoignent ceux de Holland (1998) qui se demande pourquoi les cliniciens ne considèrent pas la conversation avec leurs patients comme étant thérapeutique. Pourtant, écrit-elle, le but ultime de la thérapie avec les personnes aphasiques n’est-il pas d’améliorer leurs habiletés à converser?

En mentionnant qu’il faut au moins deux personnes pour communiquer (dans la liste des éléments nécessaires à la communication), un participant affirme du même souffle qu’il n’y a pas de communication s’il n’y a personne pour *assister à l’acte* de parler. Ce qui, me semble-t-il, renvoie cette fois à la définition de la communication interpersonnelle proposée par Bateson & Ruesch (1988), laquelle se base sur l’idée de perception : “percevoir que l’on a été perçu influence profondément et change le comportement humain.” (p.28). Donc, il y aurait communication entre deux ou plusieurs personnes quand il y a “perception de perception” : c’est l’aspect circulaire de la communication. Encore une fois, sans qu’ils ne l’aient explicitement formulé, les orthophonistes et les audiologistes considèrent que la relation est importante au processus de communication. Mais ils ne la pensent pas comme

inextricablement liée à ce processus. La plupart d'entre eux considèrent que la relation arrive en second lieu, que la communication verbale précède l'établissement de la relation.

Par ailleurs, c'est en parlant de certains aspects de leur pratique que des participants ont souligné l'importance du contexte. L'un des participants souligne que la communication se passe de mots lorsqu'il constate que ses patients/clients parviennent à communiquer quand ils jouent aux cartes et ce, malgré une aphasie sévère. Dans pareil contexte, est-il toujours légitime d'affirmer que ces personnes *ont* des troubles de la communication? En d'autres mots, le "trouble de la communication" est-il une réalité strictement individuelle -- le trouble vu comme l'effet d'une cause qui serait la lésion -- ou est-il avant tout et principalement une réalité contextuelle? Ce groupe de personnes aphasiques jouant aux cartes donne tout son sens à la métaphore de l'orchestre sans chef ni partition dont on se sert pour illustrer la communication. Un orchestre auquel *tous participent*, qu'ils produisent des notes justes ou fausses.

Il se dégage donc de l'ensemble des propos des orthophonistes et des audiologistes des références qui renvoient explicitement aux modèles de communication fondés sur la transmission d'information mais également à certains aspects de la *Nouvelle communication*. Implicitement, ou plutôt intuitivement, les orthophonistes et les audiologistes commencent à inférer du caractère spécial du handicap associé aux divers troubles, le caractère spécial du processus de communication. En outre, de l'ensemble de leurs propos visant à *se représenter* la communication, émergent ce que je suis tentée d'appeler : de nouveaux repères pour la pratique professionnelle.

### 6.3 Émergence de nouveaux repères pour la pratique

Désignés porte-parole de la communication, les orthophonistes et les audiologistes ont tenté de définir cette notion insaisissable. De leurs discussions sont ressortis des idées-forces, des tendances, des intuitions, des initiatives, des incertitudes et ce que j'appellerais de nouveaux repères pour la pratique professionnelle. Toutefois, il me paraît prématuré d'affirmer que ces repères sont déjà en place : c'est pourquoi je parle d'émergence. Pour certains des professionnels que j'ai rencontrés, ces idées-force et ces tendances sont devenues des balises qui tracent la voie pour une pratique différente. Pour d'autres, il semble qu'il reste encore des incertitudes et des doutes sur la voie à suivre pour renouveler la pratique professionnelle, entraînant des remises en cause de la pratique actuelle. D'autres enfin, m'ont paru avoir des

intuitions sur ce que pourrait être une autre pratique, intuitions formées à partir de leurs observations. Je reviendrai donc brièvement sur la démarche de l'Ordre, sur l'intérêt qu'ont manifesté tous les participants à l'égard de cette démarche et de la mienne et sur l'approche systémique qui guide désormais la pratique de deux participants, afin d'en dégager les signes d'un changement, c'est-à-dire les éléments qui pourraient constituer de nouveaux repères pour la pratique professionnelle.

### *6.3.1 La démarche de l'Ordre -- le début d'une tradition de réflexion?*

La journée d'étude organisée par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec n'est ni la première ni la dernière initiative destinée à susciter le débat et la réflexion sur un thème précis chez les deux groupes de professionnels. D'autres lieux de discussions et de réflexion existent au sein et par les soins de l'Ordre : je pense ici aux congrès annuels ou bisannuels, aux colloques et aux journées de formation, aux divers comités de l'Ordre ou encore aux États généraux (amorçés en novembre 2000). Outre les visées politiques qui caractérisent certaines de ces occasions, il reste que c'est l'Ordre qui a eu l'initiative d'organiser une journée d'étude, entièrement consacrée à discuter de la communication, de sa place dans la pratique et du contenu de sa définition. Bien que l'objectif de la journée d'étude ait été de valider le modèle et la nomenclature du *Processus de production du handicap* (afin que cet instrument reflète mieux la pratique des orthophonistes et des audiologistes), il m'a semblé que ce type de réflexion, encadrée et circonscrite dans le temps, était une formule idéale pour instaurer une tradition de réflexion chez les professionnels. La richesse des contributions de chacun des participants à cette journée a montré qu'au-delà de leurs préoccupations professionnelles, spécifiques à leurs champs d'intervention, les orthophonistes et les audiologistes s'intéressent aux questions plus fondamentales qui n'ont pas nécessairement d'incidences directes ni immédiates sur leur pratique ou ses orientations.

L'intérêt que l'Ordre a manifesté pour une réflexion liée aux fondements mêmes de la pratique professionnelle m'apparaît être un signe de l'émergence d'un nouveau repère pour la pratique professionnelle : la nécessité de s'interroger sur des notions et des concepts auxquels les professionnels ont recours sans qu'ils aient été précisés ni définis dans le cadre particulier de leur pratique.

### 6.3.2 *La reconnaissance de l'omniprésence de la communication*

Lorsqu'ils ont examiné les définitions des termes de la nomenclature du PPH touchant la parole, le langage et la communication, les participants de la journée d'étude ont constaté, au fil de leurs discussions, que l'évaluation de la plupart des aptitudes et des habitudes de vie d'une personne reposait sur la communication, leur faisant conclure à l'omniprésence et à la permanence de cette "habitude". Or, cela rejoint les observations des chercheurs de la *Nouvelle communication* qui en sont venus à proposer l'axiome "on ne peut pas ne pas communiquer". Dans le cadre de la validation du *Processus de production du handicap*, les orthophonistes et les audiologistes en ont conclu que la communication était un préalable, un outil, qui sert entre autres à établir des relations et à réaliser bon nombre d'habitudes de vie. S'ils avaient eu davantage de temps pour discuter de ce caractère si particulier de la communication, les orthophonistes et les audiologistes (les membres du comité de l'Ordre spécialement) auraient peut-être été conduits à examiner d'autres modèles de la communication.

En voulant démontrer le caractère dévastateur des troubles qui affectent la communication (verbale), les orthophonistes et les audiologistes s'approchent, me semble-t-il, d'une autre façon de concevoir la communication que celle des Laboratoires Bell. Y a-t-il là émergence d'un repère pour la pratique? Je crois que oui. En effet, si la communication, pour les orthophonistes et les audiologistes, est omniprésente et permanente (ou constante), alors elle n'est plus uniquement un acte verbal, conscient et volontaire, et peut devenir pour ces professionnels un objet d'étude et d'intervention aussi important que ne l'ont été jusqu'à présent les divers troubles de la communication.

### 6.3.3 *La difficulté à circonscrire le handicap associé aux troubles de la communication*

Tous les participants, familiers ou non avec le modèle et la nomenclature du *Processus de production du handicap*, ont éprouvé des difficultés à circonscrire le handicap associé aux troubles de la communication. Bien qu'il aient été séduits par le concept de "situation de handicap", qui rend mieux compte de l'interaction entre les aptitudes et l'environnement, les orthophonistes et les audiologistes sont à la recherche des moyens qui leur permettraient d'"objectiver" les diverses situations de handicap vécues par leurs patients/clients. Certains se demandaient par exemple, comment ils pouvaient (devaient) circonscrire le handicap d'un enfant dysphasique ("à partir de combien de mots devient-il handicapé?"). Les participants

de mon étude m'ont paru préoccupés de rendre compte, de la manière la plus juste possible, de l'ensemble des conséquences d'un trouble de la communication de telle sorte que tous en comprennent bien la gravité.

Bien qu'il existe maintenant un certain nombre d'outils et d'instruments de mesure des capacités dites "fonctionnelles" (Frattali, 1992), les orthophonistes et les audiologistes savent que ces mesures ne donnent qu'un aperçu des conséquences des troubles. Influencés par la tendance à mesurer objectivement et à quantifier des concepts comme celui de l'indépendance (cf. la mesure de l'indépendance fonctionnelle, MIF), les professionnels cherchent des moyens de mesurer ce qui -- ils en sont conscients -- se mesure difficilement : la dimension subjective de la communication et des troubles qui l'affectent. Certains ont craint de simplifier une réalité qu'ils savent plus complexe que l'aperçu qu'ils en ont, et ont baissé les bras, ne croyant pas possible de mesurer toutes les conséquences d'un trouble du langage ou d'un trouble de l'audition.

L'étude du handicap associé aux troubles de la communication constitue, me semble-t-il, un nouveau repère pour la pratique professionnelle. Si la "mesure" du handicap leur paraît risquée, c'est peut-être parce qu'elle repose sur l'idée qu'il existe des standards à la communication et qu'au-delà ou en-deça de ces standards il y a handicap? Et s'il ne s'agissait pas de mesurer les conséquences des troubles de la communication, qui sont subjectives, mais tout simplement de les décrire dans leurs multiples dimensions? Cela conduirait peut-être les orthophonistes et les audiologistes à donner autant d'importance aux dimensions subjectives des troubles de la communication qu'ils n'en donnent à la physique et la biologie de ces troubles...

De l'intérêt pour le caractère situationnel (ou interactif) des conséquences des troubles de la communication, ils en viendraient peut-être à étudier les caractéristiques des contextes et des situations dans lesquels se manifestent les troubles et à chercher d'autres moyens d'intervenir pour atténuer les effets des troubles. Comme l'ont fait par exemple, les chercheurs et les cliniciens qui se sont intéressés aux partenaires de communication.

#### *6.3.4 L'intérêt pour les partenaires de communication*

Dans les écrits en orthophonie et en audiologie, comme dans la pratique des professionnels, on se soucie de plus en plus du sort de "cette autre moitié du dialogue" (Ashley, 1985) que sont

les partenaires de communication des patients/clients. Dans un récent Forum clinique de la revue *Aphasiology*, des auteurs ont fait le point sur l'intervention auprès des aidants naturels ("informal carers") et se sont demandés comment étudier et démontrer les effets des interventions proposées à ces personnes durant la réadaptation de leur proche aphasique (Servaes, Draper, Conroy & Bowring, 1999). Les chercheurs et les cliniciens qui ont participé à ce Forum, ont exposé différents points de vue sur l'intervention auprès des "aidants naturels" ou des proches. Si leurs approches diffèrent, tous s'entendent néanmoins pour reconnaître le rôle central qu'occupent les partenaires de communication dans le processus de réadaptation de la personne aphasique. Je serais encline à penser qu'il en est de même de la plupart des troubles qui affectent la communication.

En aphasie encore, mais dans un autre ordre d'idée, est apparue depuis quelques années une approche dont l'objectif est de révéler la compétence communicationnelle chez des personnes dont l'aphasie est sévère. Le programme de formation développé et mis sur pied par A. Kagan est axé sur la conversation assistée ("supported conversation") et est destiné aux partenaires de communication. Cette idée d'utiliser tous les moyens possibles pour révéler les compétences masquées des personnes aphasiques fait son chemin depuis chez un nombre sans cesse croissant de cliniciens et de chercheurs (Kagan, 1998a et 1998b; Forum clinique de *Aphasiology*, vol.12, no. 9). En audiologie, on s'intéresse également à l'entraînement à la conversation chez les partenaires des personnes malentendantes (Tye-Murray & Schum, 1994). En milieu scolaire, les orthophonistes prennent en compte la perspective des partenaires de communication des enfants lorsqu'ils interviennent en classe ou lorsqu'ils rencontrent les parents de ces enfants.

Ces initiatives me semblent autant de signes qu'en orthophonie et en audiologie, les nouvelles approches en adaptation et en réadaptation intègrent des interventions dont les cibles sont multiples afin de répondre aux besoins de plusieurs personnes et non pas aux besoins du seul porteur du trouble. Le moment n'est pas loin où l'on traitera les problèmes de communication engendrés par un trouble du langage, de la parole ou de l'audition à l'intérieur d'un système comme celui du couple ou de la famille. Où l'on donnera autant d'importance à l'aspect relationnel (des troubles) de la communication qu'à sa dimension transactionnelle (ou transfert d'information).

### 6.3.5 L'existence de pratiques marginales ou avant-gardistes...

Le lecteur aura certainement noté mon intérêt pour les propos des deux participants citant Bateson, ne serait-ce que la place que je leur ai accordée dans les pages précédentes. J'ai été impressionnée par la spontanéité de l'un d'eux qui n'a pas hésité une seconde lorsque je lui ai demandé de me définir la communication. J'ai même pensé un moment que c'était eux, les nouveaux repères de la pratique... Toutefois, je me suis demandée s'il était légitime de considérer l'approche privilégiée par ces deux participants comme étant un nouveau repère pour la pratique professionnelle en orthophonie et en audiologie? Un fait demeure : tous les deux ont mentionné avoir choisi l'approche systémique parce que le modèle biomédical et curatif ne leur permettait pas d'intervenir de manière satisfaisante auprès de leur clientèle. En outre, comme j'ignore si les orthophonistes et les audiologistes sont nombreux à se servir des principes systémiques pour guider leurs interventions, je préfère penser que leur présence à la journée d'étude a été l'effet d'une heureuse coïncidence...

Néanmoins, coïncidence ou pas, je suis persuadée que la pratique de ces deux participants comporte des repères qui seraient sûrement utiles aux professionnels qui pratiquent déjà et à ceux qui pratiqueront bientôt. Si l'approche systémique est relativement récente en orthophonie et en audiologie, son adoption n'implique pas nécessairement le rejet de l'approche plus traditionnelle. Formés à évaluer les troubles, à en rechercher les facteurs responsables et à planifier et réaliser des interventions thérapeutiques et éducatives auprès de la personne et à fournir informations et soutien à l'entourage, les orthophonistes et les audiologistes ne peuvent pas faire abstraction de la communication qui persiste malgré les troubles. Car on oublie souvent que c'est avec leurs capacités que les personnes sont en mesure d'atténuer, de contourner ou de compenser leurs incapacités.

Adopter l'approche systémique dans la pratique professionnelle signifie définir les troubles qui perturbent la communication en ne passant plus uniquement par les notions d'émetteur et de récepteur. Ce qui veut dire, pour l'un des participants, de reformuler la demande de consultation généralement exprimée en termes des problèmes d'une personne, le porteur de symptômes ou le patient désigné, de manière à ce que *tous* les membres de l'entourage du patient désigné, y compris celui qui fait la demande, se sentent concernés et partie prenante, non pas du problème, mais de la *solution*. Les problèmes de communication sont alors compris comme étant des problèmes d'ajustements entre les interlocuteurs. L'intervention orientée selon les principes écosystémiques est structurée, rigoureuse, se base sur des hypothèses constamment reformulées en fonction des informations et des changements qui

surviennent durant l'intervention. Dans un article publié dans la revue de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, A. Sylvestre explique comment les principes de l'approche écosystémique peuvent s'appliquer à l'intervention auprès des enfants et des familles ayant des problèmes de communication (Sylvestre, 1996). Et comme les principes de l'approche systémique s'enracinent dans une conception de la communication, je ne vois pas pourquoi les orthophonistes et les audiologistes qui travaillent auprès des adultes affectés d'un trouble acquis de la parole, du langage ou de l'audition ne pourraient pas transposer ces principes dans leur pratique.

### *6.3.6 Se représenter la communication pour traiter les troubles -- communiquer pour faire communiquer*

De l'analyse des propos des orthophonistes et des audiologistes émerge un désir, une intention ou un besoin d'intervenir autrement dans le contexte actuel de la pratique. Que ce soit en raison ou grâce aux contraintes et aux nouvelles conditions de travail ou que ce soit à la suite d'insatisfactions liées à l'impossibilité de répondre aux besoins réels ou concrets des patients/clients, les orthophonistes et les audiologistes cherchent de nouvelles approches, d'autres façons de pratiquer leur profession. Si certaines me paraissent avoir de meilleures chances de s'implanter et de durer -- telles les approches "fonctionnelles" -- d'autres approches sont prometteuses bien que marginales. Ainsi en est-il de l'approche axée sur les moyens de révéler les compétences des personnes aphasiques (Kagan, 1998b). Dans sa description des caractéristiques de la "conversation assistée", A. Kagan avance l'idée qu'en thérapie, l'orthophoniste devrait se considérer comme le partenaire de conversation de ses patients et qu'en sa qualité de partenaire, le professionnel doit utiliser les techniques de la conversation assistée (Kagan, 1998b). L'auteur est consciente néanmoins que ceci demande de la part du professionnel qu'il abandonne la conception de la thérapie comme étant un processus linéaire allant du traitement des incapacités à l'intervention sur les aspects psychosociaux. Pour ma part, j'ajouterais que le rôle de partenaire de communication demande au professionnel d'abandonner, pour un temps, l'idée que son rôle en thérapie est celui de l'expert, détaché et objectif, qui évalue et propose des traitements sans véritablement chercher à comprendre de l'intérieur l'expérience d'un trouble de la communication.

La suggestion de A. Kagan rejoint, me semble-t-il, celle des tenants de l'approche systémique qui se fondent sur les principes de la *cybernétique de second ordre* c'est-à-dire sur l'hypothèse que "l'observateur et l'observé sont en relation et constituent un nouveau

système [et que] les échanges entre les deux sous-systèmes amènent une modification de chacun” (Côté, 1999, p.40). Sans aller jusqu’à conseiller de délaisser le travail plus formel sur les manifestations linguistiques de l’aphasie, A. Kagan est persuadée, comme une autre participante du Forum clinique, A. Holland (1998), de la valeur de la conversation en thérapie. Quand l’orthophoniste considère que la conversation fait partie de la thérapie, qu’il se voit comme un partenaire de conversation de chacun de ses patients/clients, il apprend à *co-construire* du sens avec la personne aphasique (Holland, 1998), et devient plus sensible aux difficultés de communication vécues par les proches. Ce faisant, la thérapie passe à un autre plan, où l’emphase est mise sur la façon dont les personnes communiquent plutôt que sur la recherche des causes du trouble de la communication et l’évaluation des différents comportements expressifs ou réceptifs associés.

Adoptant le rôle de partenaires de communication, les orthophonistes et les audiologistes sont en position, me semble-t-il, de mettre en pratique l’idée qu’il faut *communiquer pour faire communiquer...*

## *Chapitre 7*

Portée et conclusion de l'étude

Rémy Charest -- *Pouvons-nous déjà cerner, dès le début de nos discussions, les raisons ou les objectifs de nos rencontres?*

Robert Lepage -- Peut-être que nous devrions le faire à la fin. La raison d'être d'un travail n'apparaît-elle pas plus clairement quand il est terminé? (...) Le théâtre est une aventure plus grande que nous, devant laquelle nous sommes avant tout sans réponse.<sup>56</sup>

Au terme de cette (longue) aventure que fut la réalisation de cette thèse de doctorat, j'entrevois un peu plus clairement sa raison d'être. Et sa portée. Une portée qui doit néanmoins tenir compte des limites que j'ai brièvement exposées au chapitre de la méthodologie. Dans un premier temps, je reviendrai sur les caractéristiques méthodologiques de mon étude et sur celles qui me paraissent imposer des limites à la portée de l'étude. Dans un second temps, j'exposerai les quelques points qui me paraissent plus intéressants et pourraient être retenus de ce travail. Je conclurai sur une question à laquelle j'apporte quelques éléments de réponse.

### *7.1 Portée de la thèse -- quelques limites*

Des limites exposées plus tôt dans cette thèse (cf. chapitre 4), j'en retiens deux car elles me semblent avoir une influence plus grande que les autres sur l'interprétation que l'on peut donner aux résultats de mes analyses et, par conséquent, sur la portée de ces mêmes résultats. Ces limites sont liées à la nature exploratoire de l'étude et à la composition de l'échantillon de participants.

#### *7.1.1 Caractère exploratoire de l'étude -- monter dans un train en marche...*

Monter dans un train en marche comporte de multiples avantages dont celui de ne pas avoir à trouver un train, choisir la destination ni ceux qui nous accompagneront. Mais l'excitation du voyage et de la découverte comportent leur part de risque : le train peut s'arrêter, prendre une autre direction, dérailler même. L'analogie s'arrête ici car ce n'est évidemment pas à un déraillement auquel je fais référence quand je mets l'accent sur le caractère exploratoire de mon étude. Accepter de monter dans le train mis en marche par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec signifiait que j'irais où l'Ordre irait. Bien sûr, j'aurais pu choisir,

---

<sup>56</sup>Cet extrait est tiré du livre de Rémy Charest : Robert Lepage. *Quelques zones de liberté*. Ce sont les premières lignes d'un entretien qui a eu lieu entre ces deux personnes en septembre 1994.

après la journée d'étude, de consulter d'autres professionnels que ceux qui étaient présents à cette journée. N'ayant aucun contrôle sur la façon dont se déroulerait la démarche de consultation de l'Ordre ni sur le choix des professionnels qui y seraient conviés, j'étais néanmoins assurée qu'au terme de cette journée 1) j'aurais des données me permettant de répondre à quelques unes de mes questions de recherche et 2) que les professionnels présents seraient tous intéressés à définir la communication. À l'instar de l'Avis qui a résulté de la démarche de l'Ordre, mon étude a aussi les caractéristiques d'une étude préliminaire.

Par ailleurs, si j'ai décidé de monter dans ce train en marche, c'est parce que l'occasion était belle et devait être saisie. Mais le voyage aurait pu se faire autrement... j'aurais pu étudier le sens que donnent les orthophonistes et les audiologistes à la notion de communication dans un cadre moins contraignant que celui de la validation du PPH. Bien que j'ai voulu dépasser le cadre strict de la nomenclature et du modèle du *Processus de production du handicap* au moment des entrevues individuelles, il reste que ce modèle était le *prétexte* de l'entrevue. Des entrevues et une journée d'étude organisées dans le but, par exemple, de définir les fondements de l'intervention en orthophonie et en audiologie auraient certainement donné lieu à des réponses différentes. Tout comme une consultation de ce type organisée cette fois par des instances universitaires plutôt que par un Ordre professionnel, ou alors une consultation menée auprès d'étudiants ou de jeunes diplômés plutôt que de professionnels d'expérience. Par ailleurs, les délais relativement courts entre le moment où la journée a eu lieu et l'envoi de l'*Avis préliminaire...* a obligé les professionnels du comité de l'Ordre à rédiger rapidement un texte qui devait faire consensus, accordant moins de temps à la recherche d'autres modèles et d'autres définitions de la communication. Ajoutons qu'il n'y avait pas de "systémiciens" parmi les membres du comité. Ce qui m'amène à la seconde limite de mon étude.

### 7.1.2 Composition de l'échantillon

La relative homogénéité des définitions proposées par les orthophonistes et les audiologistes tient probablement au fait que mon échantillon de participants était relativement homogène. En fait, la majorité des participants à la journée d'étude comme aux entrevues individuelles, la majorité était des praticiens travaillant dans le milieu de la santé auprès d'une clientèle généralement adulte et affectée de troubles acquis du langage ou de l'audition. Il n'y avait pas de professionnels exclusivement en pratique privée, ni d'orthophonistes spécialisés en troubles de la voix et de la parole, ni d'audiologistes travaillant en centre hospitalier. Il est probable que des entrevues avec ces professionnels auraient donné lieu à une description

différente du contexte de la pratique et ce, dans ses trois dimensions (structure, procédure, résultat).

Par ailleurs, ma décision de regrouper tous les extraits des entrevues individuelles et donc de ne pas comparer entre eux les propos des participants a eu pour effet d'atténuer des différences parfois très marquées. S'il est vrai que les différences sont marquées entre la pratique d'un audiologiste en centre hospitalier et celle d'un orthophoniste qui travaille en centre de réadaptation, il reste que tous deux ont en commun de s'intéresser à la communication et à ses troubles. Je reconnais cependant qu'un éventail plus large de pratiques aurait assuré une plus grande diversité de points de vue. En dépit de son caractère exploratoire et de son échantillon restreint et de convenance, il reste que mon étude a des portées intéressantes.

## *7.2 Portée de la thèse*

La portée de cette étude sur le sens donné à la notion de communication par des spécialistes de ses troubles est double : la réflexion sur la communication et les modèles qui la représentent est utile à la fois pour les disciplines de l'orthophonie et de l'audiologie et pour les professions d'orthophonistes et d'audiologistes.

### *7.2.1 pour les disciplines de l'orthophonie et de l'audiologie*

Une discipline dont l'objet d'étude est fonction de sa finalité est-elle mieux placée ou mieux définie qu'une autre dont la définition de l'objet n'a pas ou peu de lien avec sa finalité? Est-ce que des médecins qui savent ce qu'est la santé ou qui s'en font une idée aussi juste que celle qu'ils ont de la maladie sont de meilleurs médecins que ceux qui connaissent très bien les pathologies? Autrement dit et dans les mots d'un participant de l'étude, la définition de la communication est-elle nécessairement au centre de la pratique au quotidien?

Or, il me semble dans un premier temps, qu'il est utile pour une discipline de définir et circonscrire son domaine d'intervention, de préciser les concepts auxquels elle recourt pour organiser ses connaissances. Cela est d'autant plus utile qu'en orthophonie et en audiologie, de nouvelles approches d'intervention font régulièrement leur apparition et remettent en cause les anciennes, qu'elles soient dominantes ou marginales. Il suffit de citer

les approches présentées au chapitre précédent et qui s'intéressent aux partenaires de communication des patients/clients. Par leurs fondements et leurs prémisses, ces approches diffèrent considérablement des approches qui visent avant tout la diminution des symptômes et des troubles du porteur. Et ces fondements ont certainement des rapports étroits avec la notion de communication. Ou avec ses éléments comme l'étude du contexte, de la relation et du sens.

En quoi une étude descriptive sur la communication et sur les modèles qui en représentent les éléments est-elle utile aux disciplines? Premièrement, ses catégories d'analyse pourraient servir à organiser les savoirs en orthophonie, en audiologie et dans les disciplines connexes, et à mettre en évidence la finalité des connaissances sur les troubles de la communication. Deuxièmement, comme l'orthophonie et l'audiologie sont aux confins ou au carrefour d'un nombre appréciable de disciplines, qui toutes voient s'accroître leurs connaissances, certains éléments de la réflexion sur la communication permettraient de préciser la base sur laquelle organiser toutes ces connaissances. En d'autres mots, le sens qui est donné à la notion de communication servirait de grille en discriminant ce qui est utile de ce qui l'est moins pour l'orthophonie et l'audiologie.

Cette étude exploratoire sur le sens de la notion de communication dans les deux disciplines peut être le déclencheur ou le point de départ d'une réflexion plus large sur l'objet et les fondements des disciplines. À terme, on peut imaginer qu'orthophonistes et audiologistes, enseignants, cliniciens et chercheurs, chercheront à opérationnaliser la communication comme ils l'ont fait avec le langage, la parole et l'audition. À cet égard, je crois que mon étude comparative de l'utilité des modèles de la communication et des modèles des conséquences des troubles pour rendre compte de la conversation entre une personne aphasique et son proche sera utile et pourra peut-être favoriser l'introduction des principes de la Nouvelle communication dans les disciplines.

Mon étude pourrait également servir de base ou de déclencheur à une réflexion plus approfondie sur les croyances et les postulats qui guident l'action, c'est-à-dire sur le *paradigme* dans lequel s'inscrivent ou devrait s'inscrire l'orthophonie et l'audiologie. Dans son essai sur l'histoire des sciences et des révolutions qui les traversent et les changent, Thomas S. Kuhn montre que le développement scientifique n'est pas qu'un simple processus d'accumulation (Kuhn, 1983). Je n'irais pas jusqu'à prétendre que mon étude puisse provoquer une révolution scientifique en orthophonie et en audiologie, mais il me semble qu'elle s'ajoute à d'autres initiatives (comme celles de la conversation assistée (Kagan,

1998a), du Life Participation Approach in Aphasia (Chapey et coll., 2000), etc.) et montre qu'une réflexion sur le processus de la communication, plutôt que sur les caractéristiques des troubles, est porteuse de nouveaux repères pour chacune des disciplines. Imaginons qu'on en vienne ensuite, au sein de chacune des disciplines, à donner une place aux modèles et aux approches basés sur les principes de la *Nouvelle communication* juste à côté de celle réservée aux modèles et aux approches basées sur la physique et la biologie du langage, peut-être y aurait-il une petite révolution?... Annoncée il y a plusieurs années avec l'intégration des notions de la pragmatique dans l'étude de l'acquisition et des troubles du langage chez l'enfant surtout (Bloom & Lahey, 1978; Gerber, 1991), le mouvement vers une "pragmatique de la communication" (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1979) pourrait s'amplifier et gagner les champs de pratique de l'orthophonie et de l'audiologie...

Enfin, triplement marginale par son objet, ses participants et sa méthode, mon étude contribue à élargir le champ des possibles en orthophonie et en audiologie. En m'intéressant à la communication plutôt qu'aux troubles de la communication, en m'intéressant aux professionnels plutôt qu'aux porteurs du trouble, et en choisissant une méthode de recherche qualitative, j'ai adopté une position à la fois hors des disciplines tout en demeurant à l'intérieur. À la manière de l'anthropologue qui étudie une sous-culture de sa propre culture, mais n'étant ni anthropologue, ni orthophoniste, ni audiologiste, j'avoue que la tâche n'a pas toujours été facile.

Par sa méthode, mon étude vient appuyer l'idée que l'orthophonie et l'audiologie ont avantage à intégrer les approches qualitatives en recherche. En ne se cantonnant plus uniquement aux approches quantitatives, les chercheurs en orthophonie et en audiologie sont mieux placés pour étudier et comprendre des phénomènes complexes, singuliers, ou difficilement accessibles ou mesurables comme la relation thérapeutique (Eastwood, 1988) ou encore l'influence du contexte de pratique sur les effets de l'intervention. C'est en substance la réponse que donnent Petheram et Parr (1998b) à ceux qui se demandent si l'aphasiologie a vraiment besoin des approches non quantitatives (Cappa, 1998). Ajoutons que les méthodes de la recherche qualitative remettent en question les postulats d'une réalité extérieure à celui qui l'observe (Levy, 1994), réductible en composantes plus simples, et résultant d'une chaîne causale. La recherche qualitative montre au contraire que le processus de communication et les troubles qui l'affectent ne sont pas extérieurs aux professionnels, que les troubles ne sont pas une somme de composantes simples et que leurs effets ne se comprennent pas entièrement par leurs causes.

### 7.2.2 pour les professions d'orthophoniste et d'audiologiste

Une étude sur le sens que prend la communication pour des orthophonistes et des audiologistes peut avoir une certaine portée sur leur pratique. En ayant montré par exemple qu'à travers les actes posés, les professionnels disent en creux leur conception de la communication, que la communication soit ou non au centre de leurs interventions, mon étude peut éventuellement conduire orthophonistes et audiologistes à considérer des facteurs comme le contexte de l'intervention et la relation qu'ils établissent avec les patients/clients. Toutefois, l'utilité de mon étude est plus évidente si ses résultats retournent à la source et sont repris par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. En effet, il me semble que l'*Avis préliminaire...* de l'OOAQ pourrait être suivi d'un Avis définitif, dont l'objectif ne serait plus d'influencer les auteurs du PPH mais plutôt d'approfondir la réflexion amorcée au moment de la validation de ce modèle. Il me semble que la question du handicap ou des situations de handicap dans le champ des troubles de la communication mériterait en soi une journée d'étude. Il me semble également que l'Ordre, dans ses démarches de réflexion sur les professions, pourrait tirer avantage des résultats d'une réflexion sur la communication. Par exemple, l'Ordre pourrait souhaiter préciser la nature des fondements de chacune des professions, leur mission et la (ou les) finalité(s) de la pratique en s'appuyant par exemple sur des concepts et des modèles différents de ceux des Laboratoires Bell.

