

CFUO de Lille

UFR3S - Département Médecine
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
cfuo@univ-lille.fr



MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Marine LE MÉTEIL

soutenu publiquement en juin 2025

**État des lieux des pratiques orthophoniques
concernant les modalités de recueil des données
d'anamnèse en cabinet libéral**

MEMOIRE dirigé par

Marie-Laure Simon, Orthophoniste à Lesquin et chargée d'enseignement au CFUO de Lille

Remerciements

Je remercie tout d'abord ma directrice de mémoire, Mme Simon, pour son accompagnement, ses conseils éclairés et sa disponibilité tout au long de ce travail. Je remercie chaleureusement Mme Gibaru, ma lectrice 1, pour sa relecture rigoureuse et ses remarques constructives.

Je suis reconnaissante envers tous les orthophonistes qui ont accepté de participer à cette étude. Merci pour le temps que vous m'avez accordé et pour la richesse de vos partages.

Un grand merci à l'ensemble de mes maîtres de stage, rencontrés au fil de ma formation. Merci pour le partage de vos expériences cliniques, pour vos conseils et pour la confiance que vous m'avez témoignée.

Je remercie également l'ensemble des enseignants. Merci à celles et ceux qui ont eu à cœur de rendre leurs cours vivants. La qualité de l'enseignement reçu tout au long de cette formation a nourri ma réflexion et enrichi ma pratique.

Je souhaite également exprimer ma gratitude à M. Demeillers et M. Gayerie, dont le soutien a été précieux lors de mon entrée en école d'orthophonie.

Merci à mes camarades de promotion, avec qui j'ai partagé ces cinq années intenses faites de rires, de larmes et de belles complicités. Je vous souhaite à tous et toutes de vous épanouir pleinement dans cette belle profession.

Une pensée toute particulière à Pauline, Maya et Antoine : merci pour votre présence constante, votre soutien, votre écoute et vos encouragements durant ces cinq dernières années.

Enfin, je remercie du fond du cœur ma famille. Un merci tout particulier à mes parents, pour leur soutien sans faille, leur présence et leur écoute tout au long de ce parcours.

Résumé

Le recueil d'informations anamnestiques constitue une étape incontournable du bilan orthophonique. Bien qu'il ait été abordé dans divers travaux en santé, ses modalités concrètes en orthophonie semblent encore peu mises en lumière. Nous pouvons donc supposer qu'il existe une diversité de pratiques pour cette étape. Ce mémoire vise donc à dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques concernant les modalités de recueil des données d'anamnèse en cabinet libéral. Une méthodologie mixte a été mise en œuvre : trois entretiens exploratoires ont d'abord été réalisés auprès d'orthophonistes, puis un questionnaire a été diffusé à un large échantillon de professionnels. L'entretien clinique apparaît comme l'outil de recueil le plus utilisé, mobilisant des compétences à la fois techniques et relationnelles. Une minorité d'orthophonistes associe à l'entretien clinique, d'autres outils, tels que le carnet de santé ou le questionnaire d'anamnèse. Lorsqu'il est utilisé, ce dernier peut permettre de structurer l'entretien. Le recueil anamnestique présente plusieurs enjeux, tels que l'adaptation aux spécificités des patients, à leur entourage ou aux exigences de l'exercice libéral. Ce travail met en lumière la richesse de cette pratique qui constitue une base essentielle pour la prise en soin orthophonique. Des pistes d'évolution sont proposées, notamment pour favoriser une plus grande homogénéité des pratiques.

Mots-clés

Pratiques orthophoniques – Exercice libéral – Anamnèse – Modalités de recueil – Entretien clinique

Abstract

The collection of anamnesis information is a crucial step in the speech-language therapy assessment process. Although it has been addressed in various health-related studies, its specific application within the field of speech-language therapy remains underexplored. This suggests that a wide range of practices may exist. This study aims to provide an overview of current approaches to collecting anamnesis data in private speech-language therapy settings. A mixed-methods design was adopted: three exploratory interviews were first conducted with speech-language therapists, followed by the distribution of a questionnaire to a broader sample of professionals. The clinical interview emerged as the most commonly used tool, requiring both technical and interpersonal skills. A minority of therapists also employ supplementary tools, such as medical records or structured anamnesis questionnaires, to help guide the interview process. Several challenges are associated with collecting anamnesis data, including adapting to individual patients, their families, and the organizational constraints of private practice. This study highlights the complexity of this foundational process and offers recommendations to encourage more consistent practices across the profession.