Et dans le cadre plus quotidien de la pratique professionnelle, quelle pourrait être la portée de mon étude? D'emblée, je dirais que les résultats de mon étude et l'accent mis sur les principes de la *Nouvelle communication* et l'approche systémique pourrait faire en sorte que les orthophonistes et les audiologistes accordent davantage d'attention aux effets du *contexte* de la situation thérapeutique sur l'intervention et à l'influence de la *relation* interpersonnelle entre eux et leurs patients/clients. Et cette attention plus grande au contexte et à la relation pourrait se faire sans qu'ils aient à modifier leurs façons d'intervenir; les changements viendraient après. Je crois. Pour l'orthophoniste et l'audiologiste, l'intervention n'est possible que s'il y a *communication* entre eux et leurs patients/clients, parce qu'on ne peut pas ne pas communiquer. Dans le contexte thérapeutique, et plus spécialement dans celui de l'orthophoniste et de l'audiologiste, cela signifie qu'il faut être sensible à tous les actes expressifs, parce que tout comportement a valeur de message. Pour atteindre les objectifs de l'intervention, l'orthophoniste, l'audiologiste et leurs patients/clients n'ont d'autres choix que de communiquer. Par ailleurs, dans ce même contexte, la communication est aussi la finalité des efforts déployés. Ce qui m'amène à la conclusion de cette thèse.

### 7.3 Conclusion... la communication comme moyen et fin

À la fin de cette thèse, une question demeure... Elle traduit ma perplexité devant les résultats de l'étude qui en constituent le cœur. Est-il raisonnable de penser qu'un jour les conjoints et les proches ne se sentent plus oubliés par les intervenants?...

Si je m'appuie sur l'analyse des propos des orthophonistes et des audiologistes portant sur le contexte de leur pratique, il me faut répondre par la négative. L'organisation des soins et des services offerts aux personnes ayant des problèmes de communication ne semble pas favorable aux changements que de nouvelles approches d'intervention laissent entrevoir. La tendance à intervenir uniquement auprès des porteurs de symptômes se renforce au fur et à mesure que sont imposées diverses contraintes à la pratique. En fait, la recherche des causes paraît encore la meilleure voie pour réduire voire éliminer les troubles. Mais dans un contexte comme celui des orthophonistes et des audiologistes, où les troubles sont souvent de nature chronique, il me semble que les efforts pourraient s'orienter davantage vers le développement de moyens permettant d'améliorer le sort d'un plus grand nombre de personnes. Dont les proches.

Si je m'appuie par contre, sur l'analyse des propos de quelques uns des participants de mon étude sur le sens à donner à la notion de communication, je suis plus optimiste. J'ai alors espoir que très bientôt les intuitions dont ils m'ont fait part, leur sensibilité aux conséquences des troubles de la communication, leur désir d'en mieux rendre compte dans des modèles théoriques, les conduiront à l'évidence que l'intervention n'est possible que sur des systèmes, couples, familles, entourage. Il est raisonnable de croire que l'intérêt pour les partenaires de communication se traduise à plus ou moins court terme en un changement des approches thérapeutiques. Et si j'ajoute à cela le plaisir que j'ai eu à constater qu'il y avait, en 1997, au moins deux professionnels<sup>57</sup> ayant adopté la perspective systémique dans leur pratique, je vois de bonnes raisons d'espérer...

Et comme il paraît que l'inventivité naît du chaos et non de l'ordre, j'imagine que ce sera à partir du chaos provoqué par les contraintes et les tensions auxquelles sont soumises les pratiques que s'imposera chez les orthophonistes et les audiologistes la nécessité sinon l'urgence de penser autrement les troubles de la communication et les interventions destinées à en réduire les effets. Ce faisant, ils en viendront à concevoir la communication comme étant au cœur même de leur pratique. À la fois et en même temps *moyen* et *fin* de l'intervention.

---

<sup>57</sup>Il y en a plus que deux puisque j'en connais une troisième.

Liste des références

- Albernhe, K., & Albernhe, T. (2000). *Les thérapies familiales systémiques*. Paris : Masson.
- Ashley, P.K. (1985). Deafness and the family. In H. Orlans (Ed.), *Adjustment to adult hearing loss* (pp.71-82). San Diego, CA: College-Hill Press.
- Auroux, S. (1990). Communication. In *Encyclopédie philosophique universelle: Les notions philosophiques, dictionnaire*. (Tome 1, pp.363-4). Paris : Presses Universitaires de France.
- Balle, F. (1990). Communication. In *Encyclopédie philosophique universelle: Les notions philosophiques, dictionnaire*. (Tome 1, pp.363, 365-7). Paris : Presses Universitaires de France.
- Bateson, G. (1996). *Une unité sacrée. Quelques pas de plus vers une écologie de l'esprit* [introduction et bibliographie de R.E. Donaldson]. Paris : Seuil.
- Bateson, G., & Ruesch, J. (1988). *Communication et société* [éd. originale 1951]. Paris : Seuil.
- Beauséjour, D. (1999). Modélisation d'un changement organisationnel. In L. Blanchette (Éd.), *L'approche systémique en santé mentale* (pp.131-145). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Blanchette, L. (1999). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bloom, L., & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York : John Wiley and sons.
- Boisclair-Papillon, R. (1991). La famille de l'aphasique. In J. Ponzio, D. Lafond, R. Degiovani, & Y. Joannette (Eds.) *L'aphasique* (pp.163-176). St-Hyacinthe : Edisem.
- Bougnoux, D. (1993). *Sciences de l'information et de la communication*. Paris : Larousse.
- Bourgeault, G. (1990). *L'éthique et le droit face aux nouvelles technologies biomédicales. Prolégomènes pour une bioéthique*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Buck, M. (1968). *Dysphasia : Professional guidance for family and patient*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Cabin, P. (1998). *La communication. État des savoirs*. Auxerre, France : Éditions Sciences Humaines.
- Canguilhem, G. (1993/1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : Quadrige / Presses Universitaires de France.
- Cant, R. (1999). Aphasic stroke support -- a route forward? *Aphasiology*, 13, 900-902.
- Cappa, S.F. (1998). Do we really need non-quantitative approaches in aphasiology? *Aphasiology*, 12, 453-455.
- Chapey, R., Duchan, J.F., Elman, R.J., Garcia, L.J., Kagan, A., Lyon, J.G., & Simmons-Mackie, N. (2000). Life participation approach to aphasia : A statement of values for the future. In R. Chapey (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related*

- neurogenic communication disorders, 4th ed.* (pp. 235-245). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Chapireau, F. (1998). Modèle, processus et stratégie en santé selon Philip Wood. *Handicaps et Inadaptations - Les Cahiers CTNERHI, no.77, 77-92.*
- Charest, R. (1995). *Robert Lepage. Quelques zones de liberté.* Québec : Les éditions de L'instant même.
- Clas, A. (1983). *Sons et langage: Initiation à la phonétique théorique et pratique.* Montréal : Sodilis.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer.* Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Côté, C. (1999). Historique de la systémique (1920-1998). In L. Blanchette (Éd.), *L'approche systémique en santé mentale* (pp.17-52). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cyrułnik, B. (2000). *L'homme, la science et la société.* La Tour d'Aigues, France : Éditions de l'Aube.
- Denes, P.B., & Pinson, E.N. (1963). *La chaîne de communication verbale: physique et biologie du langage.* Montréal : Les Laboratoires du Téléphone Bell.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment : Vol. I. Explorations in quality assessment and monitoring.* Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press.
- Dortier, J.-F. (1998). La communication : omniprésente, mais toujours imparfaite. In P. Cabin (Éd.), *La communication. État des savoirs* (pp.1-19). Auxerre, France : Éditions Sciences Humaines.
- Eastwood, J. (1988). Qualitative research: An additional research methodology for speech pathology? *British Journal of Disorders of Communication, 23,* 171-184.
- Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas : pourquoi ne m'aime-tu pas, toi qui prétends m'aimer? Approche systémique et psychothérapie.* Paris : Éditions du Seuil.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St Michel, G. (1998). *Classification québécoise Processus de production du handicap.* Québec : Réseau international sur le processus de production du handicap.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., Côté, M., & St Michel, G. (1996). *Révision de la proposition québécoise de classification : Processus de production du handicap.* Québec: Réseau international sur le processus de production du handicap.
- Frattali, C.M. (1992). Functional assessment of communication : Merging public policy with clinical views. *Aphasiology, 6,* 63-83.

- Frattali, C.M. (1998). *Measuring outcomes in speech-language pathology*. New York : Thieme.
- Gerber, S. (1991). Pragmatics in the 1990's : Perspective, retrospective, prospective. *Journal of Childhood Communication Disorders*, 14, 1-21.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Haldemann, V. (1993). Les méthodes qualitatives -- pourquoi? *La Revue Canadienne du Vieillessement*, 12, 117-128.
- Hallberg, L. R.-M., & Barrénas, M.-L. (1993). Living with a male with noise-induced hearing loss : Experiences from the perspective of spouses. *British Journal of Audiology*, 27, 255-261.
- Hétu, R., Jones, L. & Getty, L. (1993). The impact of acquired hearing loss on intimate relationships: Implications for rehabilitation. *Audiology*, 32, 363-381.
- Hétu, R., Lalonde, M., & Getty, L. (1987). Psychosocial disadvantages associated with occupational hearing loss as experienced in the family. *Audiology*, 26, 141-152.
- Hétu, R., Riverin, L., Lalonde, N., Getty, L. & St-Cyr, C. (1988). Qualitative analysis of the handicap associated with occupational hearing loss. *British Journal of Audiology*, 22, 251-264.
- Holland, A.L. (1998). Why can't clinicians talk to aphasic adults? Comments on supported conversation for adults with aphasia : methods and resources for training conversational partners. *Aphasiology*, 12, 844-847.
- Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale* [trad.N. Ruwet]. Paris : Éditions de Minuit.
- Javeau, C. (1998). *Prendre le futile au sérieux*. Paris : Les Éditions du Cerf.
- Jones, L., Kyle, J., & Wood, P. (1987). *Words apart : Losing your hearing as an adult*. New York : Tavistock Publications.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia : methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12, 816-830.
- Korzybski, A. (1941). *Science and sanity. An introduction to non-aristotelian systems and general semantics*. Lancaster, PA : The international non-aristotelian library publishing company.
- Kuhn, T.S. (1983). *La structure des révolutions scientifiques* [trad. L. Meyer]. Paris : Champs Flammarion.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1985). *Les métaphores de la vie quotidienne* [trad. M. de Fornel, J.-J. Lecercle]. Paris : Éditions de Minuit.

- Landry Balas, L. (1999). Comment nous communiquons. In L. Blanchette (Éd.), *L'approche systémique en santé mentale* (pp.95-112). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Le Breton, D. (1997). *Du silence*. Paris : Métailié.
- Le Dorze, G. (1995). *L'aphasie selon la perspective des personnes aphasiques et de leurs proches : une analyse qualitative des conséquences de l'aphasie*. (Rapport de recherche subventionnée par le PNRDS, 1993-95). Montréal : Université de Montréal, Equipe de recherche en orthophonie.
- Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9, 239-255.
- Le Dorze, G., Croteau, C., Brassard, C., & Michallet, B. (1999). Research considerations guiding interventions for families affected by aphasia. *Aphasiology*, 13, 922-927.
- Levy, R. (1994). Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1, 92-100.
- Lund, N.J., & Duchan, J.F. (1988). *Assessing children's language in naturalistic contexts* (2nd ed.). New Jersey : Prentice Hall.
- Machado, A. (1979). *Poésies* [trad. S. Léger et B. Sese]. Paris : Gallimard.
- Marc, E. (1998). Palo Alto : L'école de la communication. In P. Cabin (Ed.), *La communication. État des savoirs* (pp.131-134). Auxerre, France: Éditions Sciences Humaines.
- Marc, E., & Picard, D. (1996). *L'interaction sociale* (2<sup>ème</sup> éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, MSSS (1995). *Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Un continuum intégré de services en déficience physique*. Québec : Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Morin, E. (1977). *La Méthode. 1. La nature de la nature*. Paris : Seuil.
- Morin, E. (1982). *Science avec conscience*. Paris : Fayard.
- Mucchielli, A. (1998). Les modèles de la communication. In P. Cabin (Éd.), *La communication. État des savoirs* (pp.65-78). Auxerre, France : Éditions Sciences Humaines.
- OMS, Organisation Mondiale de la Santé (1988). *Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*. Paris: CTNERHI-INSERM.

- OOAQ, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (1997). *Avis préliminaire de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec sur la révision de la proposition québécoise de la classification : Processus de production du handicap. Document présenté au Comité québécois de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CQCIDIH)*, 28 pages. Montréal : Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec.
- Parlebas, P. (1990). Modèle. In *Encyclopédie philosophique universelle: Les notions philosophiques, dictionnaire*. (Tome 2, pp.1646-9). Paris : Presses Universitaires de France.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation methods* (2nd ed.). Beverley Hill, CA: Sage.
- Parr, S., Byng, S., & Gilpin, S. (1997). *Talking about aphasia*. Buckingham : Open University Press.
- Petheram, B., & Parr, S. (1998a). Diversity in aphasiology : Crisis or increasing competence? *Aphasiology*, *12*, 435-447.
- Petheram, B., & Parr, S. (1998b). Plenty of room in the wardrobe : A response to Bastiaanse and Edwards, Cappa, Elman, Ferguson, Gordon and Jordan. *Aphasiology*, *12*, 481-487.
- Pfeiffer, D. (1998). The ICDH and the need for its revision. *Disability & Society*, *13*, 503-523.
- Picard, D. (1998). Les règles du savoir-vivre. In P. Cabin (Éd.), *La communication. État des savoirs* (pp.169-175). Auxerre, France : Éditions Sciences Humaines.
- Ponzio, J., Lafond, D., Degiovani, R., & Joannette, Y. (1991). *L'aphasique*. St-Hyacinthe: Edisem.
- Ravaud, J.-F. (1999). Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet. *Handicap, Revue de Sciences Humaines et Sociales*, no.81, 64-75.
- Réseau international CIDIH (1991). Historique de la société canadienne de la classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps (SCCIDIH) et du Comité québécois de la classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps (CQCIDIH). *Réseau International CIDIH*, *4*, 11-18.
- Saramago, J. (1997). *L'aveuglement* [trad. G. Leibrich]. Paris : Éditions du Seuil, coll. Point.
- Servaes, P., Draper, B., Conroy, P., & Bowring, G. (1999). Informal carers of aphasic stroke patients : Stresses and interventions. *Aphasiology*, *13*, 889-900.
- Sfez, L. (1994). *La communication*. Paris : Presses Universitaires de France, collection Que sais-je?
- Sinding, C. (1986). Relire Canguilhem. De la normativité à la normalité. *Revue Prospective et Santé*, *40*, 21-25.

- State University of New York at Buffalo, Research Foundation (1993). *Guide for use of the Uniform Data Set for medical rehabilitation: Functional Independence Measure*. Buffalo : Author.
- Sylvestre, A. (1996). Les problèmes de communication envisagés selon une perspective écosystémique. *Fréquences*, 8(4), 16-20.
- Tye-Murray, N. & Schum, L. (1994). Conversation training for frequent communication partner. In J.-P. Gagné & N. Tye-Murray (Eds) *Research in audiological rehabilitation: Current trends and future directions* (pp.209-222). Journal of the Academy of Rehabilitative Audiology Monograph (vol. 27).
- Watzlawick, P, Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1979). *Une logique de la communication* . Paris : Seuil, collection Points.
- Weaver, W. (1993). Contributions récentes à la théorie mathématique de la communication. In D. Bounoux (Éd.), *Sciences de l'information et de la communication* (pp.415-427). Paris : Larousse.
- Weaver, W., & Shannon, C.E. (1949/1975). *Théorie mathématique de la communication* [trad. 1975]. Paris : Retz-C.E.P.L.
- WHO, World Health Organization (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva : World Health Organization.
- WHO, World Health Organization (1993). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease* (2nd ed.). Geneva : World Health Organization.
- Winkin, Y. (1981). *La nouvelle communication*. Paris : Seuil.
- Wood, P.H.N. (1987). Maladies imaginaires : Some misconceptions about the ICIDH. *International Disability Studies*, 9, 125-128.
- Zemva, N. (1999). Aphasic patients and their families : wishes and limits. *Aphasiology*, 13, 219-224.

## Annexes

- Annexe 1* Plan de la journée d'étude proposé par le président de l'OOAQ
- Annexe 2* Lettre de présentation du projet de recherche
- Annexe 3* Lettre d'invitation à une entrevue individuelle
- Annexes 4* Formulaire de consentement et copie du certificat d'éthique faisant état de l'approbation du comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine
- Annexe 5* Canevas d'entrevue
- Annexe 6* Lettre accompagnant la transcription verbatim envoyée au participant
- Annexe 7* Exemple de la procédure d'analyse d'une transcription d'entrevue
- Annexe 8* Tableaux 1 à 5 et descripteurs totaux
- Annexe 9* Tableau comparatif des sections ayant trait à la communication, à la parole et au langage contenues dans la nomenclature du *Processus de production du handicap* (Fougeyrollas et coll., 1996; 1998) et dans l'*Avis préliminaire...* de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ, 1997)

## Annexe 1 : Plan de la journée d'étude

## Annexe 1

La journée pourrait se dérouler de la façon suivante :

En avant-midi :

- Ouverture par monsieur Fougeyrollas (1 heure)
  - Contexte général de la proposition « processus de production du handicap » ;
  - enjeux : le devenir de la classification québécoise au Québec et à l'OMS ;
  - contexte socio-politique et enjeux ;
  - le cadre dans lequel devraient se faire les modifications à la proposition (sections,...).
- Table ronde sur l'expérience clinique et de recherche suivie d'un échange entre les panelistes et l'assistance. (2 heures)

Dîner (servi sur place)En après-midi :

- 3 ateliers simultanés sur chacun des objectifs de la journée (2 heures)
- Plénière et synthèse des réflexions (1 heure)

Les objectifs de cette journée sont au nombre de 4. Tout d'abord, j'aimerais au terme de cette journée que les membres des comités de l'Ordre soient en mesure :

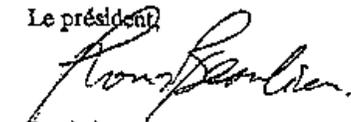
- d'identifier les éléments qui permettront de proposer une définition de la communication plus en accord avec l'expérience de l'orthophoniste et de l'audiologiste ;
- d'identifier les forces et les limites du modèle conceptuel « Processus de production du handicap » et de la classification dans la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie ;
- d'identifier des éléments qui permettraient d'ajuster la définition du terme « habitude de vie » de façon à rendre compte du thème « communication » et
- de renouveler la classification des « aptitudes reliées au langage » de façon à tenir compte de l'état des connaissances en orthophonie et en audiologie.

Bien entendu, votre participation à cette journée sera reconnue comme une journée de formation continue par l'Ordre. Les frais de participation sont de 30,00\$, ceci comprenant le coût du repas du midi et l'achat du manuel de la classification québécoise. (Sur demande, des coupons de stationnement pourront vous être acheminés)

La journée d'étude aura lieu le jeudi, 19 juin 1997 de 8h30 à 17h00, au Centre de recherche du CH Côte-des-Neiges, au 4565 Chemin de la Reine-Marie à Montréal.

Veuillez confirmer votre présence à Claire Beaulieu en téléphonant à l'Ordre au 514-282-9123, poste 301, d'ici au mercredi, 21 mai de manière à ce que nous puissions vous faire parvenir une copie des documents.

Le président



Louis Beaulieu, MOA

*foi d'honneur*

Journées d'étude sur la CIDH  
OOAQ - Invitation

*Annexe 2* : Lettre de présentation du projet de recherche

Équipe de recherche en orthophonie  
Université de Montréal

Le lundi 26 mai 1997

Madame, monsieur,

Je suis actuellement étudiante au doctorat à l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'université de Montréal, sous la direction de madame Guylaine Le Dorze et de monsieur Guy Bourgeault (de la Faculté de l'Éducation). J'aimerais par la présente vous expliquer en quoi cette journée d'étude à l'OOAQ est doublement importante, à la fois pour l'Ordre et pour la "science"... Les présentations et les discussions qui auront lieu sur le modèle et la classification Processus de production du handicap (CQCIDIH, 1996) et sur les modifications qu'il convient d'apporter aux sections portant sur la communication et le langage dans ce modèle sont autant de moyens de faire le point sur l'état des connaissances et l'expérience professionnelle dans le domaine qui touche aux troubles de la communication.

La raison de ma présence à cette journée est la suivante : je m'intéresse aux représentations de la communication chez les orthophonistes et les audiologistes qui utilisent un modèle comme celui du CQCIDIH (ou la CIDIH) et à l'impact de ces modèles sur la pratique professionnelle et sur les disciplines de l'orthophonie et de l'audiologie. Plus précisément, je cherche à décrire le processus par lequel des orthophonistes et des audiologistes en arrivent à s'intéresser et à utiliser les modèles de l'OMS et/ou du CQCIDIH. Je cherche également à connaître l'expérience que vous avez de l'un ou l'autre de ces modèles et classifications et l'influence que ces modèles peuvent avoir sur la façon dont vous concevez la communication. Compte-tenu de mes intérêts de recherche, le président de l'OOAQ m'invite à assister aux présentations et aux discussions qui se tiendront au cours de cette journée.

Au cours de la journée, je souhaite enregistrer les propos que vous tiendrez sur les différentes composantes du modèle "Processus de production du handicap" afin de mieux comprendre comment ce modèle s'intègre ou peut s'intégrer à la pratique des professionnels en orthophonie et en audiologie. Les enregistrements seraient utiles et utilisés dans le cadre de mon projet de recherche. C'est pourquoi j'aimerais savoir si vous avez quelque objection que ce soit à ce que les discussions soient enregistrées sur bande sonore. Il est bien entendu que dans le cadre de mon projet de recherche, la confidentialité sera assurée. Aucun nom n'apparaîtra dans le compte-rendu des résultats de l'étude.

Votre participation est déjà grandement appréciée par l'OOAQ et votre consentement à l'enregistrement des discussions auxquelles vous participerez le serait davantage. Au plaisir de faire votre connaissance,

Christine Brassard

Annexe 3 : Lettre d'invitation à une entrevue individuelle  
Université de Montréal  
École d'orthophonie et d'audiologie

Le lundi 22 septembre 1997

Madame/Monsieur,

le 19 juin dernier, vous avez participé à une journée d'étude organisée par l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec. Cette journée avait pour but d'apporter des modifications au modèle et à la classification québécoise "Processus de production du handicap". À cette occasion, vous avez discuté sur les éléments à retenir pour définir la communication dans la proposition québécoise et modifier les sections ayant trait aux aptitudes en lien avec le langage afin que dans l'ensemble le Processus de production du handicap reflète mieux les connaissances et les pratiques dans le domaine des troubles de la communication.

Cette journée a été pour moi l'occasion de vous rencontrer, et de voir comment des orthophonistes et des audiologistes se représentent la communication. En effet, dans le cadre de mes études de doctorat à l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'université de Montréal (sous la direction de madame Guylaine Le Dorze et monsieur Guy Bourgeault), je m'intéresse à la façon dont des professionnels des troubles de la communication définissent la communication et au processus par lequel ces professionnels en arrivent à s'intéresser et à utiliser les modèles de l'OMS et/ou du CQCIDIH.

Comme vous avez une expérience particulière avec l'un de ces modèles, je souhaiterais vous rencontrer afin de mieux connaître cette expérience et de voir comment ce modèle s'intègre à la pratique professionnelle en orthophonie et en audiologie. J'aimerais donc avoir un entretien avec vous à ce propos, au moment et à l'endroit qui vous convient le mieux. Cet entretien ne devrait pas durer plus de 60 minutes. S'il vous est difficile de me rencontrer, il est possible de faire l'entrevue par téléphone. Je puis vous assurer dès maintenant que la confidentialité de vos propos sera respectée et que votre nom n'apparaîtra pas dans le compte-rendu des résultats de mon étude.

Votre participation à cette étude, qui fait suite à la réflexion amorcée par l'Ordre, serait grandement appréciée. Si vous êtes intéressé(e) et disponible d'ici les prochaines semaines, nous pourrions convenir d'un rendez-vous, pour un entretien en personne ou par téléphone.

Si vous avez le temps, vous pouvez me téléphoner à l'Équipe de recherche en orthophonie (514 343 2279), ou utiliser le courrier électronique et m'indiquer le moment le plus propice pour cet entretien. J'essaierai également de vous rejoindre si je n'ai pas de vos nouvelles.

En attendant d'avoir le plaisir de vous rencontrer, veuillez agréer, «titre» «nom», l'expression de mes salutations distinguées.

Christine Brassard  
Équipe de recherche en orthophonie  
Université de Montréal

Tél. (université) 514 343 2279  
Fax: 514 343 7136  
e-mail : brassac@alize.ere.umontreal.ca

## **Formulaire de consentement**

Copie du participant

Je, soussigné \_\_\_\_\_, consens par la présente à participer au projet de recherche suivant aux conditions décrites ci-dessous:

### Titre du projet:

Quand l'orthophonie et l'audiologie (se) représentent la communication : les actants et leurs réseaux.

### Responsables:

Christine Brassard, étudiante au doctorat, École d'orthophonie et d'audiologie, Équipe de recherche en orthophonie, Université de Montréal, tél.: 343 2279

Guylaine Le Dorze, professeur agrégé, École d'orthophonie et d'audiologie, Université de Montréal, tél.: 343 7921

Guy Bourgeault, professeur titulaire, Faculté de l'Éducation, Université de Montréal, tél.: 343 5986

### Objectifs du projet:

Le projet vise dans un premier temps à décrire et analyser le processus de construction d'une représentation de la communication par des professionnels des troubles de la communication. Dans un second temps, l'étude cherche à décrire et analyser les circonstances menant à l'incorporation dans les disciplines et dans la pratique des professionnels en orthophonie et en audiologie des modèles de la CIDIH (OMS, 1988/1980) et du Processus de production du handicap (CQCIDIH, 1996). Enfin, le troisième objectif de la recherche a pour but de dégager et expliciter les effets de l'incorporation en orthophonie et en audiologie des modèles de l'OMS et du CQCIDIH sur la représentation de la communication et de ses troubles.

### Nature de ma participation:

Participer à une entrevue d'une durée d'environ une heure. Au cours de cette entrevue, on cherchera à connaître mon expérience de l'un ou l'autre de ces modèles, comment je m'y suis intéressé(e) et quels effets l'utilisation d'un modèle comme le Processus de production du handicap ou la CIDIH a sur ma pratique et la façon dont je définis la communication, les troubles qui l'affectent et les interventions destinées à les réduire.

### Bénéfices:

Il est possible que je ne retire aucun bénéfice direct de ma participation à ce projet si ce n'est l'opportunité de réfléchir et de discuter, lors de l'entrevue, des particularités de ma pratique en regard des modèles et classifications de l'OMS et du CQCIDIH. Cependant, ma participation à ce projet contribuera à une compréhension renouvelée des processus par lesquels des orthophonistes ou des audiologistes en viennent à s'intéresser à un modèle et une classification comme la CIDIH ou le Processus de production du handicap, et des effets de l'intégration de ces modèles sur la pratique professionnelle dans le champ des troubles de la communication.

### Risques et inconvénients:

Ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre et ne me fait courir aucun risque. Les inconvénients prévisibles de ma participation sont de me libérer pour une période d'environ 2 heures lors de l'entrevue et, plus tard, de fournir une à deux heures de mon temps pour lire et commenter la transcription de l'entrevue.

Retrait de ma participation:

Il est entendu que je pourrai à tout moment mettre fin à ma participation à ce projet et que cela n'aura aucun effet.

Confidentialité:

Les résultats de la recherche demeureront confidentiels et toute publication faisant suite à cette étude respectera le caractère confidentiel de ma participation. En aucun temps, mon nom n'apparaîtra sur un document. L'enregistrement de l'entrevue et sa transcription ne seront utilisés qu'aux seules fins de cette recherche et demeureront confidentiels; seul le chercheur du projet y aura accès. Cet enregistrement sera détruit 10 ans après le début de la présente étude.

Je reconnais que ma participation à ce projet est tout à fait volontaire et libre. Je certifie qu'on m'a donné verbalement toutes les explications nécessaires, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Si j'accepte, l'entrevue sera enregistrée sur bande audio. La transcription de l'entrevue me sera envoyée pour que je la commente et y fasse les corrections que je jugerai bon de faire.

Signez : J'accepte que l'entrevue soit enregistrée : \_\_\_\_\_

Je n'accepte pas que l'entrevue soit enregistrée : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom de l'intéressé(e)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intéressé(e)

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin à la signature

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 19\_\_.

Formulaire approuvé par le Comité d'éthique de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal le: 11 septembre 1997 (no de référence : CERFM:SCE 2(97)4#2)



Université de Montréal  
Faculté de médecine  
Vice-décanat  
Recherche et études supérieures

Annexe 4

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE****APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE  
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE**

*(Ce certificat est valide pour deux ans, si protocole non modifié)*

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé : **Quand l'orthophonie et l'audiologie (se) représentent la communication : les actants et leurs réseaux**

présenté par : **Mme Christine Brassard et Dre Le Dorze**

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.

Signature de Irène Strychar, Présidente

Date : **11 SEP. 1997**

Numéro de référence : **CERFM:SCE 2(97)4#2**

**N.B.** Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

## Annexe 5 : Canevas d'entrevue

Au cours de cet entretien, j'aimerais que vous me parliez de votre travail, de votre conception des troubles de la communication, de votre perception du modèle du CQCIDIH et de votre propre définition de la communication.

### Le travail du professionnel

En premier lieu, j'aimerais que vous me décriviez les caractéristiques de votre travail, de votre principale clientèle et de votre milieu de travail.

Que répondez-vous quand on vous demande ce que fait une orthophoniste/audiologiste?

Qui peut bénéficier de vos services? Qui ne le peut pas? Décrivez-moi votre clientèle.

Comment définissez-vous les troubles que ces personnes présentent?

À quoi ressemble une intervention? (de l'évaluation au congé) La dernière complétée par exemple?

Quels étaient les objectifs de cette intervention? Comment ont-ils été fixés?

Ont-ils été atteints selon vous? selon le(s) client(s)?

À quoi ressemblait votre journée d'hier? Était-ce habituel?

À quoi ressemble un rapport d'intervention? (évaluation, évolution, congé)

À quel moment considérez-vous que votre intervention a réussi?

Qu'est-ce qu'une intervention réussie selon vous?

Y a-t-il des interventions qui ne fonctionnent pas?

Selon vous, qu'est-ce qui peut expliquer que parfois les interventions ne fonctionnent pas?

### Le modèle du CQCIDIH

Selon vous, quelles sont les raisons qui ont fait que le président de l'Ordre vous a invité à la journée d'étude du 19 juin dernier?

Comment vous êtes intéressée au modèle et à la classification du Comité québécois de la CIDIH?

Pensez-vous que ce modèle peut influencer la façon de travailler des orthophonistes et des audiologistes? Comment?

Pensez-vous, à la suite de cette journée, que la pratique actuelle en orthophonie et en audiologie peut influencer le modèle?

### La communication

Selon vous, communiquer normalement, ça veut dire quoi?

En vous basant sur votre expérience de travail, croyez-vous que la formation des orthophonistes et des audiologistes est adéquate? Qu'est-ce qui manque? Qu'est-ce qui devrait être conservé?

*Annexe 6* : Lettre accompagnant la transcription verbatim envoyée au participant  
Université de Montréal  
École d'orthophonie et d'audiologie

Le lundi 16 février 1998

Bonjour,

Si je me souviens bien, lors de notre rencontre du 20 janvier dernier, vous aviez accepté de relire la transcription de notre entretien. Je vous rappelle que c'est une transcription "verbatim", c'est-à-dire que les répétitions, les ébauches de mots, les hésitations ont toutes été transcrites. Question de ne pas utiliser deux poids deux mesures dans ce genre de travail (pourquoi n'y aurait-il que les interlocuteurs aux prises avec un trouble de la communication qui pontuent leur discours d'hésitations, d'ébauches, de répétitions et de transformations?).

Bien que je ne pense pas que cela ait une influence sur l'analyse, je peux corriger la transcription si cela vous agace. Le but de l'exercice donc, est de vous laisser toute la latitude possible pour que vous puissiez voir s'il y a des informations que vous désirez ajouter, préciser, nuancer ou encore omettre. Bien entendu, au moment où je m'apprêterai à analyser le contenu de notre entretien, j'aurai pris soin de "dénominaliser" nos propos afin de respecter la confidentialité.

Je présume que votre horaire est chargé cet hiver. Je vous laisse donc quelques semaines pour me retourner cette copie. Si vous n'avez vraiment pas le temps de relire et modifier cette transcription, faites-le moi savoir.

Je vous remercie encore une fois d'avoir pris quelques heures de votre temps pour participer à mon projet de recherche. Bonne lecture et au plaisir.

Christine Brassard  
École d'orthophonie et d'audiologie  
Université de Montréal  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal, H3C 3J7

## Annexe 7 : Exemple de la procédure d'analyse d'une transcription d'entrevue

Note : J'ai reproduit ici une centaine de lignes (de la ligne 41 à la ligne 147) tirées de l'entrevue individuelle avec le onzième professionnel ayant accepté de participer à mon étude. Les extraits retenus sont entre les crochets en caractères gras, suivis du numéro du descripteur.

P11 - (..) [Alors j'suis sur l'équipe.. ici [au centre de réadaptation], j'suis sur l'équipe TCC. J'suis supposée être à temps partiel sur l'équipe de neurologie, donc plus euh.. aph' ACV, tumeurs, troubles.. de.. neurologiques dé'.. dégénératifs. Mais à cause.. comme on est très occupé au niveau du traumatisme crânien, c'est.. c'est ma prédominante. J'dirais j'ai quasiment juste des cas de traumatismes crâniens.. avec qui j'travaille. Donc, les populations adultes, relativement jeunes..

I - C'est ça oui..

P11 - ..relativement jeunes. J'dirais ben j'ai quand même.. tu vois j'ai 2-3 clients qui ont dans les 70 ans là.. (rire)

I - Oui, ça arrive aussi, hein? les accidents..

P11 - Ça arrive aussi. Donc, ça couvre.. c'est sûr que c'est.. on parle de.. à peu près 17-18 ans jusqu'à.. bon, 80 mettons. Mais principalement, ma population est en bas de 35 ans, j'dirais..

I - Ok. Oui..

P11 - ..des jeunes adulte. Euh.. souvent des hommes. Plus des hommes que des femmes. Mais ça, c'est encore.. ça suit la tendance générale des.. des.. TCC.

I - C'est ça.

P11 - Donc, la prédominance des troubles, c'est des troubles cognitivo-communicatifs. Souvent.. j'dirais qu'les TCC.. [au centre de réadaptation], c'est bon, ça s'adonne comme ça pour le moment, on a surtout des cas légers, de traumatismes crâniens légers. Or, troubles d'attention, troubles de mémoire.. qui interfèrent avec la communication, donc.. euh.. raisonnement.. organisation verbale.. donc, pas.. des troubles cognitivo-communicatifs comme j'dis, non pas.. tant linguistiques. Quoique j'ai 2-3 cas où est-ce que.. avec des lésions plus sévères, j'dirais j'ai des tableaux aphasiques.. qui ont cette prédominante-là.]-**176.S**

I - Pis tes euh.. les thérapies sont longues généralement pour ces clients-là?

P11 - Oui, j'dirais que.. c'.. ben, ça dépend. Ça va dépendre beaucoup de.. [avec les TCC légers, euh.. c'est sûr bon, on fait l'évaluation, on détermine les besoins. Euh.. ça peut être des besoins des fois qui sont ponctuels. Dans l'sens que souvent avec cette clientèle-là, on parle plus bon de.. probablement une réintégration socio-communautaire ou socioprofessionnelle assez rapide là. Alors.. on va pas nécessairement faire d'la thérapie comme dans l' terme traditionnel d'la chose, où est-ce qu'on fait des tâches thérapeutiques et tout ça. On va.. habituellement le plus possible dans l'milieu. Euh..

I - Ah oui?

P11 - On va outi'.. on va parler plus de stratégies, on va parler de compensation des déficits et non pas de.. de..

I - De rééduquer..

P11 - ..de rééducation comme telle, non c'est pas le cas.. surtout pas avec les TCC légers.]-**177.P** [Par contre, quand on s'en va avec des TCC plus modérés ou sévères, à c'moment-là oui, on va faire des thérapies à long terme. Euh.. j'ai un client, ça fait.. un an. Ben aujourd'.. je l'suis euh.. au début, 3 fois semaine maintenant j'suis rendue à 2 fois mais.. j'continue à l'voir, i' a encore des besoins et des.. changements, des améliorations. Euh.. donc, ça va être très variable dépendant du tableau.]-**179.P** Mais [j'dirais que si c'est.. quand c'est léger, ça.. les interventions sont souvent plus.. plus brèves. C'est pas du long terme. Vraiment pas. Parce qu'on les retourne rapidement dans la communauté alors.. à c'moment-là, on essaie d'être de.. d'adresser les problèmes au fur et à mesure qu'i' s'présentent, des.. d'outiller la personne pour prévenir.. des difficultés.. à c'moment-là.]-**178.P**

I - Ok. Qu'est-ce que c'est la mission du centre, ici? Est-ce que c'est un centre qui euh.. j'connais pas tellement bien là.. est-ce qu'y a des gens à l'interne pis est-ce qu'y a des gens à l'externe? Est-ce qu'on hospitalise les gens ici ou euh..?

P11 - Non. C'est un petit peu.. non, y a aucun.. y a aucun lit.

I - C'est comme un..

P11 - C'est.. on est un centre..

I - ..une clinique?

P11 - [On est un centre externe. Alors, tous les clients viennent à l'externe. Euh.. quoique maintenant, avec le virage ambulatoire, on a pris aussi une position de.. Avant, c'était bon, de.. de l'externe une fois semaine ou deux fois bon. Aussi, dépendant des besoins, si y avait un besoin de plus qu'une fois par semaine, on.. on les adressait. Mais maintenant, on a aussi un mandat d'a'.. de voir les clients qui font partie du virage ambulatoire finalement. Alors.. des gens qui sortent vite des hôpitaux et qui ont des besoins énormes de.. jusqu'à 3-4 fois semaine de thérapies. Alors, on les voit ces clients-là.. aussi. C'qui fait qu'ça.. c'est.. c'est lourd. Ça..

I - Augmente la tâche..

P11 - ..ça augmente rapidement la tâche aussi. Bon, beauc'.. rapidement les horaires. Mais on le fait. Et on.. à date, on réussit bien à répondre à la demande là.]-**200.S** Alors euh.. mais c'est toujours à l'externe, hein? Y a un système de transport d'organisé.. euh.. le monde s'rende.. y a quand même des services différents au niveau du centre. Moi, j'suis au programme de neurologie mais y a quand même un programme de rhumatologie, y a un programme.. un centre de jour, pour les gens âgés entre 18 et 65 ans. Euh.. y a les ateliers R.A.R.E.. qui sont des ateliers si tu veux plus.. encadrés de travail là, pour les gens plus for' plus lourdement handicapés. Euh.. y a également un programme d'évaluation d'orientation de travail. Alors.. des gens qui ont des.. déficiences physiques, cognitives ou whatever. I' sont vus et évalués pour les capacités de travail finalement. Y a l'évaluation de la conduite automobile..

I - C'est ça. J'avais entendu parler de ça ici..

P11 - ..oui. On a l'évaluation de la conduite automobile.. pis on a aussi le service d'aides techniques, le.. le S.D.A.T. qu'on appelle, qui est un service plus euh.. donc, les chaises roulantes, tout le matériel, les orthèses, les.. plus technique là.

I - Hmm.. ok. Euh.. [est-ce que ça t'arrive de te faire.. demander.. euh.. bon, toi, t'es orthophoniste "qu'est-ce que c'est un orthophoniste?"

P11 - Souvent..

I - Bon. Qu'est-ce que tu réponds?

P11 - Ben.. j'.. bon, j'réponds souvent qu'on est des spécialistes de la communication.

I - Ok.

P11 - Qui.. on regarde à tous les aspects d'la communication. J'essaie souvent de.. de parler de.. pour simplifier au.. aux gens, bon, j'leur définis un peu qu'est-ce que c'est.. ben, pas nécessairement qu'est-ce que c'est la communication mais plus les aspects que j'vais évaluer. J'parle donc de.. de compréhension, j'parle d'expression, compréhension écrite, orale, compréhension euh! expression écrite, expression orale. J'parle aussi des aspects cognitifs. Mais souvent cognitif, c'est aussi un grand mot pour les gens, alors euh.. j'parle de.. de.. des processus, des euh.. des capacités du cerveau qui vont influencer si tu veux la communication. Comme l'attention, mémoire, raisonnement.. le jugement, des choses comme ça. Qui vont influencer la façon de communiquer des gens. Or.. en gros, c'est ça. Pis j'leur explique que c'est ça que j'vais regarder. J'leur parle aussi que j'regarde aussi comment i' sont comme communicateur, la communication verbale, non-verbale.. je parle.. leur parler de ça aussi. Que c'est un peu ça la communication, c'est très général finalement, c'est pas.. Souvent les gens pensent que communiquer c'est parler. Mais on.. c'est très..

I - C'est beaucoup plus large que ça.

P11 - C'est beaucoup plus large que ça. Alors euh.. j'leur parle un petit peu de ces.. de ces choses-là. En termes de c'que j'vais regarder chez eux là.]-**174.S (80)**

## LES ÉTAPES DE L'ANALYSE ET DE LA CLASSIFICATION

À partir de cette centaine de lignes de la transcription complète de l'entrevue individuelle avec le participant P11, j'ai retenu et décrit sept extraits, dont six sont reliés à la pratique professionnelle et un, à la notion de communication.

Les nombres des lignes (41 à 147) indiquent qu'on est en début d'entrevue (qui compte généralement entre 1000 et 2000 lignes). J'ai commencé l'entrevue en demandant au participant de me parler de sa formation, de son expérience de travail et de décrire la particularité de sa pratique dans l'établissement où nous nous trouvons au moment de l'interview.

### *L'analyse de la transcription*

J'ai procédé en plusieurs étapes pour analyser chaque entrevue. La première étape consiste à dégager tout extrait pertinent et à la classer dans un fichier qui regroupe les extraits concernant le même thème. Chaque extrait est décrit par une seule phrase, grammaticalement correcte, qui devient le *descripteur* de l'extrait. Chaque descripteur est identifié par la profession du participant et par un code qui permet de retracer l'extrait dans le texte de la transcription. Le premier extrait, identifié par le chiffre 176, a pour descripteur la phrase suivante : "L'orthophoniste travaille auprès d'une clientèle de jeunes adultes ayant des troubles cognitivo-communicatifs à la suite d'un TCC (P11, lignes 41-66)".

L'étape suivante consiste à réduire les données, c'est-à-dire à regrouper les descripteurs qui appartiennent au même thème et commencer à ordonner les thèmes en catégories. Régulièrement au cours du processus d'analyse, j'ai soumis ces regroupements à mes directeurs de recherche pour ensuite retourner vérifier dans les entrevues selon leurs questions et leurs observations. Ainsi, pour chacune des seize entrevues et des trois discussions de groupe, j'ai reformulé certains descripteurs et révisé le contenu de l'extrait. Ces reformulations et révisions successives avaient pour but d'une part, d'éviter le dédoublement des extraits et de leurs descripteur et ainsi, d'augmenter les données au lieu de les réduire et d'autre part, de valider les résultats de l'analyse.

Toutefois, dans l'exemple que je donne ici, l'extrait situé entre les lignes 124 et 147 s'est retrouvé dans deux fichiers-thèmes. L'extrait n'a pas été doublé mais a été retenu deux fois durant les lectures et dans deux fichiers-thèmes différents. À la fin des analyses, je me suis retrouvée avec trois fichiers-thèmes par entrevue, dont les thèmes sont sans surprise les

mêmes que ceux de l'entrevue, à savoir la pratique professionnelle, les modèles et les définitions de la communication.

J'ai ensuite regroupé les seize fichiers-thèmes en un seul, me retrouvant avec trois fichiers-maîtres. Trois fichiers comprenant entre 166 et 323 descripteurs (numérotés afin d'en faciliter la recherche). Dans les cent lignes d'entrevue présentées plus haut, j'ai indiqué entre crochets suivis d'un tiret et d'un numéro, les six extraits retenus. Le numéro et la lettre correspondent au numéro du descripteur dans le fichier-maître de la pratique professionnelle et les lettres **S** et **P** renvoient aux dimensions Structure et Procédures. Le septième extrait, est identifié par le numéro 174-S, dans le fichier-maître sur la pratique professionnelle, porte le numéro 80 dans le fichier-maître de la communication.

Les descripteurs des six extraits sont les suivants :

176. L'orthophoniste travaille auprès d'une clientèle de jeunes adultes ayant des troubles cognitivo-communicatifs à la suite d'un TCC (P11, lignes 41-66)

177. Avec les personnes TCC dont les troubles sont légers, l'intervention de l'orthophoniste vise la réintégration sociale par le biais de stratégies et de moyens de compensation des déficits (P11, lignes 68-80)

178. Avec des personnes dont le trouble est léger, l'orthophoniste intervient de manière brève et ponctuelle en les outillant pour prévenir les difficultés (P11, lignes 86-90)

179. Lorsque les troubles sont plus sévères, l'intervention de l'orthophoniste est plus longue (P11, lignes 80-85)

200. Le virage ambulatoire a eu pour conséquence d'augmenter la tâche de l'orthophoniste qui doit répondre aux besoins énormes des personnes qui ont eu rapidement leur congé de l'hôpital (P11, lignes 98-109)

Les descripteurs du septième extrait sont les suivants :

174. Lorsqu'on lui demande ce qu'elle fait, l'orthophoniste répond qu'elle est une spécialiste de la communication et que son travail consiste à évaluer les différents aspects qui peuvent influencer la communication (P11, lignes 124-147) -- Du fichier-maître Pratique professionnelle

80. Pour expliquer la nature de son travail, l'orthophoniste dit qu'elle est spécialiste de la communication et énumère les différents aspects qu'elle évaluera et traitera (P11, lignes 124-147) -- Du fichier-maître Communication

## Annexe 8 : Tableaux 1 à 5 et descripteurs totaux

Le MODÈLE du Processus de Production du Handicap (N=139)

Tableau 1 Classification des descripteurs en lien avec le Processus de Production du Handicap (PPH)

- 
1. Les rapports entre le PPH et la *pratique* de l'orthophoniste/l'audiologiste
    - 1.1. *le PPH, sa nomenclature et ses concepts sont en voie de s'implanter dans la pratique*
      - parce qu'ils sont enseignés aux futurs professionnels
      - graduellement, dans certains milieux de travail, les professionnels utilisent le vocabulaire ou les plans d'intervention inspirés du PPH
      - parce qu'ils orientent l'intervention vers le contexte, les situations concrètes, les habitudes de vie et les facteurs environnementaux
      - parce qu'ils permettent de répondre aux attentes ou aux besoins des patients/clients
      - parce qu'ils pourraient faciliter le travail quotidien et les relations avec d'autres intervenants
      - parce que leur utilisation pourrait être avantageuse pour la profession
      - mais certains concepts doivent être adaptés par le professionnel pour convenir à ses besoins
    - 1.2. *le PPH, sa nomenclature et ses concepts ne s'implanteront pas dans la pratique*
      - parce qu'ils ne font pas partie de tous les cours suivis par les futurs professionnels
      - à cause de la lourdeur de la nomenclature
      - parce que les professionnels et les milieux ne sont pas préparés à changer leurs façons de faire
      - mais ils suscitent la réflexion sur la communication, le handicap, l'intervention et sa finalité
  2. Les rapports entre le PPH et *l'objet de la pratique* de l'orthophoniste/l'audiologiste
    - 2.1. *le PPH et ses concepts permettent de mieux définir l'objet de la pratique*
      - en précisant les éléments qui contribuent au handicap
      - et donc, confirment l'importance du rôle du professionnel
      - en fournissant une grille pour interpréter la réalité du patient/client
      - en tenant compte de la personne du patient/client dans sa globalité
    - 2.2. *le PPH et ses concepts ne permettent pas de mieux définir l'objet de la pratique*
      - parce que le handicap associé à un trouble du langage n'est ni objectivable ni mesurable
      - parce que la communication n'est pas considérée comme un préalable aux autres habitudes de vie
      - parce que sa nomenclature est trop détaillée
      - parce qu'il manque dans la classification des dimensions subjectives de l'expérience du patient/client
      - parce que les liens entre les problèmes de communication et les concepts du PPH ne sont pas clairs
-

## **1. Les rapports entre le modèle du Processus de Production du Handicap (PPH) et la pratique de l'orthophoniste/l'audiologiste**

### 1.1 le PPH, sa nomenclature et ses concepts s'implantent dans la pratique

parce qu'ils sont enseignés aux futurs professionnels

7. Dans son enseignement, l'audiologiste se sert du modèle comme grille d'analyse de cas (P1, lignes 840-855)
23. L'orthophoniste s'est intéressé au modèle dès sa formation parce que la réinsertion sociale et professionnelle, l'aspect pragmatique, fonctionnel, près de la vraie vie l'intéressaient (P3, lignes 794-810)
62. Lorsqu'elle parle des aspects psychosociaux de l'aphasie, l'orthophoniste présente le modèle de la CIDIH à ses étudiants et essaie d'introduire la notion de facteurs environnementaux (P7, lignes 283-291)
63. Lorsqu'elle parle du modèle du CQCIDIH à ses étudiants, l'orthophoniste insiste sur l'idée que la personne n'est pas handicapée mais qu'elle vit des situations de handicap causées par des facteurs environnementaux (P7, lignes 294-314)
81. L'audiologiste croit que c'est par des exemples, venant de la pratique auprès des personnes avec troubles de la communication que le modèle pourra être maîtrisé (P8, lignes 1173-1190)
84. L'audiologiste se rappelle que son premier contact avec la CIDIH vient de sa formation à l'université puis du travail qu'elle a fait sur les aptitudes reliées à l'audition avec d'autres collègues (P8, lignes 1374-1412)

graduellement, dans certains milieux de travail, les professionnels utilisent le vocabulaire ou les plans d'intervention inspirés du PPH

9. L'audiologiste sait qu'un centre de réadaptation utilise le vocabulaire du modèle du CQCIDIH dans la rédaction des rapports et dans les comités pluridisciplinaires mais ne connaît pas les motivations à l'origine de ce changement (P1, lignes 905-934)
25. Bien que le modèle de la CIDIH influence déjà sa façon de concevoir les plans d'intervention, l'orthophoniste espère qu'un jour ce modèle influencera la façon de faire des rapports en orthophonie (P3, lignes 868-876)
28. Selon l'orthophoniste, le modèle se répand dans les milieux d'intervention par le biais des organismes payeurs (P3, lignes 1065-1072)
29. Selon l'orthophoniste, son milieu de pratique est prédisposé à adopter le modèle du CQCIDIH parce que ce modèle tient compte du travail des intervenants (P3, lignes 1108-1113)
46. Malgré les résistances des collègues et de l'administration, l'orthophoniste est parvenue à convaincre ses collègues de modifier leurs rapports aux clients et à implanter un plan d'intervention basé sur le modèle (P5, lignes 417-444)
51. L'orthophoniste constate qu'un outil basé sur la CIDIH comme un plan d'intervention n'est pas accepté d'emblée (P5, lignes 979-1005)
53. Dans l'un des programmes du centre, l'orthophoniste et les autres membres de l'équipe utilisent la notion d'habitudes de vie afin d'avoir un portrait juste du patient et qui lui soit utile aussi (P6, lignes 770-794)
56. Comme elle fonctionne avec les habitudes de vie, l'orthophoniste présentera ses objectifs de cette manière quand la famille devra signer le plan d'intervention (P6, lignes 907-916)
90. L'orthophoniste croit que c'est le rôle des CLSC d'aller dans le milieu pour tenter de réduire les situations de handicap (P9, lignes 937-946)
93. Selon l'orthophoniste, l'influence réelle du modèle vient du fait qu'il a été adopté par le MSSS (P9, p.31)
111. Dans la section de son rapport portant sur ses impressions, l'orthophoniste essaie d'identifier le handicap que son client pourrait avoir (P11, lignes 567-586)

112. L'orthophoniste a pris l'initiative de se faire inviter à la journée d'étude de l'OOAQ afin de se familiariser avec le PPH et de voir comment elle pourrait l'intégrer dans sa pratique (P11, lignes 609-623)
120. L'orthophoniste commence à intégrer graduellement le vocabulaire de la classification dans la rédaction de ses rapports (P12, lignes 991-1010)

parce qu'ils orientent l'intervention vers le contexte, les situations concrètes, les habitudes de vie et les facteurs environnementaux

5. Selon l'audiologiste, l'ajout de l'élément "document" dans la liste des facteurs environnementaux permettrait de rendre compte du succès ou de l'échec de la communication en fonction de l'accessibilité du document (P1, lignes 394-436)
14. Bien qu'il voit mal l'impact du modèle dans sa pratique, l'audiologiste ne s'intéresse pas uniquement à l'audition du bénéficiaire mais aussi aux situations qu'il rapporte afin de mettre en relation les obstacles de l'environnement et les difficultés causées par la déficience (P2, lignes 210-234)
15. L'audiologiste trouve que le modèle influence sa façon de recueillir les informations et d'évaluer les situations concrètes (P2, lignes 236-243)
16. L'audiologiste croit que sans le modèle de la CIDIH, sa pratique se limiterait seulement aux oreilles (P2, lignes 249-255)
21. Quand il intervient en centre de jour, l'audiologiste pense que le modèle est sous-jacent à ses actions puisqu'il essaie de répertorier tous les facteurs environnementaux et de viser plusieurs cibles (P2, lignes 834- 883)
22. L'orthophoniste a l'impression qu'elle s'intéresse aux situations de handicap lorsqu'elle va à l'extérieur avec ses clients pour vérifier s'ils sont capables de mettre en pratique ce qu'ils ont travaillé en intervention (P3, lignes 215-234)
26. Lorsqu'après l'entraînement, son client est capable de faire des activités quotidiennes, l'orthophoniste considère qu'elle est intervenue sur les situations de handicap (P3, lignes 981-1003)
43. Pour l'orthophoniste, intervenir sur des habitudes de vie signifie poser des questions moins générales et plus contextualisées (P5, lignes 355-368)
61. L'orthophoniste s'intéresse à l'intégration psychosociale et se sert de l'adaptation québécoise de la CIDIH pour tenter d'identifier les obstacles à la réintégration au travail (P7, lignes 28-38)
65. Tout ce qui compte pour l'orthophoniste, ce sont les habitudes de vie et le travail sur un aspect très précis du langage est peu pertinent s'il n'a pas d'impact sur une habitude de vie (P7, lignes 458-462, 474-485)
68. Selon l'orthophoniste, lorsqu'on s'intéresse aux habitudes de vie en lien avec le travail, on doit analyser à la fois les capacités de la personne et les tâches associées à l'emploi pour savoir si la personne a besoin d'aide (P7, lignes 547-577)
71. L'audiologiste utilise davantage le modèle dans un projet de recherche sur l'intégration en milieu de travail (P8, lignes 97-99)
72. L'audiologiste s'inspire du modèle sans nécessairement s'en rendre compte quand elle participe à la définition de critères d'embauche parce qu'elle doit inévitablement regarder tous les aspects de la communication (P8, lignes 119-133)
85. Parce qu'elle cherchait à mesurer la communication fonctionnelle de ses patients, l'orthophoniste s'est intéressée à la CIDIH pour aller chercher d'autres dimensions plus près du quotidien de ses patients (P9, lignes 816-841)
91. L'orthophoniste croit que la réduction des situations de handicap passe par l'évaluation des contextes dans lesquels le patient éprouve des difficultés (P9, lignes 951-959)
114. L'orthophoniste pense que le modèle du CQCIDIH va structurer sa pratique en rendant plus concrets et plus motivants pour les clients les objectifs d'intervention (P11, lignes 791-818)
115. L'orthophoniste croit qu'il faut s'intéresser aux facteurs environnementaux pour comprendre pourquoi une personne est un communicateur dans une situation et pas dans l'autre (P11, lignes 832-838)

126. Selon l'orthophoniste, sa pratique se rapproche du modèle du CQCIDIH parce qu'elle tente de ne pas trop s'attarder aux petits symptômes et de voir la personne dans sa globalité avec ses forces et ses faiblesses (P13, lignes 760-774)

parce qu'ils permettent de répondre aux attentes ou aux besoins des clients/patients

3. L'audiologiste aimerait voir les clients choisir eux-mêmes sur quoi devrait porter l'intervention au lieu de les pousser à parler et de transposer les raisons invoquées en habitudes de vie (P1, lignes 110-138)
11. Même s'il lui arrive de reprendre facilement ses anciennes façons de travailler, l'audiologiste s'aligne sur le modèle et sur sa conception de la réadaptation pour jouer un rôle de guide vis-à-vis de ses clients (P2, lignes 83-111)
44. Selon l'orthophoniste, être au niveau des habitudes de vie signifie s'intéresser à ce qui est important ou dérangent pour les parents d'un enfant qui a un trouble (P5, lignes 370-385)
45. Selon l'orthophoniste, une intervention qui cible ce que le parent trouve important ou qui va dans le sens des attentes du client favorise la généralisation aux autres habitudes (P5, lignes 379-396)
92. L'orthophoniste croit que le modèle influence déjà la façon de concevoir la réadaptation qui tient compte désormais des besoins de l'utilisateur et de l'environnement social (P9, p.31)
128. Parce qu'elle tient à avoir une vision plus globale de l'enfant, l'orthophoniste veut compléter avec le parent le plan de services publié par l'OPHQ et basé sur le modèle du CQCIDIH (P14, lignes 629-641, 646-649)
129. L'orthophoniste a décidé d'utiliser avec les parents le plan de services de l'OPHQ pour qu'ils expriment leurs besoins en se demandant quels sont leurs propres besoins en lien avec leur enfant (P14, lignes 645-670)

parce qu'ils pourraient faciliter le travail quotidien et les relations avec d'autres intervenants

27. L'orthophoniste croit le modèle peut prévenir les disputes entre les différents professionnels d'une équipe et aider la concertation entre les intervenants parce qu'il fait ressortir l'importance des besoins du client (P3, lignes 1051-1063)
31. Selon l'orthophoniste, le modèle peut créer une harmonie en aidant les différents intervenants à parler le même langage et à interpréter la nature des besoins et des attentes du client (P3, lignes 1203-1214)
32. L'orthophoniste croit que le modèle est une façon de favoriser la communication entre les différents intervenants afin que tous travaillent pour le bien du client (P3, lignes 1620-1650)
33. Même si elle ne pense pas que le modèle est un outil parfait, l'orthophoniste croit qu'il amènera les intervenants à parler le même langage et à se centrer sur des objectifs importants pour le client (P3, lignes 1650-1664)
39. Depuis qu'elle utilise systématiquement le modèle, l'orthophoniste passe en revue les habitudes de vie de ses clients et cible celles sur lesquelles elle interviendra en premier (P5, lignes 134-188)
41. Selon l'orthophoniste, la CIDIH (ou le PPH) permettait d'avoir un vocabulaire commun entre les différents intervenants d'un même programme (P5, lignes 227-240)
101. Pour l'orthophoniste, le modèle lui permet de mieux cibler les enfants qui ont besoin d'aide (P10, lignes 732-738)
105. L'orthophoniste croit que le modèle pourrait influencer sa pratique en lui faisant prioriser les personnes en fonction de leurs incapacités plutôt que selon leurs pathologies (P10, lignes 960-977)
106. Selon l'orthophoniste, l'utilisation du modèle pourrait aider à donner congé, à diminuer la liste d'attente et à travailler en collaboration avec les parents (P10, lignes 986-998)

parce que leur utilisation pourrait être avantageuse pour la profession

8. L'audiologiste pense que le modèle pourrait servir à orienter la formation des professionnels soit vers les aspects médicaux soit vers les aspects sociaux des problèmes auditifs (P1, lignes 855-879)
103. Selon l'orthophoniste, si les travaux du comité de l'Ordre n'aboutissaient pas, l'orthophonie risquait de passer inaperçue (P10, lignes 832-845, 852-858)

108. L'orthophoniste souhaite que l'intégration de la proposition de l'Ordre se fasse en respectant tous les champs de l'orthophonie (P10, lignes 1058-1068)
109. Selon l'orthophoniste, la proposition de l'Ordre vise à transmettre l'idée que l'orthophonie ne se réduit pas à la parole seulement ou à ses aspects psychologiques (P10, lignes 1084-1091)
110. L'orthophoniste considère que la proposition envoyée par l'Ordre représente mieux la façon dont l'orthophonie se pratique actuellement (P10, lignes 1135-1137)
118. L'orthophoniste comprend mieux la dernière version du modèle québécois et croit que l'introduction de la dimension communication dans toutes les habitudes de vie met l'orthophonie sur la carte (P12, lignes 918-942)
121. Lorsque l'orthophoniste utilise le vocabulaire du CQCIDIH, les gens (collègues?) trouvent que c'est plus concret et cela fait avancer la profession (P12, lignes 1015-1023)
123. L'orthophoniste croit que l'intégration du modèle lui permettrait de justifier des activités qu'elle ne faisait pas avant et élargirait son champ de pratique en lui donnant le droit de s'intéresser aux aspects fonctionnels (P12, lignes 1035-1043)
124. L'orthophoniste croit le modèle du CQCIDIH sera important dans les nouveaux lieux de pratique en orthophonie, comme les CLSC et les centres de jour (P12, lignes 1177-1190)

mais certains concepts doivent être adaptés par le professionnel pour convenir à ses besoins

52. L'orthophoniste constate que les gens du CQCIDIH n'adhèrent pas d'emblée au plan d'intervention basé sur un mélange de deux approches (P5, lignes 1012-1014)
54. Pour tenir compte des difficultés particulières de ses patients, l'orthophoniste a créé un répertoire d'habitudes de vie liées à la communication qu'elle enrichit au fur et à mesure de ses besoins (P6, lignes 791-820)
55. Parce qu'on lui demande de s'exprimer en habitude de vie pour expliquer ses objectifs d'intervention avec un patient, l'orthophoniste utilise la notion de normes sociales pour conférer à ses objectifs orthophoniques le statut d'habitude de vie (P6, lignes 828-868)
57. Pour l'orthophoniste, adopter une articulation conforme aux normes sociales est une habitude de vie (P6, lignes 983-988)
58. L'orthophoniste s'est basée sur son expérience et sur les problèmes de ses patients pour établir une liste d'habitudes de vie qui sont autant de normes sociales encadrant la conversation par exemple (P6, lignes 1001-1025)
59. Pour construire sa liste d'habitudes de vie, l'orthophoniste a fait attention à ne pas imposer uniquement sa propre vision afin de tenir compte de la personne (P6, lignes 1024-1033)
75. L'audiologiste inclut dans la notion d'obstacle, l'intégrité du système, les aspects psychologiques, les facteurs environnementaux (P8, lignes 582-588)
89. L'orthophoniste qualifie d'incapacités les problèmes de compréhension ou d'expression et son intervention vise à éviter les situations de handicap en diminuant les incapacités (P9, lignes 916-939)
139. Pour faire reconnaître les besoins des personnes aphasiques (de l'AQPA), l'orthophoniste s'est servi des concepts du modèle du CQCIDIH en les adaptant pour la communication (P16, lignes 559-569)

1.2 le PPH, sa nomenclature et ses concepts ne s'implantent pas dans la pratique

parce qu'ils ne font pas partie de tous les cours suivis par les futurs professionnels

6. L'audiologiste se demande s'il ne serait pas mieux de former les étudiants à travailler d'abord sur les habitudes de vie (P1, lignes 642-668)
69. Dans les cours très fondamentaux dont elle s'occupe, l'audiologiste ne croit pas que le modèle du CQCIDIH est au cœur de ses enseignements (P8, lignes 41-53)
70. L'audiologiste n'utilise pas le modèle constamment dans ses cours mais elle s'en sert quand elle veut parler des conséquences d'une perte auditive (P8, lignes 90-97)

73. Même si elle n'emploie pas fréquemment le modèle du CQCIDIH, l'audiologiste sait reconnaître les situations de handicap (P8, lignes 537-547)

à cause de la lourdeur de la nomenclature

2. Selon l'audiologiste, le modèle risque d'être utilisé en clinique comme un questionnaire peu intéressant pour les personnes qui consultent (P1, lignes 82- 99)
20. L'audiologiste utilise le schéma conceptuel de la proposition du CQCIDIH mais ne voit pas l'utilité de la nomenclature dans sa pratique (P2, lignes 719-725)
37. L'orthophoniste n'a pas trouvé que le modèle québécois pouvait être utilisé en clinique à cause de la lourdeur de sa nomenclature (P4, lignes 651-667)
117. L'orthophoniste trouve éparpillée et trop détaillée la description des aptitudes dans la classification du CQCIDIH (P11, lignes 932-943)

parce que les professionnels et les milieux ne sont pas préparés à changer leurs façons de faire