Keywords

Speech Therapy Practice – Private practice – Case history – Data collection methods – Clinical interview

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	2
1. L'anamnèse	2
1.1. Aperçu historique de l'anamnèse	2
1.2. Définitions de l'anamnèse	2
2. Aspects spécifiques de l'anamnèse en orthophonie	2
2.1. Définition et généralités	2
2.2. Enjeux de l'anamnèse	3
2.2.1. Établir l'alliance thérapeutique	3
2.2.2. Formuler des hypothèses diagnostiques	3
2.2.3. Orienter le bilan et la prise en soin	4
2.3. Relation soignant-soigné	4
3. Mode d'administration des questions d'anamnèse	4
3.1. L'entretien clinique	4
3.1.1. L'entretien directif	4
3.1.2. L'entretien non directif	5
3.1.3. L'entretien semi-directif	5
3.1.4. Le choix du type d'entretien en orthophonie	5
3.2. Le questionnaire écrit	5
4. Autres outils	6
5. Les compétences requises pour mener l'anamnèse	6
5.1. Stratégies d'amorçage	7
5.2. Types de questions	7
5.3. Reformuler et recentrer	7
5.4. Écouter activement	7
5.5. Mettre fin à l'entretien	8
6. La protection des données de santé	8
7. Problématique, buts et hypothèses	8
Méthode	9
1. La population	9
2. Procédure	9
3. Les entretiens exploratoires	9
4. Le questionnaire	10
5. Considération éthique	11
Résultats	11
1. Résultats des entretiens exploratoires	11
1.1. Profil des participants	11

1.2.	Pratiques orthophoniques concernant l'anamnèse	11
1.2.1.	Place accordée au recueil anamnestique	11
1.2.2.	Objectifs principaux	12
1.2.3.	Principales données à recueillir.....	12
1.2.4.	Outils utilisés.....	12
1.2.5.	Adaptations du recueil	12
1.2.6.	Difficultés rencontrées	13
2.	Résultats du questionnaire	13
2.1.	Profil des participants ayant répondu au questionnaire	13
2.1.1.	Nombre de réponses obtenues.....	13
2.1.2.	Mode d'exercice des participants.....	14
2.1.3.	Répartition géographique.....	14
2.1.4.	Date d'obtention du diplôme.....	15
2.2.	Contenu, enjeux, durée.....	15
2.2.1.	Contenu de l'anamnèse	15
2.2.2.	Enjeux de l'anamnèse	16
2.2.3.	Durée de l'anamnèse	16
2.3.	Outils utilisés pour mener l'anamnèse	17
2.3.1.	Type d'outils	17
2.3.2.	Fréquence d'utilisation des outils	17
2.3.3.	Type d'entretien	18
2.4.	Modalités d'administration des questions d'anamnèse.....	18
2.4.1.	Modalités pour l'entretien	18
2.4.2.	Modalités pour le questionnaire.....	19
2.4.3.	Temporalité du recueil	19
2.5.	Stockage des données d'anamnèse recueillies	20
2.5.1.	Modalités de stockage.....	20
2.5.2.	Réglementation du stockage des données recueillies	20
2.5.3.	Degré d'adaptation de l'anamnèse.....	21
2.5.4.	Facteurs pris en compte dans l'adaptation de l'anamnèse	21
2.5.5.	Aspects de l'anamnèse adaptés en pratique	22
2.5.6.	Difficultés rencontrées par les orthophonistes lors du recueil anamnestique	22
Discussion		23
1.	Hypothèse 1.....	23
2.	Hypothèse 2.....	23
3.	Hypothèse 3.....	24
4.	Hypothèse 4.....	25
5.	Regard critique sur l'étude menée	26
6.	Perspectives pour les recherches futures.....	27

Conclusion.....	27
Bibliographie	29
Liste des annexes	32
1. Annexe n°1 : Trame pour les entretiens exploratoires	32
2. Annexe n°2 : Questionnaire diffusé auprès des orthophonistes.....	32

Introduction

Le recueil anamnestique, étape fondamentale dans l'évaluation clinique, offre une fenêtre précieuse sur l'histoire médicale, environnementale et sociale des patients (Satier, 2020). En orthophonie, il joue un rôle crucial dans la mise en place de l'alliance thérapeutique (Perdrix, 2015), l'établissement d'un diagnostic précis, le choix des outils d'évaluation et la planification d'une prise en soin adaptée (Bon et al., 1988). Une collecte rigoureuse des informations anamnestiques permet non seulement de mieux cibler les besoins du patient, mais aussi d'orienter les décisions cliniques et d'optimiser l'efficacité des interventions. Ainsi, cette étape, lorsqu'elle est menée de manière adaptée et ajustée aux spécificités de chaque patient, est un atout dans la prise en charge orthophonique.