4. Selon l'audiologiste, la pratique actuelle en audiologie, centrée sur la mesure des incapacités, n'est pas logique avec l'approche par habitudes de vie (P1, lignes 138-158)
18. Même s'il ne pense pas que le travail de définition de la communication entrepris par l'Ordre soit inutile, l'audiologiste se demande s'il y aura des répercussions concrètes dans son travail et dans quelle mesure cela changera sa façon de travailler (P2, lignes 670-686)
19. L'audiologiste s'intéresse au modèle mais n'a pas d'attente particulière concernant les résultats des travaux de l'OOAQ puisqu'il y a, selon lui, une marge entre les définitions et le travail de tous les jours avec les clients (P2, lignes 692-703)
49. Les rapports de l'orthophoniste ne sont pas encore structurés comme le modèle (P5, lignes 734-749)
50. Même si l'adoption de la structure du modèle et de son vocabulaire dans les rapports permettait de regrouper un ensemble d'informations, l'orthophoniste doit tenir compte des questions légales sur le contenu des rapports (P5, lignes 760-783)
94. Selon l'orthophoniste, le modèle a changé leur façon de voir la réadaptation mais il n'a pas encore changé les pratiques parce que les moyens et la formation n'existent pas encore (P9, p.31)
97. Pour l'orthophoniste, la communication est aussi fondamentale que le fait de marcher et qu'en conséquence, il ne faut pas s'occuper seulement des situations de handicap mais également des incapacités à communiquer ou à comprendre (P9, lignes 1117-1128)
125. L'orthophoniste pense qu'il serait possible d'intégrer les concepts du modèle dans un rapport d'évaluation mais croit que cela demanderait de travailler autrement et d'y mettre réflexion et temps (P13, lignes 726-745)

mais ils suscitent la réflexion sur la communication, le handicap, l'intervention et sa finalité

24. Même si le modèle ne traduit pas exactement ses intérêts, l'orthophoniste est intéressée à réfléchir aux raisons ou aux finalités de son intervention (P3, lignes 811-819)
30. Selon l'orthophoniste, même s'il n'est pas parfait, le modèle est un outil qui oblige les intervenants à penser différemment (P3, lignes 1194-1199)
34. Même si elle ne croit pas que le modèle puisse s'implanter dans les milieux de première ligne, l'orthophoniste pense qu'il pourrait amener les intervenants de ces milieux à penser à ce qui attend le client après la réadaptation (P3, lignes 1736-1752)
36. L'orthophoniste connaissait le modèle de la CIDIH et trouvait que le modèle québécois pouvait alimenter sa réflexion sur la définition d'un élève handicapé (P4, lignes 629-639)
60. L'orthophoniste trouve intéressant de faire l'exercice de s'interroger sur la communication dans la vie de tous les jours parce qu'il lui arrive de perdre de vue l'objectif qu'elle vise en faisant des exercices d'articulation très précis (P6, lignes 1050-1062)
136. La notion du handicap a amené l'orthophoniste à réfléchir sur la scolarisation des enfants ayant des troubles sévères de communication et d'apprentissage et sur le manque de projet à long terme pour ces enfants (P14, lignes 1150-1156)

## **2. Les rapports entre le modèle du Processus de Production du Handicap (PPH) et l'objet de la pratique de l'orthophoniste/l'audiologiste**

### 2.1 le PPH et ses concepts permettent de mieux définir l'objet de la pratique

#### en précisant les éléments qui contribuent au handicap

- 12. L'audiologiste est séduit par l'idée développée dans le modèle qu'une personne ne devient handicapée que quand les exigences du milieu excèdent ses capacités ou que l'environnement est mal adapté (P2, lignes 159-187)
- 100. L'orthophoniste apprécie le fait que le modèle tienne compte des capacités et de l'environnement pour déterminer le handicap (P10, lignes 712-732)

#### et donc, confirment l'importance du rôle du professionnel

- 95. Selon l'orthophoniste, il y aurait eu risque d'influencer négativement la pratique professionnelle si le comité de l'OOAQ avait proposé d'éliminer la section "communication" de la liste des habitudes de vie (P9, lignes 1019-1034)
- 96. Pour l'orthophoniste, il n'était pas question d'abolir la section "communication" de la liste des habitudes de vie parce que cela aurait diminué l'importance des problèmes de langage (P9, lignes 1052-1083)
- 98. L'orthophoniste pense qu'en enlevant la communication de la liste des habitudes de vie, les premiers professionnels à évaluer le fonctionnement d'un patient qui arrive à l'hôpital n'identifieront pas les besoins du patient et ne le référeront pas à l'orthophoniste (P9, lignes 1139-1142, 1169-1185)
- 104. L'orthophoniste tenait à conserver la section "communication" dans la liste des habitudes de vie parce que pour beaucoup de gens, l'orthophonie est encore associée aux troubles de parole (P10, lignes 885-893, 897-899)

#### en fournissant une grille pour interpréter la réalité du client/patient

- 1. Pour l'audiologiste, le modèle de l'OMS permettait d'introduire les aspects sociaux de la surdité en fournissant une grille d'analyse pour interpréter la réalité (P1, lignes 14-38)
- 35. L'orthophoniste s'est intéressée au modèle lorsqu'elle essayait de valider des grilles d'évaluation de la communication fonctionnelle (P4, lignes 613-624)
- 66. Selon l'orthophoniste, le modèle oblige à considérer les conséquences de la maladie dans la vie de la personne (P7, lignes 499-504)
- 88. Depuis qu'elle a reçu une formation sur le modèle du CQCIDIH, l'orthophoniste ne fait plus le tableau de l'aphasie mais présente les incapacités et essaie de se représenter les situations de handicap (P9, lignes 887-910)
- 130. L'orthophoniste a commencé à s'intéresser au modèle au moment où il lui a fallu définir les handicaps des enfants ayant une dysphasie sévère (P14, lignes 927-937)

#### en tenant compte de la personne du client/patient dans sa globalité

- 38. L'orthophoniste apprécie le fait de discuter des habitudes de vie avec ses clients parce qu'elle a l'impression de coller à leur réalité et elle impute ce changement au modèle (P5, lignes 111-132)
- 42. L'orthophoniste trouve que l'approche de la CIDIH est globale et qu'elle permet de tenir compte de la personne et non pas seulement du problème de communication (P5, lignes 249-263)
- 48. L'orthophoniste se retrouve dans le modèle du CQCIDIH parce qu'il intègre selon elle toutes les dimensions de l'être humain (P5, lignes 556-571)

### 2.2 le PPH et ses concepts ne permettent pas de mieux définir l'objet de la pratique

#### parce que le handicap associé à un trouble du langage n'est ni objectivable ni mesurable

- 131. Au moment où elle a travaillé à réviser les critères de diagnostic de la dysphasie sévère, l'orthophoniste a entendu parler de la CIDIH et des difficultés qu'il y avait à l'appliquer au langage (P14, lignes 945-956)

- 132. L'orthophoniste trouve le modèle prometteur mais il ne permet pas encore de répondre aux questions du handicap lié à un problème de langage (P14, lignes 960-968)
- 134. L'orthophoniste ne sait pas comment objectiver le handicap ni comment montrer que le handicap d'un enfant qui dit peu de mots est différent de celui d'un adulte qui dit le même nombre de mots (P14, lignes 998-1017)
- 135. L'orthophoniste a l'impression que les cotes aux tests ne peuvent pas l'aider à coter le handicap d'un enfant parce qu'elle ne vit pas avec l'enfant (P14, lignes 1039-1051)

parce que la communication n'est pas considérée comme un préalable aux autres habitudes de vie

- 76. Comme elle croit la communication indispensable à la réalisation de plusieurs habitudes de vie, l'audiologiste la voit comme un préalable dans le modèle (P8, lignes 919-926)
- 77. L'audiologiste est mal à l'aise à l'idée que l'on puisse interpréter l'option de considérer la communication comme un préalable aux autres habitudes de vie comme une forme de corporatisme (P8, lignes 924-943)
- 78. Pour soutenir son argument sur le caractère préalable de la communication, l'audiologiste voit certaines habitudes de vie comme plus indépendantes les unes des autres (P8, lignes 869-981)
- 80. Selon l'audiologiste, le modèle du PPH n'étant pas parfait, l'un des compromis pourrait être de voir la communication comme une interaction plutôt qu'une habitude de vie (P8, lignes 1143-1156)

parce que sa nomenclature est trop détaillée

- 116. Selon l'orthophoniste, quand on s'intéresse aux situations de handicap, il est difficile de détailler certaines choses tout en restant général (P11, lignes 901-911)
- 133. Le modèle oblige à découper la communication ce que l'orthophoniste considère comme un piège parce qu'on perd l'idée globale (P14, lignes 984-995)

parce qu'il manque dans la nomenclature des dimensions subjectives sur l'expérience du client/patient

- 119. L'orthophoniste trouve que le modèle du CQCIDIH néglige des dimensions comme le bien-être, la satisfaction personnelle, l'épanouissement et le rôle social de la personne (P12, lignes 964-971)

parce que les liens entre les problèmes de communication et les concepts du PPH ne sont pas clairs

- 67. L'orthophoniste ne tient pas à garder la catégorie communication seulement pour le principe mais s'interroge sur ce qu'il faudrait inclure dans cette catégorie qui n'est pas dans d'autres catégories (P7, lignes 525-541)
- 79. L'audiologiste se demande ce qu'il faut inclure dans la section "communication" s'il y a des exemples de communication en lien avec toutes les autres habitudes de vie (P8, lignes 987-994)
- 82. L'audiologiste comprend que l'interaction entre l'aptitude de lire et le facteur "journal" mène à la réalisation d'une habitude de vie mais elle n'est pas convaincue que cela pourrait être celle de la communication (P8, lignes 1197-1211)
- 83. L'audiologiste comprend que l'OOAQ devait respecter une contrainte de temps mais elle n'est pas satisfaite de la proposition de modification du modèle parce qu'elle ne lui semble pas fondée ni validée (P8, lignes 1219-1244)
- 87. L'orthophoniste se rappelle que le premier comité de l'Ordre a eu des difficultés à définir les incapacités et les situations de handicap (P9, lignes 875-883)
- 113. L'orthophoniste a eu des difficultés avec la première version du plan d'intervention basée sur le modèle de l'OMS parce qu'il n'y avait pas de lien entre les types de handicaps et les problèmes de communication (P11, lignes 649-667)

Descripteurs écartés de la classification (N=15)

- 10. L'audiologiste imagine une pratique dont les interventions porteraient principalement sur les habitudes de vie des clients, interventions qui aideraient à l'épanouissement et la qualité de vie des clients (P1, lignes 1012-1028)

13. L'audiologiste est séduit par le caractère universel du modèle qui ne s'applique pas uniquement aux personnes ayant une déficience (P2, lignes 190-197)
17. L'audiologiste pense que le modèle transparaît dans la philosophie du centre où il travaille (P2, lignes 257-259, 265-269)
40. Même si elle a des informations sur les facteurs environnementaux, l'orthophoniste croit qu'il faut développer une approche pour les évaluer (P5, lignes 188-199)
64. L'orthophoniste agit comme consultante sur le thème de la communication dans le processus d'évaluation des nouvelles versions de la CIDIH 2 (P7, lignes 324-350)
74. Dans sa demande de subvention pour un projet sur l'intégration au travail, l'audiologiste s'est inspirée des modèles antérieurs au PPH (P8, lignes 548-564)
86. Lorsqu'elle est devenue présidente de l'Ordre, l'orthophoniste a réalisé qu'il était important que les orthophonistes contribuent aux travaux du CQCIDIH parce que les ergothérapeutes et les physiothérapeutes y contribuaient déjà (P9, lignes 851-862)
99. L'orthophoniste croit que la nomenclature des incapacités qui fait partie de la proposition de l'OOAQ reflète assez bien les évaluations des orthophonistes (P9, lignes 1238-1262)
102. Selon l'orthophoniste, les versions précédentes de la classification étaient insatisfaisantes parce que l'orthophonie n'était pas bien représentée (P10, lignes 818-831)
107. L'orthophoniste ne croit pas que la proposition de modification du modèle soit acceptée parce que selon elle, la profession prend maintenant trop de place par rapport à celle des autres professions (P10, lignes 1049-1057)
122. Selon l'orthophoniste, l'utilisation et l'intégration du modèle du CQCIDIH pourrait changer sa pratique (P12, lignes 1026-1032)
127. L'orthophoniste trouve le modèle du CQCIDIH intéressant et important et serait d'accord pour l'appliquer dans sa pratique (P13, lignes 938-957)
137. L'orthophoniste s'est intéressée aux activités du Comité québécois de la CIDIH parce qu'elle ne parvenait pas à classifier les personnes aphasiques dans les cases d'un formulaire de demande de subvention et qu'elle voulait rencontrer le président de l'OPHQ (P16, lignes 402-437)
138. L'orthophoniste s'est intéressée à la CIDIH parce que l'utilisation du vocabulaire de la classification lui a permis de contourner le problème de classifier et de décrire l'aphasie avec les expressions toutes faites des formulaires (P16, lignes 487-514)

## STRUCTURE de la pratique professionnelle (N=120)

Tableau 2 Classification des descripteurs de la structure de la pratique professionnelle

- 
- 1. Les raisons d'être des professions d'orthophoniste et d'audiologiste*
- être sensible aux besoins des personnes ayant des difficultés de communication et intervenir pour y répondre
  - évaluer les forces et les faiblesses de la communication chez des personnes qui présentent des difficultés
  - rééduquer la parole et le langage, réadapter les personnes avec déficience auditive et s'occuper des autres dimensions de la communication
- 2. Les mandats du professionnel*
- évaluer les patients/clients en vue d'un suivi, faire des recommandations ou du counseling auprès des proches
  - intervenir et concevoir des interventions auprès des personnes répondant aux critères fixés par l'établissement et présentant des problèmes de langage, de parole ou d'audition
  - faire état de ses impressions cliniques et des actes posés dans un rapport écrit
  - informer et former les collègues et les autres professionnels de l'établissement
  - contribuer par divers moyens à éliminer les listes d'attente
- 3. Des conditions de travail*
- certains milieux accordent de la latitude aux professionnels
  - certains milieux imposent des contraintes aux professionnels
  - dans certains milieux, on n'accorde moins d'importance au langage et aux interventions en orthophonie
  - les progrès des patients/clients serviront tôt ou tard à évaluer la performance des professionnels en réadaptation
  - travailler dans l'incertitude des conséquences de la réorganisation du réseau scolaire
  - subir les conséquences du virage ambulatoire et de la réduction des durées d'intervention dans le réseau de la santé
  - intervenir également auprès de patients/clients peu motivés ou de proches peu intéressés
  - consacrer temps et énergie à faire reconnaître leur profession, leur expertise ou le bien-fondé de leurs interventions
- 4. Des points faibles des professions*
- pour se faire reconnaître, certains professionnels suivent des modes en matière de diagnostic et d'intervention sans se poser de questions
  - réduire la pratique à l'évaluation au détriment de la réadaptation
  - ne pas avoir toutes les connaissances requises pour évaluer le handicap ou analyser une situation de handicap
-

## **1. Les raisons d'être des professions d'orthophoniste et d'audiologiste**

### être sensible aux besoins des personnes ayant des difficultés de communication et intervenir pour y répondre

- 237. Pour l'orthophoniste, la formation en relation d'aide est aussi importante que la théorie pour pouvoir intervenir (P13, lignes 907-917)
- 287. L'orthophoniste croit que la pratique en aphasie doit reposer sur les connaissances mais aussi sur les contacts avec des personnes aphasiques (P16, lignes 320-332)
- 288. Selon l'orthophoniste, sa pratique a été colorée par sa participation aux débuts de l'Association des personnes aphasiques (AQPA) (P16, lignes 128-153)
- 294. À la suite de sa participation aux activités de l'association, l'orthophoniste a l'impression de mieux comprendre les barrières que rencontrent les personnes aphasiques mais elle peut difficilement le communiquer (P16, lignes 292-308)
- 307. Lorsqu'elle décrit son travail, l'orthophoniste dit être une spécialiste du langage et de la communication qui travaille auprès de personnes, enfants ou adultes, ayant des difficultés de communication et qui répond aux besoins spécifiques du patient désigné à l'intérieur de son milieu de vie (P17, lignes 129-143)

### évaluer les forces et les faiblesses de la communication chez des personnes qui présentent des difficultés

- 174. Lorsqu'on lui demande ce qu'elle fait, l'orthophoniste répond qu'elle est une spécialiste de la communication et que son travail consiste à évaluer les différents aspects qui peuvent influencer la communication (P11, lignes 124-147)
- 235. Pour l'orthophoniste, son travail est celui d'un professionnel qui intervient auprès de personnes qui présentent des difficultés au plan de la communication en évaluant les forces et les faiblesses et en donnant conseils et moyens pour améliorer la communication (P13, lignes 130-137)

### rééduquer la parole et le langage, réadapter les personnes avec déficience auditive et s'occuper des autres dimensions de la communication

- 45. L'orthophoniste décrit sa profession comme celle qui s'occupe de la rééducation de la parole et du langage et des aspects social, cognitif et langagier de la communication (P4, lignes 331-350)
- 57. L'orthophoniste explique son rôle en lien avec les problèmes de communication, elle énumère différentes pathologies et quand on la questionne sur la déficience auditive et les malentendants, elle parle de la lecture labiale et les stratégies de communication (P5, lignes 587-601)
- 108. L'audiologiste ne se considère pas comme une audiologiste conventionnelle mais elle est portée à prime abord à définir l'audiologie comme l'évaluation et la réadaptation des personnes avec déficience auditive (P8, lignes 168-191)

## **2. Les mandats du professionnel**

### évaluer les patients/clients en vue d'un suivi, faire des recommandations ou du counseling auprès des proches

- 17. Le travail d'orthophoniste consiste d'abord à évaluer les clients pour un suivi ou des recommandations (P3, lignes 9-12)
- 157. L'orthophoniste fait surtout de l'évaluation et du dépistage des dysphasiques, du counseling aux parents et voit environ 6 à 7 enfants en thérapie par semaine (P10, lignes 46-69)

### intervenir et concevoir des interventions auprès des personnes répondant aux critères fixés par l'établissement et présentant des problèmes de langage, de parole ou d'audition

- 58. À cause du marché de l'emploi, l'orthophoniste reçoit maintenant une clientèle plus jeune, ayant une surdité congénitale, qui a besoin de support pour intégrer ou demeurer en emploi (P5, lignes 27-42, 46-50, 54-56)
- 121. Pour l'orthophoniste, son travail consiste à s'occuper des problèmes de langage des gens et plus spécifiquement, des problèmes de langage des adultes ayant subi un ACV (P9, lignes 94-112)

122. L'orthophoniste d'un centre de réadaptation fonctionnelle intensive travaille essentiellement sur le langage même si elle se préoccupe de la communication (P9, p.4)
158. L'orthophoniste choisit sa clientèle en fonction de l'âge et des capacités de l'enfant à travailler le langage, de la disponibilité de ressources autres que l'hôpital et de l'absence de troubles de comportements, déficience mentale et autisme (P10, lignes 296-323)
168. Le service d'orthophonie favorise une clientèle entre 0 et 5 ans et des mesures sont mises en place pour établir des priorités en fonction des résultats aux évaluations sommaires (P10, lignes 242-266)
176. L'orthophoniste travaille auprès d'une clientèle de jeunes adultes ayant des troubles cognitivo-communicatifs à la suite d'un TCC (P11, lignes 41-66)
201. L'orthophoniste ne dit pas la même chose pour définir son travail selon qu'elle rencontre un patient en courte durée ou en soins prolongés (P12, lignes 277-291)
206. L'orthophoniste travaille surtout auprès de personnes aphasiques ayant un profil gériatrique et qui sont en réadaptation active et espèrent retourner à domicile (P12, lignes 35-61)
238. L'orthophoniste travaille surtout auprès d'une clientèle adulte affectée d'aphasie, de dysarthrie ou de dysphagie référée par l'unité de réadaptation, l'hôpital de jour, le centre de jour, le centre d'accueil ou la clinique externe (P13, lignes 83-97)
252. Selon l'orthophoniste, l'âge des personnes, la sévérité de leurs difficultés ainsi que l'impossibilité de fonctionner comme toute autre personne du même âge sont des critères utilisés pour déterminer l'admissibilité à ses services (P13, lignes 152-177)
257. Lorsqu'on lui demande ce qu'elle fait, l'orthophoniste décrit les enfants avec qui elle travaille comme ayant des difficultés à s'exprimer et à comprendre de façon normale pour des raisons inconnues et fait la différence entre la dysphasie et la déficience mentale ou la paralysie cérébrale (P14, lignes 114-135)
258. Le mandat de l'orthophoniste est de travailler auprès d'enfants dysphasiques qui sont soit en pré-maternelle, en maternelle ou en première année (P14, lignes 27-33, 46-48, 60-65)
278. Les enfants que l'orthophoniste traite dès l'âge de 4 ans seront revus par elle chaque année jusqu'à ce qu'ils quittent le centre (P14, lignes 349-374)
301. Au cours de ses années de pratique et parce que la vocation de l'institution a changé, l'orthophoniste voit maintenant davantage de personnes âgées (P16, lignes 97-110)
302. L'orthophoniste doit traiter en priorité la clientèle interne de l'hôpital (P16, lignes 112-119)
312. L'orthophoniste travaille dans un CLSC à élaborer, implanter et évaluer un programme d'intervention précoce auprès des enfants de 0 à 3 ans (P17, lignes 54-58)
313. Même si le modèle écologique sur lequel elle se base peut s'appliquer à n'importe quelle clientèle qui présente un trouble de la communication, l'orthophoniste travaille uniquement auprès des enfants de 0 à 5 ans qui ont un trouble du langage mais sans problème associé (P17, lignes 88-104)
323. Selon l'orthophoniste, le CLSC facilite l'intervention selon le modèle écologique parce que c'est le mandat de cet établissement (P17, lignes 658-666)

faire état de ses impressions cliniques et des actes posés dans un rapport écrit

30. Les rapports d'évolution de l'orthophoniste reflète davantage les activités de l'intervention, les désirs et les objectifs du client (P3, lignes 949-952)
31. Pour décrire son travail dans le cadre d'un programme d'intégration au travail, l'orthophoniste se sert de ses rapports d'évolution plutôt que de ses rapports d'évaluation qui ne reflètent pas son intervention (P3, lignes 953-961)
32. L'orthophoniste aspire à mieux refléter sa pratique dans son rapport d'évaluation mais elle se sent prise à fonctionner d'une certaine façon, apprise ou obligatoire (P3, lignes 968-973)
171. Comme les rapports d'évaluation sommaire sont pré-définis par le service d'orthophonie dans le but d'uniformiser le langage et de montrer aux stagiaires un seul modèle de rapport, l'orthophoniste ne peut pas élaborer sur ce qu'elle a observé (P10, lignes 936-953)

197. L'orthophoniste se sert de la nomenclature de l'OMS lorsqu'elle écrit ses impressions cliniques parce que le centre de réadaptation fonctionne avec un plan d'intervention qui utilise les concepts associés au handicap (P11, lignes 567-586)
248. Depuis qu'elle doit dactylographier ses rapports d'évaluation, l'orthophoniste fonctionne avec un canevas, commun à l'ensemble des orthophonistes du centre, et qui comprend plusieurs sections (P13, lignes 708-722)

#### informer et former les collègues et les autres professionnels de l'établissement

60. L'orthophoniste a reçu avec son équipe une formation sur les plans d'intervention, elle a travaillé seule à concilier cette formation avec le modèle du CQCIDIH puis a eu le mandat de superviser son équipe pour mettre en application le modèle (P5, lignes 263-280)
142. L'orthophoniste et ses collègues ont habilité les infirmières à détecter et à référer les personnes cérébrolésées ayant des problèmes de langage ce qui évite une surcharge aux orthophonistes (P9, lignes 119-149)
143. À chaque changement au sein de l'équipe d'infirmière en neurologie, les orthophonistes donnent des formations sur l'aphasie, la dysarthrie et la dysphagie (P9, lignes 163-167)
220. Pour l'orthophoniste, l'un de ses rôles en soins prolongés est d'outiller les intervenants pour faciliter la communication avec les patients (P12, lignes 731-733)

#### contribuer par divers moyens à éliminer les listes d'attente

82. En plus de voir des patients à l'interne, l'orthophoniste passe une journée par semaine à évaluer des patients de l'extérieur afin de diminuer la liste d'attente (P6, lignes 10-60)
83. L'équipe des orthophonistes du centre a instauré un système de garde pour diminuer les listes d'attente, répondre aux demandes d'informations venant de l'extérieur, aux besoins des personnes dysphagiques nouvellement admises (P6, lignes 79-109)
85. L'orthophoniste et ses collègues prennent en note le nombre de patients internes sur une liste d'attente pour leurs services dans le but de faire engager une autre orthophoniste pour faire face à la croissance de la clientèle (P6, lignes 151-176)
167. Pour diminuer les longues listes d'attente, le service d'orthophonie fonctionne avec des blocs de thérapie de 3 mois et compte sur le réseau scolaire pour prendre en charge les enfants d'âge scolaire (P10, lignes 107-124)
173. L'orthophoniste croit que les changements dans le service d'orthophonie vont faire en sorte qu'elle devra faire du counseling à des groupes de parents afin de diminuer les listes d'attente et de rentabiliser les services (P10, lignes 1000-1017, 1019-1038)

### **3. Des conditions de travail**

#### certaines milieux accordent de la latitude aux professionnels

5. L'audiologiste se trouve privilégié de faire partie d'un groupe de discussion sur les interventions auprès des aînés parce que cela lui permet de réfléchir aux nouvelles façons de travailler (P2, lignes 60-72)
15. L'audiologiste se sent privilégié de travailler dans un milieu qui impose moins de contraintes que le milieu hospitalier (P2, lignes 12-21)
90. Dans l'équipe TCC, l'orthophoniste constate que les changements proposés et les initiatives visant à développer des activités de loisirs pour les thérapeutes et les patients ont été encouragés par le patron (P6, lignes 512-526, 537-550)
172. Dans le programme pour lequel travaille l'orthophoniste, il lui est possible de tenir compte d'un ensemble de facteurs dans son évaluation et ses recommandations (P10, lignes 953-960)
195. L'orthophoniste considère qu'elle a la latitude nécessaire pour déterminer elle-même quand elle cesse de traiter ses clients même si elle sait qu'il y a des pressions venant du milieu (P11, lignes 354-372)

certains milieux imposent des contraintes aux professionnels

- 86. Les supérieurs de l'orthophoniste ne lui facilitent pas les choses pour qu'elle puisse rencontrer toutes ses obligations quotidiennes et s'engager à réaliser des projets de recherche (P6, lignes 191-216)
- 137. L'orthophoniste aimerait faire davantage que des séances d'information pour les familles des patients pour qu'une fois à la maison, les patients retrouvent leur place au sein de leur famille mais les limites de temps et d'argent, les contraintes familiales des patients l'empêchent de mettre sur pied d'autres interventions (P9, lignes 1299-1335)
- 169. L'orthophoniste ne peut pas inclure dans son rapport des commentaires plus qualitatifs parce que les rapports sont désormais très structurés (P10, lignes 594-613)
- 298. L'orthophoniste comprend qu'elle doit donner congé à ses patients après un certain temps mais elle refuse d'admettre que c'est parce qu'il n'y a plus rien à faire pour eux (P16, lignes 693-727)

dans certains milieux, on n'accorde moins d'importance au langage et aux interventions en orthophonie

- 84. L'orthophoniste constate qu'elle et ses collègues, peu nombreux au centre comparativement aux ergothérapeutes, physios, psychologues et neuropsychologues, sont surchargés avec les patients des 2 unités dont ils s'occupent en plus de ceux qui leur sont référés d'ailleurs (P6, lignes 107-117)
- 87. L'orthophonie et le langage n'occupent pas beaucoup de place dans le "marché" de la réadaptation quand la vision des psychologues prédomine (P6, lignes 394-409, 411-418)
- 91. Parce qu'ils se sont réparti les tâches et qu'ils ont refusé d'être assigné à un seul programme, les orthophonistes sont peu consultés lorsqu'il s'agit de changer des façons de faire (P6, lignes 872-906)
- 94. Quand elle se retrouve avec d'autres professionnels, l'orthophoniste trouve que son intervention a moins de poids parce qu'elle ne peut pas aussi facilement qu'en physiothérapie, utiliser des mesures objectives pour évaluer les performances du patient (P6, lignes 246-260)
- 96. Parce qu'elle s'occupe surtout des aspects plus cognitifs du TCC et qu'elle intervient après les autres professionnels, l'orthophoniste a du mal à faire valoir l'importance du langage et la part qu'a l'orthophonie (dans la réadaptation) (P6, lignes 417-433)
- 124. L'orthophoniste s'est battue pour que soient hospitalisées et traitées les personnes qui n'avaient que des troubles du langage (P9, lignes 1186-1210)
- 230. C'est lorsque des patients lui sont référés pour une dysphagie que l'orthophoniste découvre qu'ils sont également aphasiques ou dysarthriques et qu'ils ne lui ont pas été référés avant (P12, lignes 751-762)

les progrès des patients/clients serviront tôt ou tard à évaluer la performance des professionnels en réadaptation

- 129. Comme elle croit que ses performances seront bientôt évaluées au moyen des écarts de la MIF entre l'arrivée et le départ des patients, l'orthophoniste doit aider les infirmières à coter la communication fonctionnelle des patients (P9, lignes 355-359, 401-409)
- 145. L'orthophoniste doit coter la communication fonctionnelle sur l'échelle de la MIF de chacun des patients qui entrent à l'hôpital parce que la Régie régionale songe à se servir des écarts de la MIF pour mesurer la performance des professionnels et des centres de réadaptation (P9, lignes 349-367, 375-397)

travailler dans l'incertitude des conséquences de la réorganisation du réseau scolaire

- 285. L'orthophoniste se demande ce qu'il adviendra des classes d'adaptation scolaire lorsque les fusions des commissions scolaires seront complétées (P14, lignes 75-77)

subir les conséquences du virage ambulatoire et de la réduction des durées d'intervention dans le réseau de la santé

- 18. La nature du travail de l'orthophoniste en centre de réadaptation change parce que les clients arrivent plus vite après l'ACV (P3, lignes 100-109)
- 44. L'orthophoniste doit traiter une clientèle aphasique qui arrive désormais beaucoup plus tôt après l'ACV (P3, lignes 91-103)

128. Pour garder en interne certains patients, l'orthophoniste doit depuis 2 ans justifier aux autres membres de l'équipe et à l'administration les bénéfices que ces personnes tireraient de séjourner plus longtemps à l'hôpital (P9, lignes 246-265)
146. L'orthophoniste attribue au "virage ambulatoire" les interventions de plus en plus nombreuses auprès des personnes dysphagiques (P9, lignes 195-217, p.7)
147. Les changements dans le réseau font en sorte que les patients arrivent beaucoup plus vite en thérapie et que l'orthophoniste travaille sur des manifestations non stables (P9, lignes 219-227)
148. Le statut de l'hôpital (courte durée) fait en sorte que l'orthophoniste subit des pressions de la Régie régionale pour diminuer les durées de séjour à l'hôpital des personnes aphasiques (P9, lignes 231-248)
149. La diminution de la durée de séjour des patients a forcé l'orthophoniste à changer sa façon de faire et à viser des objectifs très fonctionnels pour ses patients (P9, lignes 461-482)
166. Les interventions de l'orthophoniste sont maintenant organisées en bloc de 12 semaines mais lorsqu'elle sent que le parent ou l'enfant ont besoin de davantage de séances, elle prolonge son intervention (P10, lignes 69-103)
200. Le virage ambulatoire a eu pour conséquence d'augmenter la tâche de l'orthophoniste qui doit répondre aux besoins énormes des personnes qui ont eu rapidement leur congé de l'hôpital (P11, lignes 98-109)
224. Depuis le virage ambulatoire, l'orthophoniste voit des personnes cérébrolésées qui sortent de plus en plus tôt de l'hôpital et qui demeurent en réadaptation de 2 à 3 mois (P12, lignes 64-75)
227. Comme il n'y a pas de réseau ou de routine bien établie concernant ses services et que le virage ambulatoire perturbe les activités du CLSC, l'orthophoniste constate que les patients dont l'ACV est trop vieux ou ceux ayant des maladies dégénératives ne lui sont pas référés (P12, lignes 379-409)
225. La durée du séjour des clients de l'orthophoniste correspond à la période de progrès intensifs et n'excède pas la durée maximale de 3 mois (P12, lignes 79-99)
233. Quand le délai de 3 mois est passé, il arrive à l'orthophoniste d'expliquer aux membres de son équipe qu'elle doit continuer de voir un patient parce qu'il vient de réaliser qu'il a des troubles (P12, lignes 826-831)
253. Généralement, après les 60 jours d'hospitalisation, l'orthophoniste n'a pas terminé sa thérapie et elle doit voir la personne en clinique externe ou lui trouver d'autres ressources si elle ne peut pas se déplacer (P13, lignes 277-284, 292-303)
254. L'orthophoniste constate que de plus en plus, elle accompagne la récupération spontanée parce que les patients arrivent rapidement en réadaptation et qu'ils n'y restent que 3 mois (P13, lignes 443-453)
304. Parce que la durée d'hospitalisation et de thérapie a beaucoup diminué ces dernières années, l'orthophoniste est frustrée parce qu'elle n'a plus le temps de connaître les personnes qu'elle traite et de trouver ce qui ne va pas (P16, lignes 885-904)
306. Même si elle croit à la réadaptation précoce, l'orthophoniste trouve que l'intervention très rapide ne vise que certains aspects de la réadaptation et ne laisse pas le temps à la personne aphasique de s'adapter (P16, lignes 919-942)

Intervenir également auprès de patients/clients peu motivés ou de proches peu intéressés

37. L'orthophoniste se questionne sur l'utilité de son intervention quand elle traite des personnes ayant un traumatisme crânien parce que la motivation de ces personnes n'est pas claire (P3, lignes 1224-1234, 1241-1245, 1251-1259, 1270-1273)
38. Selon l'orthophoniste, il semble qu'à cause de leurs déficits cognitifs, les traumatisés crâniens ne se mobilisent pas autant que les personnes aphasiques pour agir et voir les changements (P3, lignes 1297-1302)
70. Pour l'orthophoniste, l'intervention est difficile lorsque le client ne s'investit pas et ne parle pas de ses habitudes de vie et de situations concrètes (P5, lignes 653-679)
181. Il arrive que l'orthophoniste n'intervienne pas auprès de personnes qui ont des troubles du comportement, qui ne reconnaissent pas leur trouble, qui sont intoxiquées ou qui ne coopèrent pas (P11, lignes 206-217)

193. Bien qu'il soit difficile d'intervenir auprès de certaines personnes à cause d'un manque de coopération, l'orthophoniste doit quand même donner des services parce que l'établissement a un contrat avec la Société d'assurance-automobile (P11, lignes 206-234)
279. Comme il n'y a pas de tradition de rencontres régulières avec les parents, que les besoins des parents diffèrent selon l'âge de leurs enfants et qu'il n'y a pas de services d'un travailleur social, l'orthophoniste constate que le succès des rencontres est minime en rapport avec l'énergie qu'elle y investit (P14, lignes 440-459)
280. À cause de la réputation du centre et des longues listes d'attente, les parents dont les enfants sont acceptés ne s'interrogent pas sur le travail de l'orthophoniste qui aurait besoin de leur montrer ce qu'elle fait (P14, lignes 763-774)

consacrer temps et énergie à faire reconnaître leur profession, leur expertise ou le bien-fondé de leurs interventions

95. Dans un projet de recherche sur les problèmes associés au TCC, l'orthophoniste s'est rendu compte qu'on ne connaît pas le langage et que l'orthophonie aura beaucoup de travail à faire valoir son point de vue et l'importance du langage pour les personnes qui ne communiquent pas (P6, lignes 364-386, 397-407)
99. L'orthophoniste décrit sa profession en parlant des clientèles autres que celle des enfants pour montrer l'étendue de la profession (P7, lignes 65-95)
100. Selon l'orthophoniste, pour expliquer et vendre la profession d'orthophoniste, il faut faire du bon travail, c'est-à-dire des évaluations plus poussées sur le langage et des rapports plus détaillés au moyen de cas concrets (P7, lignes 96-131)
102. L'orthophoniste constate que les orthophonistes sont rarement membres d'une équipe visant à faciliter la réintégration professionnelle des personnes qui ne communiquent pas (P7, lignes 577-590)
103. Comme elle est consultée lors de projets qui visent à développer des instruments pour mesurer la santé, l'orthophoniste trouve que la profession a eu une influence sur la teneur de ces instruments de mesure (P7, lignes 324-338, 347-358)
152. Selon l'orthophoniste, c'est par manque d'informations que les gens continuent d'associer l'orthophonie à l'articulation (P10, lignes 172-189)
153. Pour l'orthophoniste, la profession ne passera pas inaperçue avec les modifications à la classification du CQCIDIH que l'Ordre a proposées (P10, lignes 852-857)
154. Dans les discussions qui ont mené à la proposition de l'OOAQ, l'orthophoniste tenait à conserver la section sur la communication parce que l'orthophonie est trop souvent associée uniquement à des troubles de parole (P10, lignes 886-899)
155. Selon l'orthophoniste, l'intégration du modèle du CQCIDIH dans la pratique permettrait aux orthophonistes d'aller chercher des allocations supplémentaires et d'être plus reconnues (P10, lignes 981-984)
156. L'orthophoniste pense que les modifications apportées à la classification du CQCIDIH transmettent l'idée que l'orthophonie ne s'occupe pas seulement de la parole, d'un organe ou des aspects psychologiques mais que la profession a évolué pour s'occuper des aspects linguistiques, communicatifs et relationnels (P10, lignes 1084-1091, 1100-1116)
175. L'orthophoniste croit qu'il est important que la profession prenne position et s'intéresse au quotidien des clients même s'il peut y avoir des conflits entre professions (P11, lignes 870-881)
205. Lorsqu'elle utilise le vocabulaire du modèle du CQCIDIH, l'orthophoniste croit que cela fait avancer la profession (P12, lignes 1015-1023)

#### 4. Des points faibles des professions

pour se faire reconnaître, certains professionnels suivent des modes en matière de diagnostic et d'intervention sans se poser de questions

46. L'orthophoniste trouve que l'emphase mise sur l'apprentissage d'un comportement comme le contact visuel n'aide pas les enfants et est mal interprété par les intervenants qui lisent les rapports d'orthophonistes (P4, lignes 383-417, 422-423)
52. L'orthophoniste considère que les débats entourant les diagnostics d'autisme ne devraient pas sortir du champ de l'orthophonie parce qu'ils détournent l'attention des besoins de l'enfant (P4, lignes 744-765)
53. L'orthophoniste croit que la faible confiance en soi des orthophonistes s'explique par la formation de départ et par le désintérêt à parfaire les connaissances après la graduation (P4, lignes 934-941)
54. L'orthophoniste s'interroge sur sa profession, trouve que certaines collègues ne se posent pas assez de questions ni ne critiquent les tendances dans des domaines comme l'autisme (P4, lignes 1111-1130)
55. L'orthophoniste trouve questionnables certains diagnostics posés chez de jeunes enfants par des orthophonistes (P4, lignes 1168-1177, 1184-1192)
56. L'orthophoniste trouve que ses collègues devraient réfléchir sur les discours à la mode plutôt que de les intégrer en pensant que l'orthophonie sera mieux connue (P4, lignes 1209-1221)
311. Selon l'orthophoniste, la pratique professionnelle n'est pas toujours suffisamment rigoureuse parce que les orthophonistes ne se posent pas de questions sur leur modèle, les raisons et les finalités de leurs interventions (P17, lignes 801-810)

réduire la pratique à l'évaluation au détriment de la réadaptation

3. L'audiologiste croit que l'influence du modèle médical empêche de concevoir la pratique autrement qu'en mesurant les incapacités (P1, lignes 980-994)
305. L'orthophoniste a l'impression que le modèle médical qui prévaut ne permet plus de faire de la réadaptation et que la pratique s'oriente vers l'évaluation aux dépens de la réadaptation (P16, lignes 904-918)

ne pas avoir toutes les connaissances requises pour évaluer le handicap ou analyser une situation de handicap

2. Selon l'audiologiste, la formation devrait inclure d'autres domaines de connaissances pour habiliter à l'analyse d'une situation pour être cohérent avec le discours tenu par des professionnels (P1, lignes 936-957)
282. L'orthophoniste se questionne au sujet des formulaires de demande d'allocations supplémentaires parce qu'elle ne sait pas comment rendre justice au handicap de l'enfant sur la seule base des tests qu'elle lui a administrés (P14, lignes 1033-1044)

Descripteurs écartés de la classification (N=9)

14. L'audiologiste, qui a étudié selon les principes développés dans le modèle de l'OMS, ne pense pas que l'introduction du modèle du PPH ait changé ses préoccupations (P2, lignes 791-805)

Opinions

49. Selon l'orthophoniste, lorsque la communication d'un enfant est non-fonctionnelle, celui-ci devrait recevoir des services dans le réseau de la santé (P4, lignes 98-109)
50. Selon des orthophonistes, les enfants avec troubles sévères du langage devraient être suivis en milieu de réadaptation même s'ils ont atteint l'âge scolaire (P4, lignes 106-125)
51. L'orthophoniste trouve qu'il y a des dangers dans le cas de l'intégration généralisée ou de la ségrégation des enfants avec difficultés (P4, lignes 546-559)
63. Selon l'orthophoniste, à partir du moment où tous les membres de l'équipe d'intervenants ont adopté un plan d'intervention fondé sur le modèle du CQCIDIH, leurs perceptions des clients ont changé et se sont harmonisées (P5, lignes 431-462)

89. Dans l'équipe des AVC, l'orthophoniste a constaté que les initiatives visant à favoriser l'esprit d'équipe n'ont pas intéressé les autres membres de l'équipe et n'ont pas été supportées par le patron du programme (P6, lignes 481-513)
120. L'audiologiste s'est orientée vers des domaines de recherche et d'intervention qui ont des retombées plus immédiates que la recherche fondamentale parce qu'elle poursuit l'objectif d'améliorer des choses (P8, lignes 517-535)
198. Dans le milieu de travail de l'orthophoniste, il existe un comité chargé de proposer un plan d'intervention intégrant les concepts du PPH et des professionnels intéressés aux applications du modèle québécois (P11, lignes 647-656, 677-681, 687-700)
199. Selon l'orthophoniste, tous ses collègues sont au courant des travaux du comité "CIDIH" parce que les membres de ce comité convient tous les employés du centre à des séances d'information sur les enjeux soulevés par l'intégration du modèle PPH dans la pratique (P11, lignes 726-752)

Tableau 3 Classification des descripteurs des procédures de la pratique professionnelle

- 
1. Dans ses rapports interpersonnels, l'orthophoniste/l'audiologiste
    - 1.1. *s'assure de l'assentiment du patient/client et facilite sa participation*
      - en leur expliquant les raisons et les buts de l'intervention, à lui et à ses proches
      - en sollicitant la collaboration de ses proches
    - 1.2. *maintient la participation du patient/client*
      - en établissant avec lui une relation de confiance mutuelle
      - en invitant ses proches à prendre part à la thérapie
      - en les guidant et en les encadrant, lui et ses proches
      - en s'adaptant à ses choix et intérêts, capacités, habitudes et limites ainsi qu'aux décisions de ses proches
      - en étant empathique
      - en collaborant avec d'autres intervenants pour atteindre les objectifs d'intervention
  2. L'orthophoniste/l'audiologiste pose des actes professionnels
    - 2.1. *liés à l'évaluation et au diagnostic*
      - en déterminant la nature et la sévérité des difficultés, déficits ou troubles que le patient/client présente
      - en déterminant les besoins du patient/client ou ceux de ses proches
      - en déterminant les habitudes, les aptitudes, les capacités ou les compétences du patient/client
    - 2.2. *liés aux thérapies d'adaptation ou de réadaptation*
      - en compensant les déficits ou en atténuant les difficultés du patient/client ou en travaillant sur le langage
      - en enseignant des stratégies de communication aux proches du patient/client
      - en répondant aux besoins ou aux attentes du patient/client
      - en développant les capacités du patient/client
    - 2.3. *liés l'organisation des thérapies dans un contexte de ressources limitées*
      - en modifiant le contenu et les objectifs des thérapies pour s'ajuster à la réduction des durées d'intervention
      - en favorisant les patients/clients qui ont un meilleur pronostic ou davantage de besoins ou qui ne peuvent recevoir des services dans d'autres milieux
      - en donnant congé après évaluation des progrès, de la situation ou des commentaires du patient/client
  3. L'orthophoniste/l'audiologiste s'acquitte de ses devoirs envers la profession
    - en défendant l'exclusivité de ses compétences
    - en essayant de diversifier et d'accroître ses champs de compétences ainsi que ses lieux de pratique
    - en réfléchissant de façon critique sur sa pratique ou sur ses outils d'évaluation
    - en défendant les droits des personnes ayant des problèmes de communication
-

## **1. Dans ses rapports interpersonnels, l'orthophoniste/l'audiologiste**

### 1.1 s'assure de l'assentiment du patient/client et facilite sa participation

#### en leur expliquant les raisons et les buts de l'intervention, à lui et à ses proches

- 151. L'orthophoniste insiste sur le langage réceptif de l'enfant lorsqu'elle rencontre des parents pour ne pas qu'ils pensent qu'elle s'occupe surtout de l'articulation (P10, lignes 142-173)
- 159. Quand elle rencontre des parents à la suite d'un diagnostic, l'orthophoniste leur demande ce qu'ils ont compris, compare sa perception à la leur et leur donne des explications afin qu'ils aient une meilleure vision du problème (P10, lignes 410-424)
- 202. Lorsqu'elle se présente aux patients, l'orthophoniste fait d'abord la distinction entre l'aphasie et la démence puis elle les rassure sur les progrès qu'ils feront sûrement durant leur séjour (P12, lignes 294-314)
- 203. L'orthophoniste explique son travail au patient, elle lui dit qu'elle est là pour travailler fort avec lui et pour améliorer la communication (P12, lignes 321-334)
- 204. Lorsqu'elle parle aux proches, l'orthophoniste doit parfois expliquer l'origine de la stéréotypie et d'autres comportements et justifier la nécessité de faire des exercices (P12, lignes 336-347)
- 242. Une fois l'évaluation complétée, l'orthophoniste consigne par écrit ses objectifs, les présente au patient en s'assurant qu'il comprenne, elle contacte ensuite la famille et explique ce qu'est l'aphasie, rassure sur l'amélioration des déficits du patient tout en mentionnant l'incertitude sur l'ampleur de l'amélioration (P13, lignes 255-276)
- 243. L'orthophoniste discute des objectifs de l'intervention avec la personne et avec les personnes qui n'ont pas d'intérêt pour l'écrit, elle leur explique pourquoi elle s'en sert (P13, lignes 330-337)
- 291. L'orthophoniste a commencé à se servir de ses connaissances théoriques quand elle a fait de l'enseignement aux proches (P16, lignes 216-223)
- 299. L'orthophoniste essaie d'expliquer aux proches le diagnostic en utilisant l'analogie des outils, ceux qui restent pouvant être utilisé d'une autre façon (P16, lignes 741-755)

#### en sollicitant la collaboration de ses proches

- 79. Quand les proches assistent aux thérapies, l'orthophoniste a l'occasion de les sensibiliser sur la façon dont il faut adapter le langage pour être compris de la personne aphasique (P6, lignes 646-671)
- 133. Même si elle ne voit plus les familles de ses patients au début des traitements à cause de l'accroissement de la clientèle, l'orthophoniste téléphone aux familles quand elle a besoin d'informations sur ses patients (P9, lignes 490-507, 511-517, 535-540)
- 160. Lorsqu'elle parle aux parents, l'orthophoniste cherche à connaître leur perception des difficultés de l'enfant, elle les informe de ce qu'elle fait et leur montre comment travailler avec l'enfant (P10, lignes 419-434)
- 214. En soins prolongés, l'orthophoniste encourage les bénévoles à reconnaître les capacités et l'intégrité de la personne aphasique (P12, lignes 466-479)
- 300. Quand elle s'adresse aux familles, l'orthophoniste décrit les capacités de la personne aphasique, les limites qu'elle peut rencontrer et les ajustements qui doivent être faits sans faire de pronostic (P16, lignes 809-850)

### 1.2 maintient la participation du patient/client

#### en établissant avec lui une relation de confiance mutuelle

- 47. L'orthophoniste considère l'aspect relationnel important dans la thérapie et s'investit dans la relation avant de travailler des objectifs précis de communication (P4, lignes 424-431)
- 66. L'orthophoniste considère qu'une bonne partie de son intervention s'appuie sur son savoir-être, sur la qualité de son rapport avec le client et sur ses comportements, ce qui l'a amenée à se questionner et à travailler sur sa façon d'être (P5, lignes 855-872)

- 68. Pour l'orthophoniste, son expérience personnelle l'a aidé à redéfinir son rôle d'orthophoniste, à se rapprocher de ses clients, à se sentir mieux et à aider ses clients à se sentir mieux mais elle sait que cela n'est pas accepté par tous (P5, lignes 940-953)
- 229. L'orthophoniste a dû se faire le porte-parole d'un patient qui ne parvenait pas à se faire comprendre afin de convaincre le personnel soignant que le patient n'avait pas régressé (P12, lignes 704-716)
- 269. La formation sur la collaboration parent-enfant a permis à l'orthophoniste de voir autrement la rencontre avec les parents pour faire le plan d'intervention et de ne plus chercher à prouver qu'elle fait du bon travail (P14, lignes 485-509)
- 290. L'orthophoniste, qui se considérait plutôt technicienne au début de sa pratique, a appris au contact des personnes aphasiques de l'association ce qu'était l'aphasie en leur expliquant pourquoi certaines choses étaient difficiles et d'autres pas (P16, lignes 202-215)
- 292. Les interventions de l'orthophoniste auprès des personnes qu'elle voyait en rééducation ont changé à la suite de sa participation aux activités de l'association, elle a davantage personnalisé ses thérapies (P16, lignes 232-244, 282-284)

en invitant ses proches à prendre part à la thérapie

- 163. L'orthophoniste travaille surtout à partir des observations et des questions que les parents lui adressent en cours de thérapie (P10, lignes 525-553)
- 208. L'orthophoniste intègre la famille à l'intervention en les observant durant un exercice puis en leur donnant des stratégies pour faciliter la communication mais elle ne touche pas aux problèmes (de couple) qui existaient avant l'ACV parce qu'elle ne peut pas faire du long terme (P12, lignes 112-141)
- 245. La plupart du temps, l'orthophoniste invite les proches à assister aux thérapies et, dans les cas d'aphasies progressives, elle le fait automatiquement afin de leur donner des stratégies pour mieux communiquer (P13, lignes 458-476)
- 265. L'orthophoniste invite les parents aux thérapies en début d'année mais ceux-ci ne répondent pas beaucoup et cela lui manque lorsqu'elle avance dans son intervention (P14, lignes 385-402)
- 267. Même si sa tâche s'alourdit et qu'elle doit y investir beaucoup d'énergie pour un taux de réponse parfois minime, l'orthophoniste croit nécessaire d'inviter et de rencontrer les parents en début d'année (P14, lignes 430-446)
- 273. Pour cesser de prendre en charge les parents, l'orthophoniste leur a demandé de se procurer eux-mêmes le document de l'OPHQ (P14, lignes 684-701)
- 281. L'orthophoniste et ses collègues travaillent maintenant de manière moins formelle lorsqu'ils établissent un plan d'intervention et cherchent à y faire participer les parents (P14, lignes 790-804)

en les guidant et en les encadrant, lui et ses proches

- 7. L'audiologiste remarque que ses clients, les personnes âgées, ne sont pas habitués à prendre les commandes de l'intervention en se servant de lui comme guide (P2, lignes 97-111)
- 27. Lorsque l'orthophoniste travaille avec les familles de ses clients, c'est pour leur donner un support au niveau de la communication, les aider à mieux communiquer mais en général, ce sont l'éducateur et la travailleuse sociale qui ont des contacts privilégiés et qui ramènent l'information nécessaire à l'orthophoniste (P3, lignes 744-769)
- 33. Dans le cadre des activités de groupe du centre, l'orthophoniste cherche à s'assurer que ses clients utilisent les stratégies qu'elle leur a montrées (P3, lignes 1146-1170)
- 34. L'orthophoniste sait quels sont les objectifs des autres professionnels vis-à-vis de son client et se charge de les lui rappeler quand elle est avec lui (P3, lignes 1189-1193)
- 67. L'orthophoniste utilise ses émotions pour travailler avec ses clients et constate que ça les fait avancer (P5, lignes 890-904)
- 161. Afin de pouvoir se servir du transfert et faire avancer la thérapie, l'orthophoniste considère l'enfant comme son client et travaille seule avec lui une partie de la séance (P10, lignes 435-461)

210. L'orthophoniste aime beaucoup travailler avec des personnes âgées parce qu'elles fixent elles-mêmes les objectifs d'intervention réalisables (P12, lignes 156-166)

264. Lorsqu'elle le voit en individuel, l'orthophoniste aide l'enfant à se situer dans le temps en s'entendant avec lui sur le moment où il pourra choisir quelque chose (P14, lignes 322-330)

en s'adaptant à ses choix et intérêts, capacités, habitudes et limites ainsi qu'aux décisions de ses proches

65. L'orthophoniste est prête à faire beaucoup pour certaines personnes, elle est dérangée quand certaines cessent de venir la voir mais elle n'interprète pas cela comme des échecs (P5, lignes 681-697)

78. L'orthophoniste trouve très profitable de sortir avec les patients parce qu'elle voit comment ils fonctionnent dans des situations moins formelles qu'en thérapie (P6, lignes 566-590)

134. L'orthophoniste aimerait qu'un proche de ses patients soit présent aux thérapies pour que la famille soit aidante et qu'elle puisse travailler avec les patients (P9, lignes 555-566)

144. L'orthophoniste donne congé aux patients qui peuvent être vus en externe, c'est-à-dire qui peuvent se concentrer et se déplacer et en retour, elle essaie de s'ajuster à leur disponibilité en donnant des thérapies en fin de journée (P9, lignes 266-297)

180. Bien que l'orthophoniste invite les proches qui le désirent à assister aux thérapies, peu de gens y assistent parce qu'ils préfèrent profiter de cette période de répit (P11, lignes 152-183)

183. L'orthophoniste revient sur les résultats de l'évaluation avec son client et parfois un membre de la famille afin de déterminer quelles sont les tâches qu'il juge difficiles et quels sont les objectifs qu'il souhaite atteindre (P11, lignes 284-302)

194. Au cours d'une rencontre avec le client, sa famille et les membres de l'équipe, les objectifs et le plan d'intervention sont déterminés en accord avec les désirs du client et l'orthophoniste doit respecter les choix du client même s'ils vont à l'encontre de ses recommandations (P11, lignes 236-257)

213. L'orthophoniste a créé un groupe de bénévoles chargés de visiter les personnes aphasiques en soins prolongés, de trouver leurs intérêts afin qu'elles soient intégrées à la vie du centre (P12, lignes 431-469)

241. Au cours de l'évaluation, l'orthophoniste enseigne des stratégies à la personne pour éviter la frustration de l'échec répété, pour qu'elle puisse s'améliorer et être plus fonctionnelle et pour voir quelles sont les stratégies efficaces (P13, lignes 238-246, 252)

244. L'orthophoniste travaille en fonction des intérêts et des capacités de ses patients et donne l'exemple d'un homme âgé qui a recommencé à écrire par le biais de l'ordinateur (P13, lignes 337-345)

266. L'orthophoniste est consciente qu'il peut être difficile pour un parent de travailler le soir avec son enfant et elle ne fait pas de cahier d'orthophonie pour les parents même si elle sait que cela peut être utile (P14, lignes 419-430)

268. Depuis une formation sur la collaboration parent-intervenant, l'orthophoniste et ses collègues ciblent moins d'objectifs dans le plan d'intervention en espérant que les parents s'y reconnaîtront (P14, lignes 465-493)

289. C'est au travers des interactions au sein de l'association des personnes aphasiques que l'orthophoniste a commencé à suggérer des moyens de faciliter la communication (P16, lignes 175-199)

315. Afin de tenir compte dans son intervention d'un facteur comme la pauvreté, l'orthophoniste est obligée de faire preuve de souplesse et de sortir parfois de son bureau plutôt que de juger les gens qui ne se rendent pas aux rendez-vous (P17, lignes 428-457)

en étant empathique

26. Même si elle ne croit pas que son client réussira à atteindre ses objectifs, l'orthophoniste essaie durant un certain temps pour l'aider à faire son deuil (P3, lignes 527-542)

39. L'orthophoniste passe beaucoup de temps à travailler des habiletés qui redonnent confiance à son client et qui sont importantes pour lui (P3, lignes 829-844)

80. Une partie de l'intervention de l'orthophoniste consiste à donner du support à la famille et aux patients lorsque vient le temps de donner le congé (P6, lignes 670-690)

212. L'orthophoniste essaie autant que possible de ne pas confronter ses patients à leurs incapacités en utilisant et en donnant des exercices qu'elle juge socialement acceptables (P12, lignes 353-376)
215. Par un concours de circonstances, l'orthophoniste a demandé la collaboration de bénévoles pour faire des visites d'amitié aux personnes aphasiques et combler un besoin de communiquer (P12, lignes 524-539)
216. L'orthophoniste s'est occupé d'apparier patients en soins prolongés et bénévoles sur la base de leurs intérêts communs (P12, lignes 541-549)
270. Depuis qu'elle a changé sa façon de faire les plans d'intervention avec les parents, l'orthophoniste écoute mieux les parents, comprend le contexte dans lequel ils vivent et ajuste ses exigences en conséquence en mettant parfois la barre moins haute (P14, lignes 512-546)
284. Bien que les formulaires de demande d'allocations aient été changés pour mieux rendre compte du handicap de l'enfant, l'orthophoniste trouve difficile de faire un pronostic dont elle sait que les parents prendront connaissance (P14, lignes 1113-1136)
293. L'orthophoniste s'est indigné longtemps au cours de sa pratique lorsqu'elle rencontrait des patients dont la réadaptation ne lui paraissait pas terminée et dont on disait le contraire dans les rapports (P16, lignes 245-257)
295. L'orthophoniste a cherché à intégrer les proches à l'association de personnes aphasiques parce que d'une part, ceux-ci le demandaient et d'autre part, parce qu'elle ne pouvait tolérer l'incompréhension qui s'installait entre les deux groupes (P16, lignes 370-388)
296. Sa participation aux activités de l'association a permis à l'orthophoniste de se sentir davantage une clinicienne qui travaille avec des humains (P16, lignes 620-637)
317. Lorsqu'elle sent qu'il y a des problèmes d'ordre relationnel dans la famille de l'enfant, l'orthophoniste travaille avec d'autres adultes pour répondre aux besoins de l'enfant et ne demande pas aux parents de faire des exercices à la maison pour ne pas accroître les problèmes (P17, lignes 599-620)

#### en collaborant avec d'autres intervenants pour atteindre les objectifs d'intervention

19. L'orthophoniste travaille en collaboration avec d'autres intervenants en les informant des objectifs que certains clients doivent atteindre dans le cadre des autres activités (P3, lignes 114-129, 138-142)
20. Pour s'assurer que son client continue de prêter attention à certains comportements, l'orthophoniste informe l'intervenant qui est le plus souvent avec lui des objectifs de l'intervention (P3, lignes 141-156)
23. L'orthophoniste se sert de l'entourage de ses clients pour parvenir à l'atteinte des objectifs de la thérapie, c'est-à-dire à la généralisation des comportements (P3, lignes 258-274)
24. Une fois terminées les thérapies formelles, l'orthophoniste reste en contact avec les autres intervenants pour répondre aux besoins que ses clients pourraient avoir une fois qu'ils ont intégré un logement, un travail (P3, lignes 376-406)
35. L'orthophoniste doit parfois laisser la place à d'autres intervenants pour aider certains clients parce qu'elle ne peut pas les rejoindre (P3, lignes 1342-1354)
41. Pour l'orthophoniste, la cohésion et la communication entre les intervenants de son programme sont importantes autant que le fait que ses collègues sachent quels sont les objectifs qu'elle poursuit avec tel client parce que cela influence sa façon d'intervenir (P3, lignes 415-437)
226. Parce que les patients aphasiques ont peur d'être institutionnalisés et qu'ils ont des difficultés à comprendre, l'orthophoniste a élaboré avec la travailleuse sociale des planches imagées permettant de leur expliquer le cheminement dans le réseau, etc. (P12, lignes 173-190)
231. Dans les cas de dysphagie, l'orthophoniste fait de l'éducation en démontrant l'efficacité d'une technique par des résultats de tests et elle acquiert ainsi davantage de crédibilité lorsqu'elle parle de langage et de parole (P12, lignes 793-799)
255. L'orthophoniste travaille en équipe et elle a aussi tendance à appeler les autres intervenants pour leur parler d'un cas en dehors des réunions multidisciplinaires (P13, lignes 525-548)
322. Lorsqu'elle intervient auprès d'une clientèle pauvre, l'orthophoniste est amenée à travailler avec d'autres intervenants pour créer un réseau de parents qui soit utile au développement du langage et de la communication des enfants (P17, lignes 458-479)

## **2. L'orthophoniste/l'audiologiste pose des actes professionnels**

### 2.1 liés à l'évaluation et au diagnostic

#### en déterminant la nature et la sévérité des difficultés, déficits ou troubles que le patient/client présente

10. L'audiologiste utilise un questionnaire qui quantifie les difficultés de la personne parce que ça l'aide à prioriser les situations sur lesquelles il interviendra (P2, lignes 398-416)
12. L'audiologiste se sert des mesures audiométriques en les rattachant aux exemples de situations problématiques rapportées par la personne (P2, lignes 462-469)
21. À l'aide de grilles d'observation qu'elle a faites pour les employeurs, l'orthophoniste peut cibler les difficultés de son client et travailler avec lui pour faciliter le travail (P3, lignes 195-200)
42. L'orthophoniste trouve que certains programmes et les activités de groupe du centre révèlent des difficultés chez des clients, difficultés qui n'ont pas été traitées auparavant (P3, lignes 605-629)
61. L'orthophoniste pose des questions précises sur les habitudes de vie de sa cliente et fait avec elle des mises en situation pour savoir où elle a de la difficulté concrètement (P5, lignes 287-335)
130. L'orthophoniste et ses collègues ont détaillé l'item "communication" de la MIF pour pouvoir rendre compte et coter les déficits et le fonctionnement des patients (P9, lignes 421-443)
170. L'orthophoniste trouve qu'au département d'orthophonie, on ne tient pas assez compte du milieu de l'enfant et qu'on accorde beaucoup d'importance aux aspects linguistiques des troubles (P10, lignes 902-935)
178. Avec des personnes dont le trouble est léger, l'orthophoniste intervient de manière brève et ponctuelle en les outillant pour prévenir les difficultés (P11, lignes 86-90)
179. Lorsque les troubles sont plus sévères, l'intervention de l'orthophoniste est plus longue (P11, lignes 80-85)
189. Dans le dossier du client, l'orthophoniste consigne des informations subjectives, les difficultés rapportées par le client et les résultats de ses évaluations (audition, parole, voix, déglutition, habiletés langagières, compréhension orale, écrite, expression orale, écrite, habiletés cognitivo-linguistiques et sociolinguistiques) (P11, lignes 514-553)

#### en déterminant les besoins du patient/client ou ceux de ses proches

271. L'orthophoniste et sa collègue ont décidé de rencontrer les parents individuellement afin d'avoir un portrait plus complet de l'enfant et de connaître leurs besoins en complétant avec eux un document sur le plan de services produit par l'OPHQ (P14, lignes 616-641)
272. L'orthophoniste a choisi de fonctionner avec le plan de services produit par l'OPHQ afin d'encourager les parents à s'interroger sur leurs besoins et à en faire part (P14, lignes 662-670)
308. Selon l'orthophoniste, le travail auprès des enfants doit être de vérifier si l'enfant référé a vraiment un problème de communication puis de s'introduire dans l'environnement de l'enfant afin de répondre à ses besoins (P17, lignes 145-151)
314. Lorsqu'elle pense qu'elle doit intervenir auprès d'un enfant, l'orthophoniste demande au parent si elle peut revoir l'enfant dans son milieu ou si c'est impossible, elle demande une bande vidéo (P17, lignes 205-210)
320. Dans ses rapports, qui sont surtout descriptifs, l'orthophoniste consigne les forces et les besoins de l'enfant, elle décrit les styles d'interlocuteurs des parents et si cela lui paraît ajusté ou non aux besoins de l'enfant (P17, lignes 863-866, 873-876, 916-937)

#### en déterminant les habitudes, les aptitudes, les capacités ou les compétences du patient/client

59. L'intervention de l'orthophoniste commence par l'examen du motif de la consultation, puis par l'évaluation des capacités en lecture labiale, des stratégies de communication et des habitudes de vie de la personne (P5, lignes 97-112)