Bien que faisant partie intégrante du bilan orthophonique, conformément à l'avenant 4 de la convention nationale des orthophonistes du 27 février 2003, il n'existe, à ce jour, pas de méthodologie clairement définie pour guider cette étape. Les praticiens peuvent se référer à leur expérience, à leur formation initiale et aux pratiques courantes observées dans leur environnement professionnel. La littérature scientifique propose certaines recommandations issues de la médecine ou de la psychologie, mais les préconisations spécifiques à l'orthophonie restent limitées. L'absence de cadre uniforme peut conduire à une diversité de méthodes de recueil. Cela soulève des interrogations sur l'efficacité des différentes approches et leur pertinence pour assurer une prise en soin optimale.

L'objectif de ce mémoire est d'explorer les données de la littérature ainsi que les pratiques orthophoniques concernant les modalités de recueil des informations anamnestiques. Dans ce mémoire, l'expression « modalités de recueil » fait référence aux différentes pratiques et procédures utilisées pour collecter et organiser les informations anamnestiques. Cela inclut les outils employés, les techniques de collecte et les modalités de gestion et de stockage de données.

Dans cette perspective, une revue détaillée de la littérature sur les modalités de recueil de l'anamnèse a été réalisée afin de recenser les pratiques existantes. Puis un entretien semi structuré a été proposé à trois orthophonistes afin d'apporter un éclairage sur les pratiques de terrain. L'extraction des données issues de ces deux sources a permis de concevoir un questionnaire, ensuite auto-administré par des orthophonistes exerçant en cabinet libéral. Cette démarche vise à confronter les recommandations théoriques aux réalités du terrain et à mieux cerner les outils et stratégies les plus pertinents.

Ce mémoire se structure en plusieurs parties. Dans un premier temps, nous présenterons le cadre théorique sur lequel repose ce travail. Nous détaillerons ensuite la méthodologie employée, en précisant les choix méthodologiques et les étapes de recueil des données. Par la suite, les résultats issus de l'analyse des questionnaires seront exposés et analysés, avant d'être discutés à la lumière des implications pratiques pour l'exercice de la profession et des pistes d'amélioration des modalités de recueil des informations anamnestiques.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. L'anamnèse

1.1. Aperçu historique de l'anamnèse

Le terme anamnèse vient du grec « aná » signifiant « de bas en haut » et « -mnêsis » signifiant « mémoire ». L'anamnèse consiste à faire remonter les souvenirs. Ce terme remonte à l'Antiquité. Il est défini par Platon comme le processus par lequel l'âme se rappelle la vérité qu'elle a contemplée dans le ciel des idées, avant son incarnation. Aristote, quant à lui, refuse cette théorie et conceptualise l'anamnèse comme la capacité inhérente à l'homme de rappeler consciemment un souvenir d'origine empirique et de le situer dans le temps. Les médecins ont emprunté le terme 'anamnèse' à la langue philosophique pour désigner les informations médicales du patient rapportées par lui-même et son entourage, lors de l'enquête diagnostique (Torrès, 2015).

1.2. Définitions de l'anamnèse

Le terme « anamnèse » recouvre aujourd'hui plusieurs significations. En médecine, l'anamnèse est définie comme l'ensemble des renseignements fournis au médecin par le patient ou par son entourage sur l'histoire d'une maladie ou les circonstances qui l'ont précédée (Dictionnaire Larousse, s. d.). En psychologie, elle renvoie à l'histoire du sujet (Brus, 2022). Ce mot présente des acceptions qui vont au-delà du domaine du soin. Par exemple, dans la religion chrétienne, l'anamnèse renvoie à des pratiques de commémoration, telles que celles associées à la Cène, où l'on évoque l'idée de faire mémoire des événements sacrés.

Dans son travail, Brus (2022) identifie un point commun à ces définitions concernant l'anamnèse : l'importance de l'histoire et de l'utilisation de références du passé comme base pour aborder la possibilité d'un changement dans le présent.

2. Aspects spécifiques de l'anamnèse en orthophonie

2.1. Définition et généralités

En orthophonie, comme dans de nombreux domaines du soin, l'anamnèse consiste à recueillir des informations sur le patient et ses troubles. Ce recueil d'informations se fait généralement à travers un entretien avec le patient lui-même et/ou ses proches (Brin et al., 2004).

Elle constitue une étape fondamentale du bilan orthophonique (Satier, 2020) et la synthèse des informations recueillies doit figurer dans le compte rendu de bilan orthophonique, conformément aux dispositions prévues par l'avenant 4 à la convention nationale des orthophonistes du 27 février 2003.

Le recueil de données anamnestiques doit être mené avec rigueur afin d'obtenir des informations précises telles que l'origine de la demande ou la nature de la plainte (Chauvin & Demouy, 2013). Dans son manuel, Satier (2020) expose, de manière non exhaustive, les différentes informations recherchées, en consacrant l'essentiel de son propos à l'anamnèse chez l'enfant. Elle identifie trois composantes principales : l'histoire individuelle du sujet qui prend en compte le développement affectif, moteur, alimentaire, cognitif, langagier ainsi que les antécédents médicaux. La deuxième composante correspond au contexte familial, qui implique l'étude des antécédents familiaux, de l'environnement et des langues utilisées. La troisième composante se rapporte à l'histoire du trouble, et notamment au contexte d'apparition, à la date des premiers symptômes et à leur évolution.

Toutefois, la nature des informations recueillies peut varier selon le cadre d'intervention de l'orthophoniste défini par la Nomenclature Générale des Actes professionnels (NGAP). Cette nomenclature précise le champ de compétences de l'orthophoniste qui intervient auprès de patients présentant divers troubles, notamment ceux du langage, de la communication, des fonctions oro-myo-faciales ou des pathologies neurodégénératives. Dès lors, le recueil anamnestique doit être adapté aux spécificités du trouble présenté par le patient, justifiant ainsi une approche personnalisée. Certains travaux se sont d'ailleurs intéressés aux données spécifiques à recueillir en fonction des pathologies (Perdrix, 2015). L'article L4341-1 du Code de la Santé publique stipule que l'orthophoniste prend en charge des patients de tous âges présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis. L'âge du patient peut influencer certains aspects de son contexte de vie, ce qui peut orienter la collecte d'informations.

Les informations relatives à l'histoire du sujet et de son trouble ne sont pas nécessairement recueillies en une seule fois. L'anamnèse peut débuter à un moment donné, puis s'enrichir progressivement par le biais de plusieurs moyens formels ou plus spontanés, notamment lorsque la relation de confiance entre le thérapeute et le patient se consolide (Bon, 1998).

2.2. Enjeux de l'anamnèse

2.2.1. Établir l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique peut être définie comme la collaboration qui s'établit entre le clinicien, le patient et l'entourage (Bioy, & Bachelard, 2010). Elle combine à la fois des aspects émotionnels et cognitifs, résultant d'une interaction complexe entre des phénomènes individuels et interpersonnels. Perdrix (2015) met en avant l'importance de l'anamnèse dans l'établissement de l'alliance thérapeutique. En établissant des buts communs, l'anamnèse aide à établir des attentes claires, ce qui renforce la motivation et l'engagement dans le processus thérapeutique. Ebert et Konher (2010) soulignent que l'alliance thérapeutique peut jouer un rôle plus déterminant dans les résultats du traitement que les aspects théoriques de celui-ci. Il paraît donc important d'établir une alliance thérapeutique dès les premières étapes de la collecte des données d'anamnèse.

2.2.2. Formuler des hypothèses diagnostiques

L'anamnèse constitue la première étape d'un diagnostic (Scheen, 2013). Le recueil complet d'informations concernant le patient permettra la formulation d'une ou plusieurs hypothèses diagnostiques plausibles (Perdrix, 2015). Ces hypothèses seront élaborées en corrélation avec la plainte rapportée par le patient. Perdrix décrit quatre fonctions de l'anamnèse permettant de servir ce raisonnement hypothético-déductif : la fonction descriptive et contextuelle, la fonction d'élimination/orientation, la fonction différentielle fine, la fonction de marqueurs positifs.

La fonction descriptive et contextuelle vise à situer les éléments d'anamnèse dans un contexte global, afin d'aider les cliniciens à identifier les facteurs de risque et de protection du patient.

La fonction d'élimination/orientation consiste, à partir des données recueillies, à identifier les hypothèses concurrentes au trouble supposé et à chercher des informations en faveur de ces hypothèses.

La fonction différentielle, qui découle directement de la précédente, a pour objectif de différencier des troubles aux manifestations cliniques proches.