72. Lorsqu'elle explique son travail au patient, l'orthophoniste dit s'occuper de la communication en regardant comment il parle, comprend, articule, lit et écrit et en s'exprimant de manière très concrète (P6, lignes 610-645)
101. Selon l'orthophoniste, l'intervention auprès d'une personne qui veut retourner au travail devrait comprendre une évaluation des tâches liées à l'emploi et des capacités de la personne (à accomplir ces tâches) (P7, lignes 558-577)
117. L'audiologiste ne cherche pas à démontrer que tous les déficients auditifs peuvent occuper n'importe quel emploi mais plutôt à avoir une évaluation objective des aptitudes en fonction de l'emploi (P8, lignes 369-376)
309. Au cours de son évaluation, l'orthophoniste considère que c'est son rôle de s'occuper de la sous- ou de la surestimation des compétences que le parent se fait de l'enfant (P17, lignes 277-289)

## 2.2 liés aux thérapies d'adaptation ou de réadaptation

### en compensant les déficits ou en atténuant les difficultés du patient/client ou en travaillant sur le langage

9. Lorsque l'audiologiste décrit son travail en fonction de la définition de la communication dans le PPH, il dit travailler du côté de la réception en vérifiant la prothèse auditive de la personne et du côté de la transmission en enseignant les stratégies de communication au conjoint et en s'intéressant aux conditions de transmission (P2, lignes 323-355)
88. Au sein de l'équipe intéressée par les AVC, l'orthophoniste fonctionne avec des objectifs d'intervention plus linguistiques (P6, lignes 461-482)
139. Même si l'orthophoniste sait que le patient ne fera pas beaucoup de progrès quand il présente plusieurs déficits majeurs, elle essaie toutes sortes de thérapies durant un certain temps et si la compréhension s'améliore ou que la famille collabore, elle recommande l'utilisation d'un tableau de communication (P9, lignes 742-775)
177. Avec les personnes TCC dont les troubles sont légers, l'intervention de l'orthophoniste vise la réintégration sociale par le biais de stratégies et de moyens de compensation des déficits (P11, lignes 68-80)
186. L'orthophoniste a des objectifs de thérapie différents selon l'âge de ses clients mais son but demeure tout de même que la personne retrouve ses activités antérieures (P11, lignes 373-396)
209. Lorsque l'orthophoniste constate que les proches ont acquis des stratégies adéquates, elle travaille davantage sur les dimensions linguistiques avec la personne aphasique, les proches ne revenant que périodiquement pour voir les progrès ou apprendre de nouvelles stratégies (P12, lignes 142-154, p.6)
219. Même si elle croit peu à l'utilité des tableaux de communication, l'orthophoniste fabrique des tableaux personnalisés pour ses patients (P12, lignes 677-694)
221. L'orthophoniste utilise parfois le vocabulaire du CQCIDIH dans ses rapports même si ses objectifs d'intervention sont plus classiques (P12, lignes 995-1010)
236. Lorsqu'elle parle de son travail auprès des adultes, l'orthophoniste donne l'exemple de l'aphasie et dit qu'elle les aide après l'évaluation soit en réinstaurant ou en réorganisant un certain langage ou en essayant de trouver des moyens pour compenser (P13, lignes 136-149)
239. L'orthophoniste travaille sur le langage mais en essayant de l'intégrer à un niveau plus global (P13, lignes 179-193)
246. Avec les personnes dysarthriques, l'orthophoniste intervient différemment et travaille surtout sur les aspects fonctionnels comme l'intelligibilité par le biais de mises en situation (P13, lignes 477-493)
286. L'orthophoniste n'aime pas traiter des éléments très précis du langage mais comme elle sait n'avoir pas de prise sur les attentes de la société, elle choisit ceux sur lesquels elle travaillera en fonction de leur impact sur les autres matières scolaires (P14, lignes 1279-1311)
297. Bien que son expérience auprès des personnes aphasiques de l'association lui a fait voir la thérapie autrement avec des personnes ayant déjà eu des traitements, l'orthophoniste travaille avec d'autres personnes de manière plus traditionnelle (P16, lignes 672-688)

en enseignant des stratégies de communication aux proches du patient/client

218. L'orthophoniste évalue les patients en soins prolongés, s'informe auprès des intervenants qui leur donnent des soins puis elle bâtit un plan de communication qui indique les façons de communiquer des patients, les moyens de faciliter la communication et ce qu'il faut faire quand il y a des difficultés (P12, lignes 645-668)

en répondant aux besoins ou aux attentes du patient/client

8. L'audiologiste, qui a maintenant le modèle du CQCIDIH en tête, s'intéresse plus rapidement au portrait global de la personne qui consulte et aux situations concrètes qu'elle rapporte (P2, lignes 220-234)
11. Après avoir choisi avec la personne 2 ou 3 situations jugées prioritaires, l'audiologiste lui demande de les lui décrire précisément ce qui peut les aider parfois à trouver des pistes de solutions (P2, lignes 418-434)
28. L'orthophoniste passe maintenant beaucoup plus de temps à faire de l'entraînement téléphonique parce que cela correspond davantage aux attentes de ses clients et qu'elle a l'impression de ne pas seulement s'attarder aux incapacités (P3, lignes 820-833)
29. Plus la thérapie avance, plus l'orthophoniste ajuste ses objectifs d'intervention pour respecter ce que le client désire (P3, lignes 883-900)
62. Les commentaires de ses clients ont convaincu l'orthophoniste et les membres de son équipe qu'ils ont eu raison d'adopter l'approche basée sur le modèle du CQCIDIH (P5, lignes 399-407)
64. Parce qu'elle n'arrivait pas à atteindre ses objectifs, l'orthophoniste ne travaille plus de manière très structurée avec les groupes de malentendants. Elle intègre les situations rapportées par les membres du groupe si elle les juge utiles au groupe et trouve que sa pratique est maintenant plus concrète (P5, lignes 614-639)
190. L'intégration du modèle théorique dans sa pratique permet à l'orthophoniste de faire le lien entre les activités thérapeutiques et le quotidien de ses clients parce qu'elle s'assure que ce qu'elle travaille avec ses clients a un impact dans leur quotidien (P11, lignes 815-825)
319. L'orthophoniste croit qu'il est nécessaire d'avoir un modèle théorique large, qui permette d'organiser la pratique, de se demander ce qu'elle fait quand elle pose un geste et de tenir compte de la complexité des situations quand elle tente de répondre aux besoins (P17, lignes 763-781)

en développant les capacités du patient/client

16. Dans le cadre de son travail, l'orthophoniste aide à développer au maximum les capacités de communication en faisant des activités très précises et en s'ajustant aux besoins, aux attentes, à la motivation de la personne (P3, lignes 277-317)
22. Pour que ses clients reprennent confiance en eux et puissent généraliser leurs capacités, l'orthophoniste augmente la difficulté des objectifs que ses clients doivent atteindre (P3, lignes 236-249)
136. L'orthophoniste passe à des objectifs plus fonctionnels quand ses patients deviennent des externes parce qu'elle travaille avec eux le vocabulaire de différentes situations de la vie courante (P9, lignes 674-686)
182. Même s'il est parfois difficile d'intervenir auprès de certaines personnes, l'orthophoniste essaie de toujours leur donner une chance en travaillant avec eux quelques semaines et en axant ses thérapies sur des stratégies de communication (P11, lignes 223-234)
196. Même si elle est portée à aller plus loin et à s'assurer qu'il y ait réinsertion avec les patients qui bénéficient d'un programme payeur, l'orthophoniste commence à viser la réinsertion socioprofessionnelle pour la clientèle aphasique d'un autre programme (P11, lignes 419-429)
247. Avec les personnes aphasiques, l'orthophoniste fait aussi des mises en situation par le biais d'une approche multimodale et dès que c'est possible, elle introduit dans ses thérapies des activités proches de la vie quotidienne (P13, lignes 492-503)
316. Avec les membres de l'entourage d'un enfant, l'orthophoniste préfère mettre à contribution les différences de chacun et utiliser ce qui est favorable au développement de l'enfant plutôt que de chercher à ce que tous visent le même objectif (P17, lignes 568-588)

318. Les interventions de l'orthophoniste sont multiples afin de répondre aux différents besoins de l'enfant et lorsqu'une intervention ne fonctionne pas, elle se réajuste en fonction des informations qu'elle accumule (P17, lignes 634-654)

### 2.3 liés l'organisation des services dans un contexte de ressources limitées

#### en modifiant le contenu et les objectifs des thérapies pour s'ajuster à la réduction des durées d'intervention

131. Depuis la diminution des durées de séjour des patients, l'orthophoniste ne fait plus de la rééducation linguistique mais vise plutôt des objectifs très fonctionnels dans ses thérapies en cherchant ce dont ses patients ont besoin pour fonctionner au quotidien (P9, lignes 461-482)
132. Parce que la durée des séjours a diminué, les objectifs de thérapies de l'orthophoniste sont plus précis, doivent avoir un impact dans la vie quotidienne des patients et répondre à leurs besoins (P9, lignes 483-493)
135. Pour atteindre ses objectifs d'intervention en 5 semaines et ne pas se faire poser de questions, l'orthophoniste les diminue mais elle a l'impression de ne pas terminer son ouvrage (P9, lignes 633-653)
207. Les durées de séjour diminuant, l'orthophoniste doit et pense être maintenant plus efficace en s'assurant rapidement de la collaboration de la famille et en travaillant sur des aspects fonctionnels qui permettront à la personne de réorganiser ses loisirs (P12, lignes 96-111)

#### en favorisant les patients/clients qui ont un meilleur pronostic ou davantage de besoins ou qui ne peuvent recevoir des services dans d'autres milieux

127. L'orthophoniste voit en priorité les patients du programme de neurologie et lorsqu'elle a beaucoup de patients, elle voit moins souvent les patients qui ne sont pas aphasiques et voit plus souvent ceux qui ont un meilleur pronostic (P9, lignes 169-178)
188. L'orthophoniste se rend compte que sa pratique a changé parce qu'elle s'intéresse de plus en plus à l'impact que les différents déficits auront sur les activités quotidiennes du client et aux moyens dont elle dispose pour l'aider (P11, lignes 431-446)
232. Les résultats aux tests formels permettent à l'orthophoniste de fournir les chiffres appuyant et justifiant la poursuite d'une intervention (P12, p.26)
262. Comme elle n'a pas la disponibilité pour voir tous les enfants 2 fois par semaine, l'orthophoniste privilégie les enfants qui lui semblent avoir davantage de besoins et ceux qui quittent le centre à la fin de l'année scolaire (P14, lignes 271-275)
263. L'orthophoniste voit certains enfants plus souvent parce qu'ils quittent le centre et qu'elle ne sait pas s'ils auront encore des services en orthophonie (P14, lignes 277-288)

#### en donnant congé après évaluation des progrès, de la situation ou des commentaires du patient/client

81. Pour justifier le moment du congé, l'orthophoniste se fie à des facteurs comme le niveau de deuil du patient, le nombre d'intervenants dans le dossier, la personnalité du patient et la région où il est domicilié (P6, lignes 723-754)
162. En fonction des progrès réalisés par l'enfant, l'orthophoniste décide ou non de poursuivre au-delà des 12 séances du premier bloc de thérapies (P10, lignes 462-476, 486-493)
185. L'orthophoniste se base sur les performances et les commentaires de la personne pour décider qu'elle cesse la thérapie (P11, lignes 327-349)
211. L'orthophoniste utilise maintenant un test d'aphasie qui lui permet de mesurer les progrès de ses patients et qui lui donne plus de poids devant les membres de l'équipe pour continuer son intervention (P12, lignes 206-218)

### **3. L'orthophoniste/l'audiologiste s'acquiesce des devoirs envers la profession**

#### en défendant l'exclusivité de ses compétences

125. L'orthophoniste pense que seulement les orthophonistes peuvent évaluer les troubles de la compréhension (P9, lignes 1208-1226)

126. L'orthophoniste croit qu'il faut accorder de l'importance à la dimension du langage dans une situation de handicap (P9, lignes 1227-1242)
150. Quand elle explique son rôle, l'orthophoniste fait attention pour ne pas qu'on pense qu'elle s'occupe seulement de la clarté de la parole ou de diction (P10, lignes 126-136)

en essayant de diversifier et d'accroître ses champs de compétences ainsi que ses lieux de pratique

92. L'orthophoniste est prête à travailler chez elle pour promouvoir l'orthophonie, développer des choses, défendre des dossiers et sensibiliser les gens à l'importance de son intervention (P6, lignes 216-228)
109. Parce qu'elle ne se considère pas comme une audiologiste conventionnelle, l'audiologiste donne l'exemple du rôle que l'audiologiste peut jouer dans l'intégration au travail d'une personne avec une surdité (P8, lignes 191-196)
110. Lorsqu'elle parle de ses compétences en ergonomie et de ses intérêts pour l'intégration en milieu de travail, l'audiologiste pense qu'elle peut contribuer à élargir la définition du travail en audiologie (P8, lignes 201-216)
111. L'audiologiste est portée à donner à ses étudiants des exemples d'interventions qui lui paraissent sortir des sentiers battus tout en sachant que la formation qui leur est donnée n'est pas axée vers ces autres manières de pratiquer (P8, lignes 416-437)
112. Lorsqu'elle parle de son expérience d'expert en cour, l'audiologiste transmet l'idée à ses étudiants qu'il est possible d'élargir la pratique et d'acquérir une expertise dans des domaines où il y a de la demande (P8, lignes 480-499)
114. Quand elle discute avec ses collègues de la Faculté sur des aspects administratifs, l'audiologiste doit faire valoir les besoins de sa profession pour l'enseignement ou pour la recherche et les convaincre qu'il vaut la peine de subventionner des projets sur l'intégration au travail en lien avec les troubles de la communication (P8, lignes 142-167)
115. L'audiologiste croit que l'intervention d'un ergonomiste ou d'un audiologiste dans le dossier d'une personne qui a une surdité et qui cherche un emploi diminue les risques de décisions désavantageuses pour la personne (P8, lignes 191-203)
123. L'orthophoniste croit que l'intervention visant à réduire les obstacles environnementaux revient à une orthophoniste qui travaillerait en CLSC et qui serait à même d'évaluer et de travailler les situations de handicap (P9, lignes 937-959)
217. Même si elle essaie d'en changer, l'orthophoniste trouve sa pratique plus traditionnelle en soins de courte durée (qu'en soins prolongés) (P12, lignes 621-630)
228. L'orthophoniste a commencé à recevoir des références de patients en soins prolongés depuis qu'elle a mis sur pied un programme d'amélioration de la qualité de vie et qu'elle a conduit une étude avec l'université (P12, lignes 417-425)
234. En soins prolongés, on fait de plus en plus appel à l'orthophoniste pour régler les situations de communication difficiles ou pour trouver des activités adéquates pour les patients aphasiques (P12, lignes 838-851)

en réfléchissant de façon critique sur sa pratique ou sur ses outils d'évaluation

4. Parce qu'il enseigne à l'université, l'audiologiste a la chance de réfléchir sur sa pratique laquelle enrichit les enseignements (P2, lignes 32-39)
6. L'audiologiste remarque qu'il est enclin à revenir à ses anciennes façons de travailler, qui ont été apprises en stage et sont établies et sécurisantes (P2, lignes 83-96)
98. L'orthophoniste est capable d'être plus concise que d'autres professionnels quand elle doit définir les variables dont il faut tenir compte en évaluant la communication d'un TCC (P6, lignes 1033-1046)
104. Dans la définition des items à inclure dans un instrument d'évaluation fonctionnelle, l'orthophoniste s'est servi de cas cliniques et de la comparaison avec la mobilité pour que soient inclus davantage d'items pour évaluer la communication (P7, lignes 400-434)
113. L'audiologiste reprendra la réflexion sur la communication et les concepts du modèle du CQCIDIH avec ses étudiants (P8, lignes 20-32)

116. L'audiologiste considère que l'audiogramme seulement ne permet pas de poser un jugement sur la compétence des gens à occuper un poste qui demande de communiquer (P8, lignes 288-298)
118. Dans ses cours, l'audiologiste se sert de cas qu'elle a déjà défendu pour montrer que les outils d'évaluation actuels ne permettent pas de se prononcer sur l'aptitude d'une personne à occuper un emploi (P8, lignes 446-463)

en défendant les droits des personnes ayant des problèmes de communication

283. Malgré ses réticences et le dilemme que lui pose le fait de devoir remplir des formulaires de demandes d'allocations, l'orthophoniste comprend qu'elle a le devoir de défendre les personnes qui ont des problèmes de communication (P14, lignes 1079-1104)

Descripteurs écartés de la classification (N=7)

43. L'orthophoniste se sert de ce qu'elle apprend en observant ses clients et d'autres intervenants dans le cadre d'activités ou de sorties où les professionnels sont invités (P3, lignes 690-720)
73. Même si la particularité de son intervention fait en sorte qu'elle reçoit beaucoup de confidences de ses patients, l'orthophoniste ne se sent pas outillée pour offrir du support psychologique (P6, lignes 693-703)
184. Au début de son intervention, l'orthophoniste essaie d'en estimer la durée et d'établir un pronostic même si c'est la chose qu'elle trouve le plus difficile dans sa pratique (P11, lignes 303-325)
240. Avant de rencontrer la personne pour la première fois, l'orthophoniste se renseigne au moyen du dossier puis elle se rend à leur chambre pour se présenter (P13, lignes 219-230)
260. Pour l'orthophoniste, la dysphasie est non seulement un trouble du langage mais aussi une façon marginale de faire des liens et se manifeste par la coexistence de plusieurs processus qui ne se retrouvent pas dans le développement normal (P14, lignes 160-197)
303. L'orthophoniste, qui s'est occupé de l'association des personnes aphasiques dès son arrivée au centre hospitalier, a eu l'impression que son choix accommodait ses collègues (P16, lignes 155-166)
310. Selon l'orthophoniste, son rôle de professionnel doit être limité dans le temps afin de favoriser la prise en charge des solutions par les personnes concernées (P17, lignes 481-492)

## RÉSULTATS de la pratique professionnelle (N=39)

Tableau 4 Classification des descripteurs des résultats de l'intervention

- 
1. L'orthophoniste/l'audiologiste interprète comme un signe de succès ou de réussite
    - un patient/client qui n'a pas besoin de ses services très longtemps
    - une amélioration de la performance du patient/client à une tâche et une progression
    - l'atteinte ou la réalisation des objectifs fixés par le patient/client ou par les intervenants
    - un patient/client content de ses progrès ou qui se sent revalorisé
    - des changements remarquables par d'autres intervenants ou par des proches du patient/client
    - des proches qui s'adaptent au mode de fonctionnement du patient/client et une évolution
  2. L'orthophoniste/l'audiologiste a l'impression d'être en situation d'échec lorsque
    - l'intervention dure trop longtemps et rend le patient/client dépendant
    - il y a absence de progrès ou de généralisation malgré le temps et les efforts consacrés
    - les progrès du patient/client sont plus lents ou moins importants que prévus
    - les proches du patient/client sont insatisfaits des services
    - un collègue ou un proche ne comprend pas son message ou ses explications
  3. L'orthophoniste/l'audiologiste explique les moins bons résultats de son intervention
    - par une réduction de la durée de l'intervention
    - par la difficulté à observer des progrès
  4. À l'issue de son intervention, l'orthophoniste/l'audiologiste devrait
    - montrer les changements dans la performance du patient/client par des mesures objectives, standardisées ou non
    - avoir développé des outils que le patient/client peut utiliser
    - avoir résolu les problèmes du patient/client ou avoir eu un impact sur sa vie
    - avoir amélioré ou maintenu la qualité de vie du patient/client
-

## **1. L'orthophoniste/l'audiologiste interprète comme un signe de succès ou de réussite**

### un patient/client qui n'a pas besoin de ses services très longtemps

71. L'orthophoniste considère comme un succès une des premières interventions qu'elle a faite en intégrant le modèle du CQCIDIH parce qu'elle n'a vu sa cliente que 4 fois (P5, lignes 282-302)

### une amélioration de la performance du patient/client à une tâche et une progression

192. L'orthophoniste estime que son intervention est réussie quand il y a *progression, que les performances à une tâche s'améliorent* et que ses collègues et la famille du client lui font des commentaires dans ce sens (P11, lignes 447-468)

### l'atteinte ou la réalisation des objectifs fixés par le patient/client ou par les intervenants

106. L'orthophoniste croit maintenant que les professionnels devraient travailler sur ce qui préoccupe le patient et qu'une intervention réussie est celle où les objectifs du patient sont atteints (P7, lignes 204-219)

222. L'orthophoniste se base à la fois sur le bien-être et la revalorisation du patient pour dire que son intervention a réussi et sur la *réalisation des objectifs, la satisfaction du patient, de la famille, des intervenants en soins prolongés et en réadaptation* (P12, lignes 804-813, p.26)

### un patient/client content de ses progrès ou qui se sent revalorisé

140. L'orthophoniste est satisfaite et se sent utile quand le *patient est content de ses progrès* et que le personnel de l'étage du patient remarque les changements (P9, lignes 576-593)

222. L'orthophoniste se base à la fois sur le *bien-être et la revalorisation du patient* pour dire que son intervention a réussi et sur la réalisation des objectifs, la satisfaction du patient, de la famille, des intervenants en soins prolongés et en réadaptation (P12, lignes 804-813, p.26)

### des changements remarqués par d'autres intervenants ou par des proches du patient/client

140. L'orthophoniste est satisfaite et se sent utile quand le patient est content de ses progrès et que le *personnel de l'étage du patient remarque les changements* (P9, lignes 576-593)

192. L'orthophoniste estime que son intervention est réussie quand il y a *progression, que les performances à une tâche s'améliorent* et que *ses collègues et la famille du client lui font des commentaires dans ce sens* (P11, lignes 447-468)

223. L'intervention est réussie non pas quand les résultats aux tests sont bons mais quand les membres de l'entourage du patient disent mieux communiquer avec lui (P12, lignes 814-822)

251. Pour l'orthophoniste, son intervention est réussie quand les infirmières ou les proches lui disent que la personne communique beaucoup mieux (P13, lignes 430-434)

### des proches qui s'adaptent au mode de fonctionnement du patient/client et une évolution

165. L'orthophoniste considère que son intervention est une réussite quand il y a *évolution* et que les parents se sont adaptés au mode de fonctionnement de l'enfant (P10, lignes 567-593)

## **2. L'orthophoniste/l'audiologiste a l'impression d'être en situation d'échec lorsque**

### l'intervention dure trop longtemps et rend le patient/client dépendant

36. Selon l'orthophoniste, une intervention qui ne fonctionne pas est une intervention qui dure trop longtemps, qui entretient la dépendance des clients envers elle (P3, lignes 450-462)

### il y a absence de progrès ou de généralisation malgré le temps et les efforts consacrés

138. L'orthophoniste considère qu'une intervention ne fonctionne pas 1) quand il y a *conflit de personnalité* entre la thérapeute et le patient et 2) quand le patient ne fait pas ou très peu de progrès durant son séjour (P9, lignes 722-738)

191. Lorsqu'elle a passé beaucoup de temps sur une activité et qu'il n'y a pas de changement, l'orthophoniste considère qu'elle n'a pas trouvé la meilleure façon d'approcher le problème (P11, lignes 448-453)
249. L'orthophoniste considère que son intervention est un échec quand elle et la personne ont travaillé fort et qu'en situation plus contextuelle, la personne ne communique pas mieux (P13, lignes 410-428)
261. L'orthophoniste se demande parfois comment montrer des règles de morpho-syntaxe à un enfant dysphasique et sait qu'une fois acquises, ces règles se généralisent difficilement (P14, lignes 202-219)

les progrès du patient/client sont plus lents ou moins importants que prévus

275. L'orthophoniste conclut rarement que ses interventions sont des échecs mais il lui arrive de constater que l'amélioration n'a pas été aussi importante que prévue, soit par inexpérience ou ignorance du rythme (P14, lignes 864-878)
277. Parce que les progrès sont lents et que ses exigences augmentent au fur et à mesure que l'enfant vieillit, l'orthophoniste doute parfois des résultats de son intervention et en arrive à se questionner sur le handicap (P14, lignes 902-922)

les proches du patient/client sont insatisfaits des services

164. Pour l'orthophoniste, ce sont les cas psychiatriques qui constituent les cas les plus difficiles et lui donnent l'impression d'être en situation d'échec (P10, lignes 667-683)

un collègue ou un proche ne comprend pas son message ou ses explications

48. L'orthophoniste considère comme un échec le fait de ne pas avoir réussi à communiquer ce qu'elle voulait, à franchir les barrières d'une intervenante et à la convaincre de penser autrement (P4, lignes 467-479, 494-510)
274. Avec un parent qui a avoué ne pas comprendre ce qu'est la dysphasie après 4 ans passés au centre, l'orthophoniste a senti qu'elle avait raté un objectif même si elle avait l'impression d'avoir expliqué plusieurs fois la situation (P14, lignes 671-680)

**3. L'orthophoniste/l'audiologiste explique les moins bons résultats de son intervention**

par une réduction de la durée de l'intervention

250. L'orthophoniste se sert de l'opinion des proches et des infirmières pour qualifier son intervention mais elle sait aussi que les 2 à 3 mois de thérapie ne suffisent pas pour savoir si les acquis se généraliseront (P13, lignes 435-448)
256. Selon l'orthophoniste, la sévérité de l'atteinte et la diminution des durées de séjour en soins aigus et en réadaptation des personnes aphasiques peut expliquer en partie l'échec de l'intervention (P13, lignes 549-578)

par la difficulté à observer des progrès

259. Selon l'orthophoniste, les troubles de la parole sont plus faciles à traiter parce qu'ils sont plus circonscrits, les résultats de l'intervention sont plus évidents et mesurables objectivement alors qu'il en va autrement pour les troubles du langage chez les enfants où cela lui paraît compliqué (P14, lignes 150-161)
276. Lorsqu'elle a travaillé avec une clientèle adulte aphasique, l'orthophoniste a eu l'impression d'être plus efficace qu'avec la clientèle des enfants parce qu'elle voyait des progrès qui sont plus difficilement observables chez les enfants et qui lui font douter des résultats de son intervention (P14, lignes 879-903)

#### **4. À l'issue de son intervention, l'orthophoniste/l'audiologiste devrait**

montrer les changements dans la performance du patient/client par des mesures objectives, standardisées ou non

13. L'audiologiste utilise un questionnaire pour avoir des indicateurs des effets de son intervention, pour que le client voit ses progrès, pour déterminer quels sont les moyens qui donnent des résultats et enfin, pour accumuler des données s'il y avait des comptes à rendre un jour (P2, lignes 482-520)
74. Parce qu'elle trouve difficile de justifier ses interventions sur le langage, l'orthophoniste essaie de quantifier les réponses de ses patients pour présenter des pourcentages (de réussite, échec) aux rencontres synthèse avec d'autres professionnels (P6, lignes 270-289)
75. Quand c'est possible, l'orthophoniste essaie de quantifier la performance de ses patients qui peuvent apprécier ou non leurs résultats (P6, lignes 289-304)
76. Lorsqu'elle doit démontrer si un patient a progressé ou non, l'orthophoniste est contente d'avoir pu quantifier ses performances à certaines épreuves et d'être ainsi le plus objective possible (P6, lignes 306-337)
105. L'orthophoniste croit qu'il est important d'avoir des outils standardisés qui permettent de dire si la personne a ou non progressé et qui peuvent aider les administrateurs à comprendre (P7, lignes 176-203)

avoir développé des outils que le patient/client peut utiliser

25. Selon l'orthophoniste, son intervention vise à développer une boîte à outils que ses clients peuvent utiliser (P3, lignes 471-482, 490-495)

avoir résolu les problèmes du patient/client ou avoir eu un impact sur leur vie

1. L'audiologiste croit que l'image professionnelle est en lien avec la capacité de résoudre les problèmes des clients (P1, lignes 750-755)
40. Ce qui est important pour l'orthophoniste, c'est que son client ait regagné une estime de soi qui lui permette d'affronter les "vraies" situations (P3, lignes 852-868)
119. L'audiologiste a l'impression d'avoir un impact sur la vie des personnes qui la consultent pour son expertise (P8, lignes 499-517)

avoir amélioré ou maintenu la qualité de vie du patient/client

93. L'orthophoniste doit sensibiliser et convaincre les autres professionnels de l'importance de son intervention qui, même si elle vise des dimensions non quantifiables, peut améliorer la qualité de vie des personnes traitées (P6, lignes 222-247)
97. Les interventions de l'orthophoniste touchent à la qualité de vie et servent à rendre la personne plus fonctionnelle (P6, lignes 435-441)
187. Lorsqu'elle doit intervenir auprès d'une personne ayant une maladie dégénérative, l'orthophoniste vise plutôt le maintien de la qualité de la vie que la rééducation (P11, lignes 410-418)

Descripteurs écartés de la classification (N=5)

69. L'orthophoniste vit moins d'échec maintenant parce qu'elle ne se limite plus à passer un test (P5, lignes 644-651)
77. Pour être en mesure de défendre la quantification des performances de ses patients en compréhension de textes par exemple, l'orthophoniste a fait des lectures en psychologie et en éducation (P6, lignes 345-363)
107. Pour l'orthophoniste, un enseignement est réussi lorsque ses anciens étudiants lui disent qu'ils se servent des informations qu'elle leur a données ou encore lorsqu'elle transmet le goût de la recherche ou l'intérêt pour d'autres domaines d'intervention (P7, lignes 240-268, 270-273)

141. L'orthophoniste croit que ses interventions accélèrent la récupération spontanée même si elle admet que ce n'est pas facile de savoir laquelle de l'intervention ou de la récupération est à l'origine des progrès de ses patients (P9, lignes 589-620)
321. L'orthophoniste s'explique les échecs de certaines de ses interventions au début de sa pratique au modèle biomédical qu'elle appliquait (P17, lignes 727-737, 747-756)

Tableau 5 Classification des descripteurs en lien avec une définition de la communication

- 
1. Une tâche qui suscite quelques réticences : définir la communication
    - la communication est difficile à définir à cause de sa complexité et de son omniprésence et des éléments culturels qui peuvent introduire des biais
    - la communication serait plus facile à définir si les professionnels étaient outillés d'une approche sociologique
    - la définition de la communication doit inclure des aspects qui sont travaillés en intervention
    - la définition de la communication n'est pas essentielle à l'intervention
    - la communication n'est pas une habitude de vie mais fait partie de ou est centrale à plusieurs habitudes de vie
  2. Une tâche encadrée : définir la communication pour les besoins du PPH
    - la communication est un préalable à la réalisation des habitudes de vie, à la participation sociale
    - la communication n'est pas nécessaire à la réalisation de certaines habitudes de vie
    - la communication est un ensemble d'aptitudes qui permettent de transmettre des informations, un message
    - la communication est une activité constante et l'utilisation de moyens de communiquer est une activité courante
  3. Définir la communication en s'inspirant de la pratique en orthophonie et en audiologie
    - les patients/clients affectés d'un problème de communication ont une moins bonne qualité de vie ou des handicaps importants
    - la communication est le domaine de spécialisation des orthophonistes et des audiologistes
    - la communication est parfois mal représentée dans divers instruments d'évaluation
  4. Définir la communication en dressant la liste des éléments à retenir  
*selon l'orthophoniste/l'audiologiste, pour qu'il y ait communication, il faut*
    - une personne (sa présence, son corps, son esprit, ses affects)
    - la présence simultanée de deux personnes, émetteur et récepteur
    - des systèmes et des capacités expressives et réceptives intègres, adéquats
    - des habiletés cognitivo-linguistiques, des pré-requis sensoriels, moteurs et relationnels
    - un message, de l'information
    - un code, le langage
    - un échange, un feedback, une réponse
    - une intention, une volonté de communiquer, des opportunités
    - que le processus soit efficace*pour l'orthophoniste/l'audiologiste, la communication*
    - est fondamentale, elle permet de (sur)vivre
    - permet de transmettre et de recevoir de l'information, de véhiculer quelque chose ou d'interagir en vue d'établir des liens
    - permet d'entrer en relation, de se relier aux autres, s'intégrer dans un milieu
    - est une fonction qui sert à réagir et à faire réagir, réaliser des rôles sociaux, construire l'identité
    - peut être influencée par le contexte, les personnes et leurs actions, le message et son mode, la culture et les circonstances
  5. Définir la communication selon des principes systémiques
    - la communication est une relation circulaire et réciproque entre 2 ou plusieurs personnes et comprend la définition de la relation (ordre) et la transmission d'informations (indice)
    - les capacités relationnelles se construisent en même temps que la communication et l'utilisation d'un code
    - la relation prime sur la transmission d'informations
    - l'absence de mots, de paroles, d'intention n'empêche pas la communication
-