Enfin, la fonction de marqueurs positifs intervient après l'élimination des hypothèses concourantes ; elle consiste à pointer les éléments de la plainte qui appuient clairement l'hypothèse principale ou le trouble suspecté.

2.2.3. Orienter le bilan et la prise en soin

Selon Bon et al. (1998), l'anamnèse contribue à orienter la sélection des épreuves de bilan. Après une analyse pertinente de la situation clinique, des tests standardisés pourront être administrés. Le rôle du clinicien est de recueillir des informations cliniques lui permettant de dégager des questions auxquelles des tests normés et standardisés pourront répondre (Perdrix, 2015).

2.3. Relation soignant-soigné

Dans le cadre du soin, et notamment en orthophonie, la relation soignant-soigné est par nature asymétrique marquée par une différence de savoirs et de savoir-faire (Werba & Brejon Lamartinière, 2021).

Historiquement, cette asymétrie a été conceptualisée par plusieurs modèles théoriques et notamment celui de Parsons. Il analyse la relation thérapeutique comme étant structurellement asymétrique en faveur du soignant. Il explique que cette asymétrie est due d'une part au savoir du soignant et d'autre part à la vulnérabilité du patient, qui s'en remet au soignant (Castel, 2005).

Des évolutions récentes visent à encadrer cette relation de manière plus équitable. L'article L1111- 4 du code de la Santé Publique encourage la participation active du patient en lui permettant de prendre, en collaboration avec le professionnel de santé, des décisions concernant sa santé, tout en tenant compte des informations et recommandations fournies.

Cette dynamique s'applique directement au recueil des données anamnestiques, où la participation active du patient est essentielle pour garantir la complétude et la pertinence des informations recueillies. Chevalier (2018) considère que la réalité des individus n'est pas directement accessible par le soignant ou le patient lui-même, mais qu'elle émerge de leur interaction dynamique. La qualité des informations recueillies dépend donc d'une implication réciproque.

3. Mode d'administration des questions d'anamnèse

Pour récolter des données d'anamnèse, il est essentiel de poser des questions (Scheen, 2013). Cette partie du mémoire explore les différents outils existants permettant d'administrer les questions anamnestiques aux patients en fonction de la modalité utilisée, qu'elle soit orale ou écrite.

3.1. L'entretien clinique

Parmi les différentes formes possibles de collecte d'informations orales, il existe l'entretien clinique (Combessie, 2007). Le terme « entretien » désigne une situation pendant laquelle s'établit une conversation entre au moins deux personnes, dans un cadre professionnel. Chaque participant y occupe un rôle défini par un contexte précis (Bouvet, 2022). Le terme « clinique » a un sens médical plutôt large et signifie en grec : « au lit du malade ». L'entretien clinique se situe donc dans le cadre d'une relation de soin (Chiland, 2013). D'après Perdrix (2015), il est très utilisé par les orthophonistes en pratique. L'entretien clinique permet d'appréhender le sujet dans toute sa globalité (Chahraoui, 2021). Pour ce faire, il existe différentes formes d'entretiens cliniques (Giust-Ollivier, 2016). Ils se distinguent par la liberté d'initiative accordée au praticien et au patient (Chouvier, 2016).

3.1.1. L'entretien directif

Les entretiens directifs sont composés de questions précises et prédéterminées, suivant un ordre très structuré (Chouvier, 2016). Ils peuvent donner l'impression d'un interrogatoire. Ils facilitent la collecte rapide de réponses précises à des questions spécifiques. D'après Chevalier et al. (2018), cet entretien, réservé à un second échange, permet de clarifier certains points abordés

antérieurement et de collecter certaines données manquantes. Ce type d'entretien peut limiter l'expression et la réflexion de l'interlocuteur, l'empêchant de se livrer pleinement (Sauvayre, 2013).

3.1.2. L'entretien non directif

Les entretiens non directifs se déroulent sous forme d'échanges durant lesquels les questions ne sont pas préparées à l'avance (De Ketele & Roegiers, 1996). Le but est de recueillir des informations en permettant à l'interlocuteur de s'exprimer librement, sans être influencé ou orienté dans ses propos. Les questions doivent être posées en leur temps, en suivant le fil logique du développement de la pensée de celui qui consulte. Cela demande de respecter la personne, ses hésitations, ses difficultés d'expression, ses silences et ses non-dits (Chouvier, 2016).

3.1.3. L'entretien semi-directif

Les entretiens semi-directifs s'appuient sur une liste de thèmes préparée à l'avance (Chevalier et al., 2018). Plutôt que d'obtenir des réponses précises à des questions fermées, l'objectif est de comprendre les pratiques, les comportements et les perceptions des individus en lien avec la question posée (Thiétart, 2014) dans un temps relativement court (Chouvier, 2016). Ce type d'entretien est utilisé pour approfondir un domaine particulier, examiner différentes hypothèses sans les considérer comme définitives et encourager l'expression (Sauvayre, 2013). Il laisse au patient une certaine liberté d'expression individuelle (Chouvier, 2016). Dans ce genre d'entretien, on considère que la réalité des individus n'est pas directement accessible par le chercheur ou l'individu lui-même, mais qu'elle émerge de leur interaction dynamique (Chevalier, 2018).

3.1.4. Le choix du type d'entretien en orthophonie

Le choix du type d'entretien va donc dépendre des objectifs de recherche du praticien (Sauvayre, 2013). Lors de l'entretien d'anamnèse, l'orthophoniste recherche, entre autres, les différents indices qui lui permettront d'émettre des hypothèses diagnostiques à vérifier (Perdrix, 2015). Ainsi, il semble que l'entretien semi-directif soit approprié pour cette démarche.

Aussi, les auteurs de Dialogoris déconseillent aux orthophonistes de recueillir les données anamnestiques de façon similaire à un interrogatoire, car cela peut compromettre l'établissement d'un climat de confiance (Antheunis et al., 2003).

Nous pouvons nous questionner sur la manière d'ordonner le recueil de ces données tout en permettant à l'échange de rester le plus naturel possible. Trauchessec (2018) affirme que le recueil anamnestique ne doit se réduire à un interrogatoire, mais constituer un véritable échange avec le patient.

3.2. Le questionnaire écrit

L'entretien clinique est généralement considéré comme l'outil principal de collecte des informations d'anamnèse (Perdrix, 2015). Il existe cependant d'autres outils permettant de recueillir ces informations, comme le questionnaire écrit d'anamnèse. Ainsi, les questions sont administrées au patient et recueillies par écrit.

Un questionnaire écrit est un outil structuré, composé de questions prérédigées et pouvant être présenté sur divers supports tels que sur des supports papiers ou numériques (Kovacs et al., 2004). L'objectif du questionnaire écrit est de collecter un ensemble d'informations (Kovacs et al., 2004) et dans le cadre de l'orthophonie, il peut permettre de récolter des informations anamnestiques. Le questionnaire peut être administré par le thérapeute en collaboration du patient ou de manière auto-

administrée (Kovacs et al, 2007). Dans ce cas, on parlera d'auto-questionnaire (Post-Vinay et al., 2020).

Le questionnaire écrit offre de nombreux avantages et permet d'optimiser le recueil d'informations anamnestiques (Post-Vinay et al., 2020). Combiné à l'entretien clinique, il peut enrichir et compléter la collecte des données anamnestiques (Ross-Lesveques et al., 2024). De plus, le questionnaire permet de réduire le temps de la consultation, offrant ainsi un gain de temps au thérapeute. Selon Post Vinay et al. (2020), il permet d'aller à l'essentiel, en identifiant rapidement les indices évocateurs des troubles du patient. Le questionnaire peut également être un support à l'entretien clinique. Il peut permettre de revenir sur certaines réponses du patient, d'en préciser certaines ou d'explicitier d'éventuelles erreurs de remplissage. Enfin, il permet d'impliquer activement le patient ou son proche dans la démarche de soin (Post-Vinay et al., 2020).

Le questionnaire écrit peut présenter des désavantages : il nécessite de la part du patient qu'il prenne du temps pour le remplir (Post-Vinay et al., 2020). Aussi, le questionnaire en ligne ne peut être utilisé qu'avec les personnes disposant d'un accès à internet (Moscarola, 2018).

En orthophonie, il existe des questionnaires d'anamnèse standardisés, comme dans le test EVALO BB (Coquet, 2010). Ce questionnaire d'anamnèse peut être rempli par le parent ou par l'orthophoniste en collaboration avec le patient. D'autres outils d'évaluations, comme le GREMOTs (Bézy et al., 2016) intègrent des supports pouvant faciliter la collecte d'informations anamnestiques. Parmi eux, figure une grille destinée à soutenir l'entretien clinique. Bien qu'initialement conçue pour guider l'échange, cette grille peut également être transmise au patient ou à ses proches afin d'être renseignée avant la première consultation.