## **1. Une tâche qui suscite quelques réticences : définir la communication**

la communication est difficile à définir à cause de sa complexité et de son omniprésence et des éléments culturels qui peuvent introduire des biais

9. Pour l'audiologiste la communication est un concept éclaté qu'il est difficile de définir sans être réducteur, ce qui rend la tâche du comité de l'Ordre plutôt inconfortable (P1, lignes 360-382)
85. L'orthophoniste trouve que la communication est complexe et difficile à définir (P11, lignes 784-790)
86. L'orthophoniste trouve difficile de mettre la communication dans une petite boîte comme on le fait dans le PPH (P11, lignes 893-894)
133. La communication est difficile à définir parce qu'elle est partout, qu'elle chapeaute tout (gr.1, lignes 364-367)
169. Si la communication est une activité courante, elle doit se retrouver dans les habitudes de vie mais il est difficile de savoir comment en rendre compte (gr.2, lignes 399-406)
170. La communication doit être définie en lien avec l'environnement, social, humain, physique mais la tâche paraît complexe (gr.2, lignes 426-443)
222. La définition de la communication peut être biaisée parce qu'elle dépend de la culture mais il est possible de trouver des universaux (gr.3, lignes 573-579)

### *Autres descripteurs*

83. Selon l'orthophoniste, la communication, qui nous permet d'entrer en relation avec les gens, est très importante puisqu'elle influence toutes les sphères de notre vie (P11, lignes 769-775)
174. La communication peut être caractérisée par les adjectifs complexe, interactive, circulaire, séquentielle, réciproque, rituelle, éphémère (gr.2, lignes 532-541)
175. La communication est aussi concrète, interprétée, subjective, créative, facilitante (gr.2, lignes 544-551)

la communication serait plus facile à définir si les professionnels étaient outillés d'une approche sociologique

11. L'audiologiste pense que les orthophonistes et les audiologistes seraient plus habiles à définir la communication s'ils étaient outillés avec une approche sociologique de la communication (P1, lignes 566-577)

### *Autre descripteur*

161. La tendance des orthophonistes et audiologistes est de voir que la communication existe seulement entre les humains alors qu'elle peut être définie plus largement (gr.2, lignes 228-233)

la définition de la communication doit inclure des aspects qui sont travaillés en intervention

130. La définition de la communication doit inclure les aptitudes personnelles en lien avec la compréhension et l'apprentissage parce que l'orthophoniste travaille sur ces aspects (gr.1, lignes 301-312)
140. La définition de la communication sera idéale si elle peut servir de base pour décider des objectifs d'une intervention une fois le diagnostic posé (gr.1, lignes 640-645)
142. La définition de la communication devra couvrir les domaines enseignés en orthophonie, donc les bases linguistiques, motrices et sensorielles, pour orienter l'intervention (gr.1, lignes 655-676)

### *Autre descripteur*

191. La communication doit être définie en tenant compte de ce qui appartient à la personne, à l'environnement et des besoins des orthophonistes et audiologistes (gr.2, lignes 1500-1508)

la définition de la communication n'est pas essentielle à l'intervention

13. L'audiologiste ne s'arrête pas à la définition de la communication quand il rencontre un client et quand il lit la définition proposée par le CQCIDIH, il la trouve correcte même si elle est abstraite et très générale (P2, lignes 283-301, 306-309)
15. L'audiologiste ne s'arrête pas à la communication durant son intervention parce que c'est quelque chose de trop général (P2, lignes 371-380)

la communication n'est pas une habitude de vie mais fait partie de ou est centrale à plusieurs habitudes de vie

2. Pour l'audiologiste, la communication n'est pas une habitude de vie parce qu'elle transcende toutes les autres habitudes de vie (P1, lignes 218-230)
3. L'audiologiste donne l'exemple des habitudes en lien avec la nutrition pour montrer que la communication est présente dans cette habitude (P1, lignes 224-236)
41. Dans le cadre des discussions sur l'habitude de vie communication, l'orthophoniste se demande si l'on ne communique pas toujours en ayant un but qui est lié à une autre habitude de vie (P7, lignes 540-545)
82. L'orthophoniste trouve que la communication est un concept difficile à placer dans l'une des cases du modèle du QCIDIH parce qu'elle est centrale à beaucoup de choses (P11, lignes 677-686)

**2. Une tâche encadrée : définir la communication pour les besoins du PPH**la communication est un préalable à la réalisation des habitudes de vie, à la participation sociale

44. La communication comme le déplacement sont des outils pour réaliser des habitudes de vie comme le travail (P7, lignes 715-723)
48. Comme la communication est présente dans à peu près toutes les habitudes de vie, l'audiologiste est tentée d'en faire un préalable à la réalisation des habitudes de vie (P8, lignes 878-893)
53. Selon l'audiologiste, la communication est presque un préalable à la participation sociale (P8, lignes 1026-1028)
155. La communication permet de réaliser des habitudes de vie et l'échange entre deux personnes, donc elle est définie comme une activité d'émission et de réception de message codé dans le but de réaliser des habitudes de vie (gr.2, lignes 34-48)
183. Toutes les habitudes de vie de la classification impliquent à divers degrés la communication (gr.2, lignes 829-831)

la communication n'est pas nécessaire à la réalisation de certaines habitudes de vie

184. Avant de changer la communication de catégorie dans le PPH, il faut se demander si la communication est toujours présente dans toutes les interactions (gr.2, lignes 839-854)
185. La communication n'est pas toujours nécessaire ou présente dans des habitudes de vie comme se nourrir ou l'hygiène (gr.2, lignes 859-880)

la communication est un ensemble d'aptitudes qui permettent de transmettre des informations, un message

47. L'audiologiste considère que la communication, qui est son domaine de spécialisation, ne devrait pas faire partie des habitudes de vie mais plutôt des aptitudes (P8, lignes 836-837, 850-865)
51. Pour l'audiologiste, la communication c'est l'ensemble des aptitudes qui permettent de transmettre des informations sous différentes formes (P8, lignes 1011-1018)
52. Pour l'audiologiste, la communication comprend aussi le port de parfum dans l'intention de charmer l'autre puisqu'il y a transmission d'un message (P8, lignes 1021-1026)

la communication est une activité constante et l'utilisation de moyens de communiquer est une activité courante

159. La communication concerne tout le monde, elle est une activité courante, quotidienne et constante (gr.2, lignes 191-198)
181. La communication n'est pas tant une activité courante qu'une activité constante, comme la respiration (gr.2, lignes 769-770)
182. C'est l'utilisation de moyens de communication qui est une activité courante et non pas la communication elle-même (gr.2, lignes 771-774)

*Autre descripteur*

179. La prise de notes est un moyen de communication mais n'est pas de la communication (gr.2, lignes 704-708, 712)

**3. Définir la communication en s'inspirant de la pratique en orthophonie et en audiologie**les clients/patients affectés d'un problème de communication ont une moins bonne qualité de vie ou des handicaps importants

1. L'audiologiste définit l'habitude de vie "communication" en la liant avec la qualité de vie et la satisfaction de la personne par rapport à sa qualité de vie (P1, lignes 208-222)
4. Pour l'audiologiste, la qualité de vie d'une personne est diminuée lorsqu'elle a des problèmes à communiquer et qu'elle doit faire des efforts pour parvenir à communiquer aussi bien (P1, lignes 252-265)
36. L'orthophoniste trouve le langage plus important que la vision parce que la qualité de vie des personnes qui ne communiquent pas est inférieure à celle des aveugles (P6, lignes 403-407)
64. L'orthophoniste a dû souvent insister pour que soit considéré le langage et la communication comme des dimensions aussi importantes que le fait de marcher (P9, lignes 1066-1076)
66. L'orthophoniste pense que la disparition de la catégorie "communication" de la classification des habitudes de vie aurait eu pour effet de minimiser les problèmes de communication (P9, lignes 1103-1116)
100. L'orthophoniste sait que selon leur sensibilité à l'importance de communiquer, les parents considéreront les difficultés à communiquer comme un drame ou non (P14, lignes 1140-1147)
101. L'orthophoniste considère que les conséquences des handicaps au plan de la communication et des apprentissages sont énormes et qu'il y a peu à offrir aux enfants affectés (P14, lignes 1177-1188)

la communication est le domaine de spécialisation des orthophonistes et des audiologistes

65. L'orthophoniste sait que parfois la communication est vue comme une activité de la vie quotidienne et que les ergothérapeutes s'occupent des problèmes de communication des patients plutôt que de les référer (P9, lignes 1086-1111)
91. Lorsqu'il y a des activités à organiser pour un patient aphasique ou lorsqu'il faut régler des situations de communication, on fait maintenant appel à l'orthophoniste (P12, lignes 842-851)
190. Il est difficile pour des orthophonistes de retirer la communication de la liste des habitudes de vie pour la redistribuer dans chacune des autres habitudes de vie (gr.2, lignes 1350-1360)
192. Il est risqué d'enlever l'item communication de la liste des habitudes de vie parce que cela fait disparaître les aspects orthophonique et audiolgique et confine les professionnels à l'évaluation des aptitudes (gr.2, lignes 1727-1739)
223. La conception de la communication va au-delà d'un modèle émetteur-message-récepteur et peut donner accès à davantage de pathologies et aider à justifier le rôle des professionnels (gr.3, lignes 608-625)
224. Une définition plus large de la communication justifie le rôle de la profession vis-à-vis des autres intervenants des réseaux (gr.3, lignes 629-641)

*Autre descripteur*

40. L'orthophoniste est forcée de réfléchir aux rôles de l'orthophonie et de la communication dans la globalité du fonctionnement de la personne afin d'inclure la communication dans un instrument d'évaluation fonctionnelle simple à utiliser (P7, lignes 354-380)

la communication est parfois mal représentée dans divers instruments d'évaluation

37. Dans un questionnaire expérimental sur les habitudes de vie, l'orthophoniste trouvait que la communication n'était pas suffisamment représentée et elle croit que lors de la journée d'étude de

l'OOAQ, le groupe des ortho/audio a fait valoir l'omniprésence de la communication (P6, lignes 441-459)

39. Dans des discussions sur la nature de la communication, l'orthophoniste doit parfois insister sur la différence entre la communication écrite et l'orale (P7, lignes 334-338)
56. L'orthophoniste aide les infirmières à coter la communication fonctionnelle des patients admis parce que l'échelle de la MIF ne comprend que 2 items, la compréhension et l'expression (P9, lignes 355-365, 375-383, 436-443)
57. L'orthophoniste juge inadéquate la section portant sur la communication de la MIF (P9, lignes 410-412)
58. Pour combler les lacunes de la MIF, l'orthophoniste intègre les dimensions évaluées dans une autre échelle pour coter la communication fonctionnelle (P9, lignes 421-443)
62. L'orthophoniste s'intéresse depuis longtemps à la communication fonctionnelle et à des moyens de quantifier le déficit et la communication d'un patient tout en sachant qu'elle travaille surtout sur le linguistique (P9, lignes 808-818, 822-827)

#### **4. Définir la communication en dressant la liste des éléments à retenir**

selon l'orthophoniste/l'audiologiste, pour qu'il y ait communication, il faut :

une personne (sa présence, son corps, son esprit, ses affects)

21. Selon l'orthophoniste, la parole n'est pas toujours nécessaire à la communication puisque la présence et le non-verbal sont des outils qui permettent de communiquer (P3, lignes 660-674)
34. Pour l'orthophoniste, la communication est faite de tout ce qu'est la personne, corps, esprit, affect (P5, lignes 571-573)

la présence simultanée de deux personnes, émetteur et récepteur

35. Pour l'orthophoniste, la communication est un échange entre deux personnes qui sont dans différents états, lesquels doivent être pris en compte dans l'intervention (P5, lignes 574-586)
97. Pour l'orthophoniste, le modèle émetteur-récepteur est un modèle de base mais la communication ne se passe pas uniquement en ligne droite, la personne pouvant communiquer ses sentiments et son vécu (P13, lignes 842-855)
98. Même si pour elle tous les actes d'une personne veulent dire quelque chose, l'orthophoniste considère que la communication nécessite la présence de 2 personnes (P13, lignes 858-881)
135. La communication n'existe pas si l'on est seul parce que personne n'assiste à l'acte de parler (gr.1, lignes 419-421, 434-436)
193. La définition doit absolument tenir compte de l'aspect relationnel, donc de l'émetteur et du récepteur (gr.3, lignes 12-13)
217. La communication est une caractéristique de l'être humain, elle implique plus d'une personne, elle est à la fois forme, contenu et utilisation (gr.3, lignes 499-501)

des systèmes et des capacités expressives et réceptives intègres, adéquats

96. Selon l'orthophoniste, communiquer, c'est être capable de s'exprimer et de comprendre globalement, en utilisant, gestes, regards et mimiques (P13, lignes 828-842)
165. Le volet réceptif de la communication implique la compréhension des sous-entendus, du contexte, des perceptions (gr.2, lignes 286-296)
195. L'émetteur doit avoir un système linguistique et phonatoire intègre, doit avoir du contenu et savoir comment le formuler (gr.3, lignes 85-100)
196. Le récepteur doit avoir un système auditif intègre et des capacités cognitivo-linguistiques (gr.3, lignes 102-105)
197. La communication doit comprendre les éléments ayant trait à la connaissance des règles du langage, à la compréhension, elle est sous forme orale, écrite et non-orale (gr.3, lignes 110-117)

203. La partie la plus importante de la communication a trait à l'interaction, qui doit être fonctionnelle, c'est-à-dire que les aspects pragmatiques doivent être adéquats (gr.3, lignes 213-224)

*Autres descripteurs*

77. Pour l'orthophoniste, un problème de communication est aussi une atteinte des habiletés sociales qui est souvent de l'ordre des pathologies psychiatriques et ne comprend ni la surdité ni le bégaiement (P10, lignes 387-399)
207. La communication implique des fonctions linguistiques, psychologiques et sociales (gr.3, lignes 314-317)

des habiletés cognitivo-linguistiques, des pré-requis sensoriels, moteurs et relationnels

115. La communication est une interaction qui nécessite des habiletés de base (gr.1, lignes 35-37)
116. Les habiletés linguistiques, motrices et cognitives sont interreli es et font partie de la communication (gr.1, lignes 37-48)
120. Pour qu'il y ait communication, il doit y avoir des composantes organiques, fonctionnelles et cognitives mais aussi des pré-requis relationnels (gr.1, lignes 79-85)
131. La communication et les habiletés cognitivo-linguistiques s'influencent et donc la définition de la communication ne peut pas en faire abstraction (gr.1, lignes 327-335)
146. Les habiletés personnelles requises pour la communication seraient analogues aux bases de données qui communiquent entre elles selon des modes de gestion (gr.1, lignes 730-736)
148. La communication a un caractère fondamental, elle est possible grâce aux pré-requis linguistiques, cognitifs, sensoriels et moteurs et elle est aussi relationnelle (gr.1, lignes 846-856)

*Autres descripteurs*

75. L'orthophoniste réserve le terme "trouble de la communication" aux difficultés d'utilisation fonctionnelle du langage, c'est-à-dire lorsque la transmission d'information n'est pas adéquate (P10, lignes 334-335, 347-364)
124. Les pré-requis à la communication ont davantage servi à exclure certains enfants de la clientèle des orthophonistes (gr.1, lignes 159-172)
210. L'analyse dynamique de l'information, l'intégration entrent dans la dimension cognitivo-communicative (gr.3, lignes 384-387)
211. Communiquer demande de s'impliquer dans un ou des réseaux (gr.3, lignes 392-394)
220. La communication est une fonction gradu e, elle peut être  labor e ou de base (gr.3, lignes 543-546)

un message, de l'information

5. L'audiologiste croit que la transmission d'un message diffère de la communication parce que celle-ci englobe le non-dit ou le caché (P1, lignes 266-295)
6. L'audiologiste ne croit pas que le silence et l'immobilité soient compris dans le langage non-verbal, il croit qu'ils font partie du message (P1, lignes 296-303)
7. Pour l'audiologiste, la communication est plus large que la transmission d'un message parce que le silence, qui en fait partie, peut être un message très puissant (P1, lignes 305-322)
8. L'audiologiste imagine difficilement la communication sans message (ou information) mais il constate parfois que l'information transmise par le message est peu importante et que parler sert à manifester sa présence (P1, lignes 324-357)
50. Selon l'audiologiste, on ne peut pas communiquer juste pour communiquer puisqu'il y a toujours une information v hicul e dans la communication (P8, lignes 1003-1005)
84. Selon l'orthophoniste, la communication est autant verbale que non-verbale, c'est la capacité de comprendre, intégrer et traiter de l'information puis à l'exprimer ou à verbaliser pour qu'une autre personne puisse à son tour l'intégrer (P11, lignes 775-783)

186. Le noyau de la communication demeure l'émission et la réception d'un message codé (gr.2, lignes 970-982)

un code, le langage

38. S'occuper de la communication signifie pour l'orthophoniste d'évaluer comment la personne écrit, lit, parle ou comprend (P6, lignes 614-645)
79. Pour l'orthophoniste, communiquer signifie entrer en interaction par le langage ou d'autres modes et il y a communication dans la mesure où il y a une réponse (P10, lignes 1168-1186)
204. Il existe différentes façons de communiquer, verbalement, par écrit, en compensant par des éléments extra-verbaux (gr.3, lignes 224-233)
218. La communication peut se diviser en verbale et non-verbale, la première faisant référence à l'aspect linguistique et la seconde aux gestes (gr.3, lignes 502-513)

*Autres descripteurs*

118. Le langage permet d'extérioriser et de maintenir un équilibre psychologique et sans la communication, la pensée est moins importante et moins riche (gr.1, lignes 63-70)
137. Les enfants sous-stimulés ou les personnes sourdes ne peuvent préciser leur pensée ou la rendre plus subtile quand ils communiquent parce qu'ils n'ont pas le vocabulaire ou ne comprennent pas les mots de relation (gr.1, lignes 491-511)
138. Il faut aussi tenir compte de la manière de dire parce qu'une personne qui ne peut pas s'ajuster aux codes des différents groupes sociaux est handicapée (gr.1, lignes 514-524)
151. Malgré le caractère consensuel du code langagier, les interprétations peuvent différer (gr.1, lignes 951-968)
152. Le sens d'un mot peut être coloré par l'expérience d'une personne mais la définition que cette personne lui donne doit se rapprocher de celui que la majorité lui donne et ce, au nom d'une stabilité du code (gr.1, lignes 1011-1031)

un échange, un feedback, une réponse

68. Pour l'orthophoniste, communiquer signifie avoir une relation ou un échange verbal ou non avec une autre personne (P9, lignes 1263-1268)
92. Communiquer pour l'orthophoniste, c'est se comprendre, échanger, faire passer des faits, des émotions, des états d'âme, c'est aussi se tromper, changer d'idée, nuancer (P12, lignes 1077-1093)
102. Selon l'orthophoniste, la communication signifie être en relation et partager, cela n'est pas à sens unique, il doit y avoir un feedback (P14, lignes 1265-1278)
208. La communication implique une réaction, une adaptation à ce qui est dit, une transformation de la perception par exemple (gr.3, lignes 348-369)

*Autres descripteurs*

69. Selon l'orthophoniste, un trouble de la communication signifie avoir des problèmes à entrer en communication, à avoir un échange positif avec quelqu'un par n'importe quel moyen (P9, lignes 1269-1275)
128. La communication ne peut pas être seulement une interaction puisque l'écoute de la télévision ou la lecture du journal sont des comportements de communication sans interaction (gr.1, lignes 244-248)
129. L'action de lire ou de regarder la télévision n'est pas une interaction puisqu'il n'y a pas d'échange, donc la communication n'est pas seulement une interaction (gr.1, lignes 263-275)
149. La communication dans une seule voie, sans échange, comme lire le journal, écouter la télévision, tient du traitement d'information plutôt que de la communication (gr.1, lignes 861-866, 869-873)
150. La danse est une façon de communiquer par le corps qui est sujette à interprétation mais qui est aussi une communication sans échange, le spectateur étant seulement un récepteur d'informations (gr.1, lignes 939-947)

une intention, une volonté de communiquer, des opportunités

- 28. Selon l'orthophoniste, l'enfant communique même s'il ne trouve pas les bons mots, c'est son intention qui est perturbée (P4, lignes 372-384)
- 90. Pour l'orthophoniste, le goût de communiquer est lié à la revalorisation et à l'estime de soi (P12, lignes 598-601)
- 121. Les pré-requis organiques doivent être associés au désir de communiquer (gr.1, lignes 90-91)
- 123. Les seuls pré-requis pour la communication seraient les opportunités de le faire et ce sont les façons dont certains communiquent qui sont parfois inconnues (gr.1, lignes 140-150)
- 164. La communication comprend la transmission d'un message, intentionnel, qui peut être oral, écrit, gestuel, visuel (gr.2, lignes 275-281)

*Autre descripteur*

- 27. Pour l'orthophoniste, la communication ne se limite pas au langage chez les enfants autistes par exemple, qui communiquent de manière non acceptable parce que leurs intentions de communication sont réduites et leurs moyens mal utilisés (P4, lignes 347-371)

que le processus soit efficace

- 143. À la base, la communication doit être efficace et c'est lorsqu'elle est inefficace à cause de pathologies diverses que l'orthophoniste intervient (gr.1, lignes 685-701)
- 144. L'efficacité de la communication a peut-être des liens avec sa qualité ou le niveau de langage et le contexte dans lequel il est approprié (gr.1, lignes 705-711)
- 145. L'efficacité de la communication comprend le choix des mots, la façon de se présenter selon les différents contextes (gr.1, lignes 714-721)

*Autre descripteur*

- 70. L'orthophoniste privilégie le code linguistique pour la communication parce que c'est un code commun, facile et appris mais lorsque la personne ne peut plus communiquer par le langage, un autre code peut être développé et rendu efficace (P9, lignes 1275-1283)

l'orthophoniste/l'audiologiste reconnaît que la communicationest fondamentale, elle permet de (sur)vivre

- 10. L'audiologiste se demande si l'on est un être humain quand on ne communique pas et pense qu'on doit mourir quand on naît avec une incapacité totale de communiquer (P1, lignes 460-461, 484-494, 537-543)
- 12. Pour l'audiologiste, communiquer est une fonction vitale, l'animal qui ne communique pas en meurt tandis que les humains qui ne communiquent pas verbalement le font par d'autres moyens (P1, lignes 582-601)
- 26. Pour l'orthophoniste, la communication est à la fois sociale, cognitive et langagière, elle permet d'entrer en relation avec quelqu'un pour dire ce que l'on veut, elle est fondamentale (P4, lignes 334-350)
- 67. Communiquer pour l'orthophoniste est une activité aussi fondamentale que celles de marcher et de manger (P9, lignes 1116-1121)
- 134. La communication est fondamentale à l'activité humaine et animale puisqu'il ne semble pas exister de société ni d'êtres vivants qui ne communiquent pas (gr.1, lignes 370-378)
- 219. Communiquer est essentiel à la vie en société, les comateux ne communiquent pas (gr.3, lignes 519-524)

permet de transmettre et de recevoir de l'information, de véhiculer quelque chose ou d'interagir en vue d'établir des liens

- 42. Pour l'orthophoniste, la communication est un outil qui permet de transmettre et de recevoir de l'information mais qui est aussi utilisé pour développer des liens, s'épanouir et avancer dans la vie (P7, lignes 681-697)

93. Pour l'orthophoniste, parler est un moyen et non pas une fin en soi, parler sert à véhiculer quelque chose et c'est une déformation professionnelle que de se centrer uniquement sur la structure, la forme ou le mot en thérapie (P12, lignes 1096-1110)
171. La communication peut être représentée avec trois pôles, l'échange d'information, les relations avec les autres dans un environnement et l'action humaine qui sert à modifier le milieu (gr.2, lignes 463-470)
194. La communication aurait 2 buts, la transaction ou l'émission de message et l'interaction qui sert à établir des liens (gr.3, lignes 26-34)
205. La communication est une interaction sociale, qui a pour fonction d'établir des liens et a aussi une fonction transactionnelle (gr.3, lignes 281-286)

*Autre descripteur*

172. La communication ne peut pas être définie comme une action humaine puisque les animaux et les plantes ont des relations et s'informent aussi (gr.2, lignes 474-482)

permet d'entrer en relation, de se relier aux autres, s'intégrer dans un milieu

154. Communiquer c'est avant tout développer des relations, être social (gr.1, lignes 1064-1066)
157. La communication est d'abord une interaction, mais aussi une mise en commun (gr.2, lignes 86-92)
158. Communiquer, c'est livrer un message et se mettre en relation avec quelqu'un d'autre (gr.2, lignes 159-172)
163. La communication et le langage permettent de se relier aux autres, à un savoir (gr.2, lignes 265-272)
180. Entrer en relation signifie communiquer (gr.2, lignes 729)
198. Communiquer, c'est être en relation ou en contact, s'intégrer dans un milieu, s'actualiser, c'est un acte social (gr.3, lignes 119-130, 149)

est une fonction qui sert à réagir et à faire réagir, réaliser des rôles sociaux, construire l'identité

20. Selon l'orthophoniste, la communication permet de s'actualiser, d'exprimer son identité, d'entrer en relation, d'apprendre, de s'impliquer dans son milieu de vie (P3, lignes 646-660)
94. Selon l'orthophoniste, on cherche à se valoriser en parlant, à être quelqu'un (P12, lignes 1124-1126)
103. L'orthophoniste croit que communiquer, c'est prendre une place dans la société et que c'est une condition d'acceptation (dans la société) (P14, lignes 1314-1321)
105. Pour l'orthophoniste, communiquer veut dire être au monde, réagir aux autres, les faire réagir et faire des liens pour se construire et grandir (P14, lignes 1351-1361)
117. La communication sert à informer, argumenter, se définir et être défini par les autres, extérioriser ce qui va mal (gr.1, lignes 51-63)
119. La communication permet de se réaliser et de réaliser des rôles et des habitudes de vie (gr.1, lignes 70-74)
209. La communication implique aussi l'actualisation de soi, des rôles sociaux (gr.3, lignes 376-378)
212. La communication est un comportement qui n'a pas son contraire, qui transforme et qui sert à (re)construire l'identité (gr.3, lignes 399-414)
213. La façon dont on s'exprime, les mots, les hésitations sont des révélateurs d'identité (gr.3, lignes 425-431)
215. Communiquer est une des principales fonctions de l'être humain, elle lui permet de se réaliser (gr.3, lignes 452-457)

peut être influencée par le contexte, les personnes et leurs actions, le message et son mode, la culture et les circonstances

23. L'orthophoniste rencontre les familles pour les aider à mieux communiquer avec ses clients (P3, lignes 744-755)
24. Selon l'orthophoniste, la communication normale est différente d'une personne à l'autre et dépend aussi des activités auxquelles la personne prend part (P3, lignes 1306-1320)
61. L'orthophoniste pense qu'un tableau de communication permet à certains patients d'exprimer des besoins et facilite la communication avec la famille (P9, lignes 767-785)
71. L'orthophoniste trouve que la famille doit être traitée autant que le patient lorsqu'il y a problème de communication causé par l'aphasie (P9, lignes 1291-1300)
72. Selon l'orthophoniste, si la famille pouvait se rendre aux thérapies du patient, elle apprendrait comment communiquer avec la personne aphasique afin que celle-ci puisse retrouver sa place à la maison (P9, lignes 1297-1320)
87. L'orthophoniste montre d'autres façons de communiquer aux couples qu'elle observe en interaction (P12, lignes 125-128)
110. Lorsqu'elle rencontre les parents et l'enfant, l'orthophoniste introduit l'idée que l'enfant communique différemment selon les personnes et les contextes (P17, lignes 192-204)
126. La communication entre un interlocuteur sain et une personne qui a un trouble étant débalancée, l'orthophoniste doit montrer à la personne saine comment interagir pour que la communication se fasse (gr.1, lignes 202-224)
127. La communication peut évoluer s'il y a rééducation de l'interlocuteur et de la personne atteinte et progrès du côté de l'interlocuteur (gr.1, lignes 229-235)
132. La définition de la communication devrait tenir compte des variables culturelles et des façons différentes de communiquer selon les cultures (gr.1, lignes 342-361)
147. La définition de la communication dans le PPH doit inclure l'aspect interactionnel parce que la communication peut changer en absence de trouble de parole, de langage ou de l'audition (gr.1, lignes 760-776)
176. Pour réussir à établir une relation et communiquer avec une personne qui a un trouble, les habiletés de l'interlocuteur sont fondamentales pour suppléer au manque du mot par exemple (gr.2, lignes 565-584)
178. La définition de la communication doit aussi tenir compte des activités où le lien immédiat entre deux personnes est moins présent, comme dans la communication écrite (gr.2, lignes 652-668)
187. La communication qui vise l'échange d'information diffère de celle qui existe entre les membres d'un couple par exemple (gr.2, lignes 1023-1032)
199. La communication est différente selon son caractère immédiat ou différé, l'émetteur et le récepteur n'étant pas au même endroit (gr.3, lignes 163-168)
201. L'objet du message peut être de nature différente et rendre la communication plus ou moins facile (gr.3, lignes 184-188)
202. Les différences de statut peuvent influencer la communication (gr.3, lignes 200-202)
206. La communication est influencée par l'interlocuteur, c'est une activité dynamique qui est analysée constamment (gr.3, lignes 310-314)
216. La communication est très dépendante du contexte, du milieu, de l'endroit, du temps, de l'interlocuteur, de la manière (gr.3, lignes 483-484)

*Autres descripteurs*

31. Selon l'orthophoniste, l'absence de problème de communication n'est pas une garantie que la communication peut s'établir entre deux personnes (P4, lignes 499-504)
160. La communication n'implique pas nécessairement une relation entre deux humains puisque l'on peut communiquer avec un animal ou encore en différé (gr.2, lignes 206-221)

162. La communication est une interaction dans une dyade, une famille. un groupe mais elle existe aussi entre soi et soi comme dans le cas d'un journal intime (gr.2, lignes 234-257)
221. Il peut y avoir un problème de communication si deux personnes ne parlent pas la même langue (gr.3, lignes 554-556)

### **5. Définir la communication selon des principes systémiques**

#### la communication est une relation circulaire et réciproque entre 2 ou plusieurs personnes et comprend la définition de la relation (ordre) et la transmission d'informations (indice)

112. L'orthophoniste définit la communication comme une relation circulaire et réciproque entre deux ou plusieurs individus, qui comprend les volets définition de la relation et transmission d'informations (P17, lignes 1291-1310)
125. La communication peut être définie sous deux aspects, indice et ordre, le premier renvoie au contenu du message donc à la transmission d'information tandis que le second fait appel à la relation et à la façon dont l'interlocuteur doit entendre le message (gr.1, lignes 191-201)
139. Communiquer c'est à la fois transmettre un contenu et la façon dont le contenu doit être entendu, c'est un processus circulaire (gr.1, lignes 596-600)
156. La communication, c'est d'abord une interaction dans laquelle un message est transmis puis une relation qui s'établit laquelle peut influencer l'interprétation du message (gr.2, lignes 61-82)
166. Le message serait double, formel et relationnel (gr.2, lignes 297-300)

#### *Autre descripteur*

111. Selon l'orthophoniste, la conception de la communication sous-jacente au modèle médical est très simpliste puisque l'aspect relationnel et la circularité de la communication ne sont pas pris en compte (P17, lignes 778-784)

#### les capacités relationnelles se construisent en même temps que la communication et l'utilisation d'un code

122. Les capacités relationnelles se construisent en même temps que la communication (gr.1, lignes 122-132)
136. La communication et l'utilisation d'un code se construisent en même temps que s'établissent et se développent les relations (gr.1, lignes 472-480)
153. Communiquer, c'est utiliser un code que l'on construit par le biais des relations (gr.1, lignes 1058-1059)
177. Les observations du développement normal de la communication chez les enfants et les différences dans leurs interactions avec différentes personnes peuvent servir de base pour définir la communication (gr.2, lignes 593-609)

#### la relation prime sur la transmission d'informations

113. Selon l'orthophoniste, la relation prime sur la transmission d'information parce que le contenu perd sa signification quand il y a une difficulté relationnelle (P17, lignes 1307-1327)
173. Les discussions sur la communication mettent en lumière l'importance de la relation par rapport au contenu et l'ajustement continu en interaction (gr.2, lignes 515-526)

#### *Autre descripteur*

29. Quand elle intervient, l'orthophoniste considère que le plaisir est important et travaille d'abord à développer la relation avec l'enfant et ses parents avant de viser des objectifs plus précis de communication (P4, lignes 424-437)