4. Autres outils

D'autres outils, tels que le carnet de santé, sont utilisés pour recueillir des informations anamnestiques. En plus de faciliter le suivi du patient, celui-ci joue un rôle clé dans la communication entre les familles et les professionnels de santé, favorisant ainsi une prise en charge plus coordonnée (HSCP, 2016). Le professionnel de santé peut alors y récupérer des informations précises en fonction des besoins cliniques.

Il existe également le « dossier médical partagé » (DMP). Selon le décret 2021-1047 du 4 août 2021, il s'agit d'un carnet de santé numérique, consultable par les professionnels de santé, sous réserve du consentement explicite du patient. Ce dossier permet de récupérer les informations médicales relatives au patient. En orthophonie, le DMP peut être utile pour obtenir certains antécédents médicaux ou le résultat de certains examens.

Enfin, les courriers médicaux apportés directement par les patients eux-mêmes peuvent également permettre de recueillir des informations sur le patient et son trouble.

Ces outils permettent de récolter des données écrites. Leur récupération ne nécessite pas de poser des questions directement au patient. Extraites de ces supports, elles offrent des réponses aux interrogations cliniques.

5. Les compétences requises pour mener l'anamnèse

Pour recueillir les données d'anamnèse, l'orthophoniste peut utiliser plusieurs outils, parmi lesquels l'entretien clinique, largement utilisé en pratique clinique (Perdrix, 2015). Pour mener cet entretien, l'orthophoniste mobilise des compétences spécifiques, tant techniques que relationnelles, qui impliquent sa posture professionnelle. Ces compétences favorisent le déroulement de l'entretien

clinique et permettent de collecter de manière la plus complète possible les informations pertinentes concernant le patient et son trouble. Pour ce faire, il existe dans la littérature plusieurs travaux, issus de différents domaines tels que la psychologie, la médecine ou les sciences sociales, décrivant les différentes compétences existantes pour mener un tel entretien. Nous pouvons citer, par exemple, le guide du Manuel d'Investissement des Compétences de l'anamnèse de Satier (2020), le guide de Calgary Cambridge (Bourdy et al., 2004), les méthodes de l'entretien en sciences sociales de Sauvayre (2013). Cette partie du mémoire s'attachera à décrire de manière non exhaustive certaines techniques d'entretien issues de ces trois sources, en mettant en lumière leur complémentarité et leur pertinence dans le contexte orthophonique.

5.1. Stratégies d'amorçage

Souvayre (2013) préconise d'amorcer l'entretien en posant une question familière déjà abordée lors de la prise de contact, favorisant ainsi un climat de confiance. En outre, elle recommande de laisser l'opportunité aux personnes interrogées de poser leurs questions s'ils en ressentent le besoin. Plus l'individu se sentira en confiance et libre de s'exprimer, plus il sera enclin à confier aux praticiens des détails importants. Lorsque le patient digresse sur une question posée, Beau et Werber (2010) recommandent de ne pas l'interrompre et de lui permettre de terminer. Cette approche permet à la fois de donner au patient le sentiment de s'être pleinement exprimé sur le sujet et à la fois à l'enquêteur de mieux cerner le lien qui existe entre les idées exprimées.

5.2. Types de questions

Plusieurs sortes de questions permettent de mener l'entretien : les questions ouvertes et les questions fermées (Sauvayre, 2013). Toutes deux vont impacter différemment la dynamique de l'interaction. Les questions ouvertes encouragent une réponse détaillée et non induite. Elles permettent d'explorer toute la complexité d'une situation donnée. Elles permettent à l'individu interrogé de s'exprimer librement sur un thème donné et d'évoquer tous les détails qui lui semblent pertinents. Les questions fermées ne nécessitent qu'une réponse courte et précise.

Bien maîtriser ces questions peut impacter la qualité du recueil des données. Dans le cadre de l'entretien clinique, Sauvayre recommande de limiter l'utilisation des questions fermées à des situations spécifiques, notamment lorsque nous souhaitons recentrer le sujet.

5.3. Reformuler et recentrer

Reformuler consiste à reprendre et résumer le message exprimé par son interlocuteur. Cette technique a plusieurs avantages : elle permet au patient de se sentir entendu et compris. Elle permet également à l'orthophoniste de vérifier qu'il a correctement saisi le message.

Recentrer permet de ramener la discussion à un point précis et permet la progression de l'échange. Pour ce faire, il est possible d'utiliser des questions fermées (Sauvayre, 2013).