#### l'absence de mots, de paroles, d'intention n'empêche pas la communication

19. L'orthophoniste voit des clients qui ont de la difficulté à communiquer mais qui, en groupe, sont très expressifs ou très entourés et qui doivent croire qu'ils communiquent quelque chose de positif (P3, lignes 620-644)

- 89. Quand l'orthophoniste voit jouer aux cartes des personnes dont l'aphasie est sévère, elle sait que la communication n'est pas uniquement une affaire de mots (P12, lignes 558-578)
- 167. L'aspect relationnel du message ne se réduit pas à la dimension pragmatique puisqu'il y a communication même si l'on ne parle pas à l'autre (gr.2, lignes 308-324)
- 188. Pour qu'il y ait communication, il n'est pas nécessaire qu'il y ait intention (gr.2, lignes 1045-1051)
- 189. La communication ne résulte pas toujours d'une intention ou n'est pas toujours volontaire, consciente (gr.2, lignes 1054-1069)
- 214. Communiquer peut vouloir dire que le message ne correspond pas à l'intention (gr.3, lignes 441-443)

*Autre descripteur*

- 49. Selon l'audiologiste, même privée de ses sens ou de contacts avec d'autres humains une personne pourrait quand même communiquer (P8, lignes 896-912)

Descripteurs écartés de la classification (N=36)

- 14. Quand il y a un trouble, l'audiologiste décortique la communication en plus petites composantes en vérifiant l'audition et la prothèse, en travaillant avec l'interlocuteur sur le message et sa clarté et en s'intéressant aux interférences de l'environnement (P2, lignes 323-355)
- 16. Lorsqu'il sent que la communication se fait mal pour une personne, l'audiologiste met de côté l'évaluation globale et vérifie le fonctionnement de la prothèse auditive pour s'assurer que la communication se fait bien (P2, lignes 443-447)
- 17. Lorsque ses clients sont retournés au travail, l'orthophoniste continue de les suivre et de travailler certaines capacités afin que les difficultés de communication résiduelles ne leur nuisent pas (P3, lignes 174-190)
- 18. Parce qu'elle ne conçoit pas de travailler la communication en vase clos, l'orthophoniste parle de ses clients à tous les membres de l'équipe interdisciplinaire et les informe de ses objectifs d'intervention (P3, lignes 425-437)
- 22. L'orthophoniste doit parfois motiver ses clients à communiquer et à participer dans les autres groupes pour donner un sens à son intervention (P3, lignes 690-700)
- 25. L'orthophoniste considère qu'il faut avoir des connaissances générales pour pouvoir communiquer avec les clients (P3, lignes 1545-1564)
- 30. L'orthophoniste considère comme un échec une communication qui n'arrive pas à faire tomber les barrières entre elle et son interlocuteur et qui n'atteint pas son but (P4, lignes 468-479)
- 32. Pour l'orthophoniste, les plans d'intervention tout faits ne tiennent pas compte du contexte et du caractère évolutif de la communication (P4, lignes 1407-1411)
- 33. Pour l'orthophoniste, la communication n'est pas un concept à part, elle se situe à l'intérieur de la personne (P5, lignes 547-551)
- 43. Selon l'orthophoniste, lorsqu'il y a un trouble de communication, les répercussions sont à tous les niveaux et la personne doit trouver une autre façon de s'épanouir et de développer des liens (P7, lignes 697-710)
- 45. Selon l'orthophoniste, le développement de l'outil communication verbale permettrait à son fils de réaliser des habitudes de vie parce qu'éventuellement, on ne lui permettra plus de s'exprimer non-verbale (P7, lignes 745-760)
- 46. Pour représenter les obstacles à l'intégration au travail, l'audiologiste pense utiliser le modèle d'une chaîne de communication basé sur des notions du CQCIDIH (P8, lignes 707-718, 737-743, 772-776)
- 54. L'audiologiste n'a pas de définition convaincante de la communication mais les discussions sur le modèle du CQCIDIH l'ont amené à se poser des questions sur la communication (P8, lignes 1137-1145)
- 55. L'orthophoniste situe son travail dans un contexte de communication mais elle spécifie que dans un milieu de réadaptation fonctionnelle intensive, c'est surtout le langage qui la préoccupe (P9, p. 4)

59. L'orthophoniste se demande ce que son patient a besoin pour communiquer dans la vie de tous les jours et ajuste en fonction ses objectifs d'intervention (P9, lignes 473-482)
60. L'orthophoniste pense que les familles sont aidantes parce qu'elles avaient une bonne relation et une bonne communication avant l'ACV (P9, lignes 563-573)
63. L'orthophoniste croit que la vision de la réadaptation a changé puisqu'elle tient compte de ce qui manque à l'utilisateur pour communiquer et de la façon dont il communique (P9, p.31)
73. L'orthophoniste croit qu'en traitant le langage et la parole, elle traite seulement une partie (des problèmes?) (P9, lignes 1359-1364)
74. L'orthophoniste n'aime pas la nouvelle mode d'utiliser le mot "communication" parce que cela est confondu ou mal perçu (P10, lignes 324-335)
76. Pour qu'il y ait "trouble de la communication", l'orthophoniste considère qu'il doit y avoir un déficit de la pragmatique (P10, lignes 365-383)
78. L'orthophoniste comprend l'insatisfaction des parents d'enfants en trouble de la communication parce que ces enfants ne donnent pas de feedback (P10, lignes 667-674, 688-689)
80. Pour expliquer la nature de son travail, l'orthophoniste dit qu'elle est spécialiste de la communication et énumère les différents aspects qu'elle évaluera et traitera (P11, lignes 124-147)
81. Lorsqu'elle évalue les habiletés sociolinguistiques, l'orthophoniste évalue les habiletés pragmatiques et l'utilisation des règles de la communication (P11, lignes 543-550)
88. Quand elle explique son rôle aux nouveaux patients, l'orthophoniste dit qu'elle vise l'amélioration de la communication (P12, lignes 321-334)
95. Selon l'orthophoniste, son rôle est d'évaluer la communication dans son ensemble et de donner des conseils et des moyens pour améliorer la communication (P13, lignes 132-137)
99. Lorsqu'elle intervient sur la communication en groupe, l'orthophoniste travaille les tours de parole, l'écoute, l'exécution de consignes (P14, lignes 376-380)
104. Quand l'orthophoniste voit que certaines personnes ont du mal à communiquer même s'ils ont tous les outils, elle retrouve du sens à travailler avec des enfants qui n'ont pas l'outil pour faire connaître leurs besoins (P14, lignes 1335-1343)
106. En participant aux réunions de l'AQPA, l'orthophoniste a eu l'occasion de démontrer aux personnes aphasiques les actes de la communication comme écouter la personne qui parle (P16, lignes 187-199)
107. L'orthophoniste est incapable de communiquer ce qu'elle a appris au contact des personnes aphasiques au sein de leur association (P16, lignes 283-303)
108. C'est lorsqu'elle a été amenée à réfléchir sur la condition des enfants déficients intellectuels que l'orthophoniste s'est intéressée à la pensée écosystémique de la communication (P17, lignes 73-86)
109. L'orthophoniste travaille en fonction de son patient désigné, l'enfant, en s'introduisant dans son environnement pour tenter de répondre à ses besoins de développement de communication (P17, lignes 139-151)
114. Quand l'orthophoniste parle de communication normale, c'est pour qualifier les étapes de développement des habiletés de transmission d'informations chez un enfant (P17, lignes 1328-1346)
141. L'enjeu de la définition n'est pas cerné donc il est difficile de savoir quelle approche utiliser pour la définir (gr.1, lignes 646-654)
168. Les aspects non-verbaux font partie de la transmission de messages codés qui servent à réaliser des habitudes de vie (gr.2, lignes 339-352)
200. La lecture du journal et l'écoute de la télévision ne sont pas des interactions puisqu'il n'y a pas de réponse (gr.3, lignes 175-182)
225. La communication est placée dans les habitudes de vie parce qu'elle résulte d'une interaction mais les aptitudes en lien avec le langage ont aussi un caractère interactif (gr.3, lignes 901-909)

## L'APPROCHE SYSTÉMIQUE OU ÉCOLOGIQUE (N=27)

L'orthophoniste qui adopte l'approche systémique dans sa pratique

- change sa façon de travailler auprès des clients/patients qui ont des déficiences
- ne cherche plus seulement à trouver le problème de langage pour le régler mais tente d'appréhender la complexité d'une situation
- tient compte des facteurs qui ne peuvent être changés en adaptant son intervention
- oriente son intervention en s'appuyant sur une hypothèse générée par un modèle qui prend en compte l'interaction de plusieurs facteurs
- reformule la demande de consultation pour que tous soient partie prenante de la solution mais en n'oubliant pas que le prétexte est un problème de communication
- s'intéresse aux différentes perceptions des parents du patient désigné
- s'intéresse aussi aux facteurs familiaux et au contexte plus large
- tient compte des connaissances et des attentes des parents et des enjeux liés aux problèmes de langage du patient désigné
- cherche à faciliter la relation entre les parents et le patient désigné en s'occupant des problèmes d'ajustement ou en activant des facteurs de protection dans le milieu de vie

## **L'orthophoniste qui adopte l'approche systémique dans sa pratique**

### change sa façon de travailler auprès des clients/patients qui ont des déficiences

- 140. L'orthophoniste a été mise en contact avec la pensée systémique et écologique de la communication au moment où elle a dû réfléchir à une autre façon de travailler auprès des enfants déficients intellectuels (P17, lignes 64-86)
- 141. Selon l'orthophoniste, le modèle écologique et systémique s'applique à toutes sortes de clientèles qui présentent un trouble de la communication (P17, lignes 88-92)
- 154. Selon l'orthophoniste, l'intervention écologique ou dans la perspective écologique peut changer les pratiques des orthophonistes de différents milieux (P17, lignes 666-684)
- 157. Selon l'orthophoniste, des écrits sur la thérapie familiale en orthophonie ont amorcé l'application de l'approche systémique dans les interventions (P17, lignes 790-797)
- 159. L'orthophoniste a mis du temps et des efforts pour trouver comment l'orthophonie peut être pratiquée à l'intérieur d'un modèle écosystémique (P17, lignes 1183-1192)

### ne cherche plus seulement à trouver le problème de langage pour le régler mais tente d'appréhender la complexité d'une situation

- 156. Avant de connaître le modèle écosystémique, l'orthophoniste avait l'impression de travailler sans modèle ou avec le modèle biomédical qui consiste à trouver et régler les problèmes de langage de l'enfant (P17, lignes 716-729)
- 164. L'orthophoniste croit que ses collègues ne sont pas toujours suffisamment rigoureuses parce qu'elles ne travaillent pas avec un modèle qui permet de savoir pourquoi tel type d'intervention et dans quel but (P17, lignes 801-810)

### tient compte des facteurs qui ne peuvent être changés en adaptant son intervention

- 150. Même si elle sait qu'elle ne peut pas changer certains facteurs, l'orthophoniste en tient compte dans son intervention en allant par exemple au domicile de personnes trop pauvres pour se déplacer (P17, lignes 431-448)
- 155. Quand elle travaille selon une perspective écologique, l'orthophoniste tient compte de l'existence de certains facteurs sans avoir toute l'information qui lui permettrait d'agir dessus (P17, lignes 690-707)
- 162. Comme elle sait que son intervention n'a pas d'impact sur le trouble neurologique, l'orthophoniste essaie d'intervenir sur les facteurs environnementaux (P17, lignes 425-429)

### oriente son intervention en fonction d'une hypothèse générée par un modèle qui prend en compte l'interaction de plusieurs facteurs

- 160. L'analyse écosystémique d'une situation permet à l'orthophoniste de se faire une hypothèse de travail qui guide son action et facilite l'intervention, ce qu'elle ne croit pas possible avec le modèle du CQCIDIH (P17, lignes 1266-1272)
- 163. L'orthophoniste croit que les interventions doivent être organisées en fonction d'un modèle large qui permet d'appréhender la complexité des situations et qui augmente les chances de répondre aux besoins de la clientèle (P17, lignes 763-778)
- 161. Quand elle s'intéresse à l'environnement plus large de l'enfant, l'orthophoniste pense que son intervention rejoint le modèle de la CIDIH parce qu'elle tient compte de l'interaction de plusieurs facteurs dans la création de situations de handicap (P17, lignes 405-425)
- 165. Les parallèles que l'orthophoniste voit entre le modèle écosystémique et celui du CQCIDIH concernent l'importance de l'interaction entre différents facteurs et la possibilité d'intervenir aussi sur l'environnement (P17, lignes 1135-1157)
- 166. L'orthophoniste a surtout apprécié la notion de facteurs environnementaux dans le modèle du CQCIDIH parce que cela se rapproche de l'écologie et de la systémique (P17, lignes 1193-1206)

reformule la demande de consultation pour que tous soient partie prenante de la solution mais en n'oubliant pas que le prétexte est un problème de communication

142. Parce qu'elle sait qu'une demande de consultation est toujours formulée en fonction du patient désigné et de ce qu'on pense qu'elle fait, l'orthophoniste répond à la demande en la reformulant afin de rendre les parents réceptifs et partie prenante de la solution au problème (P17, lignes 152-187)
158. L'orthophoniste croit qu'elle ne doit pas perdre de vue que le prétexte de sa présence dans une situation clinique est un problème de communication, lequel peut être causé ou alimenté par un problème de langage (P17, lignes 837-857)

s'intéresse aux différentes perceptions des parents du patient désigné

143. L'orthophoniste s'intéresse aux perceptions des parents en leur demandant de lui raconter ce qui se passe, lorsqu'elle trouve que l'enfant qu'on lui demande de traiter n'a pas vraiment de problème (P17, lignes 227-235, 239-249)
145. Dans son évaluation, l'orthophoniste s'intéresse aux perceptions des parents concernant leur propre rôle et celui qu'ils lui accordent dans le développement de la communication de l'enfant, concernant la compétence qu'ils se reconnaissent et celle qu'ils attribuent à l'enfant ainsi que leur perception du potentiel de l'enfant (P17, lignes 261-285, 299-306)

s'intéresse aussi aux facteurs familiaux et au contexte plus large

144. Lorsqu'elle évalue les besoins de l'enfant, l'orthophoniste documente les facteurs distaux et les facteurs proximaux que sont la relation parent/enfant, les pratiques éducatives, les styles d'interlocuteurs des parents et les perceptions des parents (P17, lignes 250-263)
149. Parce qu'elle veut savoir pourquoi la relation parents/enfant est plus ou moins ajustée, l'orthophoniste élargit sa perspective aux facteurs distaux, c'est-à-dire l'histoire personnelle des parents, leurs contraintes économiques, l'isolement social, les problèmes de réseau (P17, lignes 405-420)

tient compte des connaissances et des attentes des parents et des enjeux liés aux problèmes de langage du patient désigné

146. Quand elle s'intéresse à la valeur que les parents accordent à l'enfant, l'orthophoniste considère les enjeux ou les gains secondaires que les parents peuvent retirer du maintien du problème de langage chez l'enfant (P17, lignes 315-331)
147. L'orthophoniste s'intéresse aussi aux connaissances des parents parce qu'elle sait que cela va influencer leurs attentes et la stimulation (P17, lignes 356-358)

cherche à faciliter la relation entre les parents et le patient désigné en s'occupant des problèmes d'ajustement ou en activant des facteurs de protection dans le milieu de vie

148. Pour l'orthophoniste, la relation parents/enfant est importante et par conséquent elle doit s'occuper des problèmes d'ajustement et tenir compte des pratiques éducatives des parents avant de travailler les choses plus fines (P17, lignes 369-384, 394-405)
151. Pour l'orthophoniste, l'intervention qui porte sur l'écologie des familles et qui vise à créer par exemple un réseau de parents vivant en milieu défavorisé est très utile pour le développement du langage et de la communication chez les enfants (P17, lignes 472-492)
152. En travaillant à la création d'un réseau de parents, l'orthophoniste essaie d'activer un facteur de protection qui peut faciliter la relation parents/enfant et la stimulation du langage et de la communication (P17, lignes 522-549)
153. Quand elle travaille sur un facteur extérieur comme le milieu de vie de l'enfant, l'orthophoniste vise à rendre le milieu de l'enfant plus optimal par rapport à ses besoins (P17, lignes 551-568)

## Annexe 9

Tableau comparatif des sections ayant trait à la communication, à la parole et au langage contenues dans la nomenclature du *Processus de production du handicap* (Fougeyrollas et coll., 1996; 1998) et dans l'*Avis préliminaire...* de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ, 1997)

Section de l'habitude de vie *communication*

PPH (Fougeyrollas et coll., 1996)	Avis préliminaire... (OOAQ, 1997)	PPH (Fougeyrollas et coll., 1998)
Section : Habitudes de vie	Section : Habitudes de vie	Section : Habitudes de vie
4- Communication	4- Communication	4- Communication
Les habitudes d'une personne reliées à la transmission et à la réception de messages de la part d'autres individus, ainsi que de la société.	Les habitudes d'une personne reliées à la transmission et à la réception de messages de la part d'autres individus, ainsi que de la société. Une habitude de communication peut se réaliser de façon autonome (comme dans une activité de conversation) mais très souvent elle est une composante d'une autre habitude de vie (comme acheter des billets d'autobus). L'habitude de vie de communiquer doit donc être prise en considération dans un grand nombre d'autres catégories ou sous-catégories d'habitudes de vie (nutrition, transports, soins corporels, responsabilités, déplacements, relations interpersonnelles, loisirs, etc.). Tenir compte de : Relations interpersonnelles (8).	Les habitudes d'une personne reliées à l'échange d'informations avec d'autres individus ou avec la collectivité.
4.1- Communication orale et corporelle	4.1- Communication verbale	4.1- Communication orale et corporelle
	4.1.1- Communication orale	
4.2- Communication écrite	4.1.2- Communication écrite	4.2- Communication écrite
	4.1.3- Communication signée	
	4.2- Communication non verbale et paraverbale	
4.3- Télécommunication	4.4- Communication à distance (télécommunication)	4.3- Télécommunication
4.4- Signalisation	4.3- Communication par d'autres systèmes codés	4.4- Signalisation

## Annexe 9 (suite)

Tableau comparatif des sections ayant trait à la communication, à la parole et au langage contenues dans la nomenclature du *Processus de production du handicap* (Fougeyrollas et coll., 1996; 1998) et dans l'*Avis préliminaire...* de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ, 1997)

Section (ou sous-section) des aptitudes reliées à la *parole*

PPH (Fougeyrollas et coll., 1996)	Avis préliminaire... (OOAQ, 1997)	PPH (Fougeyrollas et coll., 1998)
5.7- Parole	2.1- Parole	2.1- Parole
L'aptitude à produire des sons articulés.	L'aptitude à produire des sons qu'ils soient soutenus ou successifs de telle sorte qu'ils constituent une chaîne articulée distincte et modulée. <i>Tenir compte : des aptitudes reliées aux fonctions proprioceptives de la cavité buccale (à ajouter en 4.2.3), à la position statique du port de tête (5.2.1), aux mouvements volontaires de la bouche et du larynx (5.3.1.3) et du cou (5.3.2), de la respiration (6.1) et du contrôle salivaire (7.4).</i>	L'aptitude à produire des sons qu'ils soient soutenus ou successifs de telle sorte qu'ils constituent une chaîne articulée distincte et modulée.
5.7.1- Articulation	2.1.1- Articulation	2.1.1- Articulation des sons
	2.1.1.1- Sons vocaliques	2.1.1.1- Sons vocaliques
	2.1.1.2- Sons consonantiques	2.1.1.2- Sons consonantiques
5.7.2- Voix	2.1.2- Voix	2.1.2- Voix
	2.1.2.1- Qualité vocale	2.1.2.1- Qualité vocale
	2.1.2.2- Intonation	2.1.2.2- Intonation
	2.1.2.3- Intensité	2.1.2.3- Intensité de la voix
	2.1.3- Résonance	2.1.3- Résonance de la voix
	2.1.4- Prosodie	2.1.4- Prosodie
	2.1.4.1- Débit	2.1.4.1- Débit de la parole
	2.1.4.2- Rythme	2.1.4.2- Rythme de la parole
	2.1.4.3- Pauses	2.1.4.3- Pause de la parole
	2.1.4.4- Accentuation	2.1.4.4- Accentuation des sons
5.7.3- Fluidité		
5.7.4- Chanter		2.1.4.5- Chanter

## Annexe 9 (suite)

Tableau comparatif des sections ayant trait à la communication, à la parole et au langage contenues dans la nomenclature du *Processus de production du handicap* (Fougeyrollas et coll., 1996; 1998) et dans l'*Avis préliminaire...* de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ, 1997)

## Sous-sections des aptitudes reliées au langage

PPH (Fougeyrollas et coll., 1996)	Avis préliminaire... (OOAQ, 1997)	PPH (Fougeyrollas et coll., 1998)
Section : Aptitudes	Section : Aptitudes	Section : Aptitudes
2 - Aptitudes reliées au langage	2- Aptitudes reliées à la communication	2- Aptitudes reliées au langage
L'aptitude à communiquer par le corps, la parole ou l'écriture.	Les aptitudes à communiquer par le corps (p.ex. : gestes codés et non codés, posture, mimiques), la parole, l'écriture ou à l'utilisation des habiletés cognitivo-communicatives. <i>Tenir compte des : aptitudes reliées aux activités intellectuelles (1), aptitudes reliées aux comportements (3), et aptitudes reliées aux sens et à la perception (4).</i>	Les aptitudes à communiquer par le corps, la parole ou l'écriture.
2.1- Expression	2.2- Expression	2.2- Expression
2.1.1- Expression non-verbale	2.2.1- Expression non verbale	2.2.1- Expression non-verbale
2.1.1.1- Pré-langage	2.2.1.1- Prélangage	2.2.1.1- Prélangage
	2.2.1.2- Contact visuel	2.2.1.2- Contact visuel
2.1.1.2- Expression par des sons	2.2.1.3- Expression par des sons	2.2.1.3- Expression par des sons
	2.2.1.4- Expression par l'imitation	2.2.1.4- Expression par l'imitation
2.1.1.3- Expression par des mimiques	2.2.1.5- Expression par des mimiques	2.2.1.5- Expression par des mimiques
2.1.1.4- Expression gestuelle	2.2.1.6- Expression gestuelle et posturale	2.2.1.6- Expression gestuelle et posturale
2.1.1.5- Expression graphique	2.2.1.7- Expression graphique	2.2.1.7- Expression graphique
2.1.1.6- Pleurs	2.2.1.8- Pleurs	2.2.1.8- Pleurs
2.1.1.7- Rire	2.2.1.9- Rire	2.2.1.9- Rire
2.1.2- Expression verbale	2.2.2- Expression verbale	2.2.2- Expression verbale
2.1.2.1- Expression du langage oral	2.2.2.1- Expression du langage oral	2.2.2.1- Expression du langage oral ou signé
2.1.2.1.1- Contenu du langage oral	2.2.2.1.2- Contenu du langage oral	2.2.2.1.2- Contenu du langage oral ou signé

2.1.2.1.2- Forme du langage oral	2.2.2.1.1- Forme du langage oral	2.2.2.1.1- Forme du langage oral ou signé
2.1.2.1.2.1- Phonologie	2.2.2.1.1.1- Phonologie	2.2.2.1.1.1- Phonologie et morphologie
2.1.2.1.2.2- Syntaxe	2.2.2.1.1.2- Morpho-syntaxe	2.2.2.1.1.2- Syntaxe
2.1.2.1.2.3- Traits supra-segmentaux	2.2.2.1.1.3- Traits supra-segmentaux	2.2.2.1.1.3- Traits supra-segmentaux
2.1.2.1.3- Utilisation du langage oral	2.2.2.1.3- Utilisation du langage oral	2.2.2.1.3- Utilisation du langage oral ou signé
	2.2.2.1.3.1- Régie de l'échange	2.2.2.1.3.1- Régie de l'échange
	2.2.2.1.3.2- Actes de langage	2.2.2.1.3.2- Actes du langage oral ou signé
	2.2.2.1.3.3- Adaptation selon la situation de communication	2.2.2.1.3.3- Adaptation aux situations de communication
	2.2.2.1.3.4- Adaptation à l'interlocuteur	2.2.2.1.3.4- Adaptation à l'interlocuteur
	2.2.2.1.4- Discours	2.2.2.1.4- Discours oral ou signé
	2.2.2.1.4.1- Qualité du discours	2.2.2.1.4.1- Qualité du discours oral ou signé
	2.2.2.1.4.2- Type de discours	2.2.2.1.4.2- Type de discours oral ou signé
2.1.2.2- Expression du langage écrit (écriture)	2.2.2.2- Expression du langage écrit	2.2.2.2- Expression du langage écrit (écriture)
	2.2.2.2.1- Forme du langage écrit	2.2.2.2.1- Forme du langage écrit
	2.2.2.2.2- Contenu du langage écrit	2.2.2.2.2- Contenu du langage écrit
	2.2.2.2.3- Utilisation du langage écrit	2.2.2.2.3- Utilisation du langage écrit
	2.2.2.2.3.1- Structure du langage écrit et adaptation selon la situation de communication	2.2.2.2.3.1- Structure du langage écrit et adaptation aux situations de communication
	2.2.2.2.3.2- Actes de langage	2.2.2.2.3.2- Actes du langage écrit
	2.2.2.2.3.3- Adaptation à l'interlocuteur	2.2.2.2.3.3- Adaptation au lecteur
	2.2.2.2.4- Discours	2.2.2.2.4- Discours écrit
	2.2.2.2.4.1- Qualité du discours	2.2.2.2.4.1- Qualité du discours écrit
	2.2.2.2.4.2- Type de discours	2.2.2.2.4.2- Type de discours écrit
2.1.2.3- Expression du langage gestuel	2.2.2.3- Expression d'une langue signée	
	2.2.2.3.1- Forme de la langue signée	
	2.2.2.3.1.1- Phonologie et morphologie	
	2.2.2.3.1.2- Syntaxe	
	2.2.2.3.2- Contenu de la langue signée	
	2.2.2.3.3- Utilisation de la langue signée	
	2.2.2.3.3.1- Régie de l'échange	
	2.2.2.3.3.2- Actes de langage	

	2.2.2.3.3.3- Utilisation de la langue signée lors de différentes situations de communication	
	2.2.2.3.3.4- Adaptation à l'interlocuteur	
	2.2.2.3.4- Discours	
	2.2.2.3.4.1- Qualité du discours	
	2.2.2.3.4.2- Type de discours	

## Annexe 9 (suite)

Tableau comparatif des sections ayant trait à la communication, à la parole et au langage contenues dans la nomenclature du *Processus de production du handicap* (Fougeyrollas et coll., 1996; 1998) et dans l'*Avis préliminaire...* de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ, 1997)

## Sous-sections des aptitudes reliées au langage

PPH (Fougeyrollas et coll., 1996)	Avis préliminaire... (OOAQ, 1997)	PPH (Fougeyrollas et coll., 1998)
Section : Aptitudes (suite)	Section : Aptitudes (suite)	Section : Aptitudes (suite)
2 - Aptitudes reliées au langage	2- Aptitudes reliées à la communication	2- Aptitudes reliées au langage
2.2- Compréhension	2.3- Compréhension	2.3- Compréhension
2.2.1- Compréhension de l'expression non-verbale	2.3.1- Compréhension non verbale	2.3.1- Compréhension de l'expression non-verbale
2.2.1.1- Compréhension des sons	2.3.1.1- Compréhension des sons	2.3.1.1- Compréhension des sons
2.2.1.2- Compréhension des mimiques	2.3.1.2- Compréhension des mimiques	2.3.1.2- Compréhension des mimiques
2.2.1.3- Compréhension des gestes	2.3.1.3- Compréhension des gestes et de la posture	2.3.1.3- Compréhension des gestes
2.2.1.4- Compréhension graphique	2.3.1.4- Compréhension graphique	2.3.1.4- Compréhension graphique
	2.3.1.5- Compréhension des pleurs	2.3.1.5- Compréhension des pleurs
	2.3.1.6- Compréhension des rires	2.3.1.6- Compréhension des rires
2.2.2- Compréhension de l'expression verbale	2.3.2- Compréhension verbale	2.3.2- Compréhension de l'expression verbale
2.2.2.1- Compréhension du langage oral	2.3.2.1- Compréhension du langage oral	2.3.2.1- Compréhension du langage oral ou signé
2.2.2.1.1- Compréhension du contenu du langage oral	2.3.2.1.2- Compréhension du contenu du langage oral	2.3.2.1.2- Compréhension du contenu du langage oral ou signé
2.2.2.1.2- Compréhension de la forme du langage oral	2.3.2.1.1- Compréhension de la forme orale du langage	2.3.2.1.1- Compréhension de la forme du langage oral ou signé
2.2.2.1.2.1- Compréhension de la phonologie	2.3.2.1.2.1- Compréhension de la phonologie	2.3.2.1.2.1- Compréhension de la phonologie et de la morphologie
2.2.2.1.2.2- Compréhension de la syntaxe	2.3.2.1.2.2- Compréhension de la morpho-syntaxe	2.3.2.1.2.2- Compréhension de la syntaxe
2.2.2.1.2.3- Compréhension des traits supra-segmentaux	2.3.2.1.2.3- Compréhension des traits supra-segmentaux	2.3.2.1.2.3- Compréhension des traits supra-segmentaux
		2.3.2.1.2.4- Lecture labiale
2.2.2.1.3- Compréhension de l'utilisation du langage oral	2.3.2.1.3- Compréhension de l'utilisation du langage oral	2.3.2.1.3- Compréhension de l'utilisation du langage oral ou signé
	2.3.2.1.3.1- Compréhension des règles de l'échange	

	2.3.2.1.3.2- Actes du langage	
	2.3.2.1.3.3- Situations de communication	
	2.3.2.1.3.4- L'interlocuteur	
	2.3.2.1.4- Discours	2.3.2.1.4- Compréhension du discours oral ou signé
	2.3.2.1.4.1- Organisation du discours	2.3.2.1.4.1- Compréhension de l'organisation du discours oral ou signé
	2.3.2.1.4.2- Type de discours	2.3.2.1.4.2- Compréhension du type de discours oral ou signé
2.2.2.2- Compréhension du langage écrit (lecture)	2.3.2.2- Compréhension du langage écrit	2.3.2.2- Compréhension du langage écrit (lecture)
	2.3.2.2.1- Compréhension de la forme du langage écrit	2.3.2.2.1- Compréhension de la forme du langage écrit
	2.3.2.2.1.1- Unités simples	2.3.2.2.1.1- Compréhension des unités simples
	2.3.2.2.1.2- Morpho-syntaxe	2.3.2.2.1.2- Compréhension morpho-syntaxique
	2.3.2.2.2- Compréhension du contenu du langage écrit	2.3.2.2.2- Compréhension du contenu du langage écrit
	2.3.2.2.3- Compréhension de l'utilisation du langage écrit	2.3.2.2.3- Compréhension de l'utilisation du langage écrit
	2.3.2.2.3.1- Actes du langage	
	2.3.2.2.4- Discours	2.3.2.2.4- Compréhension du discours écrit
	2.3.2.2.4.1- Organisation du discours	2.3.2.2.4.1- Compréhension de l'organisation du discours écrit
	2.3.2.2.4.2- Type de discours	2.3.2.2.4.2- Type de discours écrit
2.2.2.3- Compréhension du langage gestuel	2.3.2.3- Compréhension d'une langue signée	
	2.3.2.3.1- Compréhension de la forme d'une langue signée	
	2.3.2.3.1.1- Compréhension de la phonologie et de la morphologie	
	2.3.2.3.1.2- Compréhension de la syntaxe	
	2.3.2.3.2- Compréhension du contenu d'une langue signée	
	2.3.2.3.3- Compréhension de l'utilisation d'une langue signée	
	2.3.2.3.3.1- Compréhension des règles de l'échange	
	2.3.2.3.3.2- Actes du langage	

	2.3.2.3.3- Situations de communication	
	2.3.2.3.3.4- L'interlocuteur	
	2.3.2.3.4- Discours	
	2.3.2.3.4.1- Organisation du discours	
	2.3.2.3.4.2- Type de discours	
2.3- Métalinguistique	2.4- Métalinguistique	2.4- Métalinguistique
	2.5- Habiletés cognitivo-communicatives	
	2.5.1- Langage abstrait	
	2.5.2- Raisonnement verbal	
	2.5.2.1- Intégration de l'information	
	2.5.2.2- Résolution de problème	
	2.5.2.3- Analogies	
	2.5.3- Organisation verbale	
	2.5.3.1- Organisation séquentielle	
	2.5.3.2- Catégorisation	
	2.5.3.3- Synthèse verbale	
	2.5.4- Attention liée à la communication	
	2.5.5- Mémoire liée à la communication	