5.4. Écouter activement

Le sujet qui s'exprime doit pouvoir ressentir qu'il est attentivement écouté par celui qui mène l'entretien. Cette écoute peut transparaître à l'aide de divers paramètres. La communication non verbale permet au locuteur de se sentir écouté et compris. Cela peut se manifester par un sourire, un hochement de tête ou une interjection comme « hmm ». La posture permet également de montrer son intérêt. Une position du corps en avant donne le sentiment d'une écoute active intéressée (Sauvayre, 2013).

Il est pertinent de laisser des moments de silence pendant l'entretien, offrant ainsi à la personne interrogée l'opportunité de réfléchir et de se remémorer certains éléments pertinents (Bourdy et al., 2004).

5.5. Mettre fin à l'entretien

Pour terminer l'entretien, l'évaluateur peut interroger le patient pour lui demander s'il a d'autres informations à ajouter (Satier, 2019). Il peut également initier la fin de la consultation en résumant brièvement l'entretien (Bourdy et al., 2004) ou en prodiguant des conseils (Sauvayre, 2013).

6. La protection des données de santé

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) définit les données personnelles liées à la santé comme des informations concernant la santé physique ou mentale d'une personne, qu'elles soient passées, présentes ou futures, révélant des détails sur l'état de santé de la personne. Ces données de santé, considérées comme sensibles, bénéficient d'une protection renforcée selon les règlements européens sur la protection des données, la loi Informatique et Libertés et le Code de la Santé Publique, afin de garantir le respect de la vie privée. Dans ce contexte, les cabinets d'orthophonie, tout comme les autres structures de soins, sont directement concernés. En effet, lors du recueil anamnestique, l'orthophoniste est amené à collecter un ensemble de données particulièrement sensibles sur le patient : antécédents médicaux, diagnostic, troubles actuels, traitements. La sécurité des données recueillies ne constitue qu'un aspect du respect du secret professionnel. Dès lors que des dossiers patients nominatifs sont créés, que des données personnelles sont collectées, modifiées ou conservées, des mesures techniques et organisationnelles adaptées doivent être mises en œuvre. Cela inclut notamment l'utilisation de logiciels agréés pour l'hébergement des données de santé (HDS), des messageries sécurisées, des mots de passe conformes aux recommandations de la CNIL et des systèmes informatiques régulièrement mis à jour. Ces bonnes pratiques participent à la protection des informations sensibles et au respect des obligations légales (Jouan, 2018).

7. Problématique, buts et hypothèses

Perdrix (2015) souligne l'absence de consensus sur la méthodologie de recueil des données d'anamnèse. Bien que des recommandations existent quant au contenu à recueillir en fonction des différentes pathologies, la méthodologie spécifique à adopter demeure peu décrite, malgré la place centrale de l'anamnèse dans la pratique orthophonique. Par ailleurs, les compétences mobilisées ainsi que les choix méthodologiques, c'est-à-dire la manière de procéder pour recueillir les données d'anamnèse, sont souvent considérés comme implicites, reposant sur le savoir-faire et le savoir-être des orthophonistes. Cette absence de cadre méthodologique clairement établi interroge les pratiques professionnelles et soulève la question des stratégies effectivement mises en œuvre par les orthophonistes sur le terrain.

Ainsi, ce mémoire a pour objectif d'explorer les pratiques actuelles des orthophonistes afin de mieux comprendre les modalités employées pour recueillir les données d'anamnèse, notamment en cabinet libéral. Plusieurs hypothèses ont été formulées à ce sujet. La première suppose que l'entretien constitue le principal outil utilisé pour le recueil anamnestique. La deuxième hypothèse suggère que les orthophonistes tendent à combiner plusieurs outils, notamment des outils numériques, afin d'optimiser le recueil des données. Concernant la troisième hypothèse, il est envisagé que les

professionnels adaptent leurs modalités de recueil à la spécificité de chaque patient. Enfin, la quatrième hypothèse soutient que ces modalités sont également ajustées en fonction des réalités propres à leur exercice professionnel.

Méthode

1. La population

Nous avons choisi d'explorer les pratiques orthophoniques liées aux modalités de recueil des données anamnestiques auprès d'orthophonistes exerçant en milieu libéral. Les orthophonistes salariés n'ont pas été inclus, en raison des différences dans l'accès à ces informations selon le mode d'exercice. En structure salariée, les données d'anamnèse sont centralisées et partagées par une équipe pluriprofessionnelle, tandis qu'en cabinet libéral, l'orthophoniste doit recueillir lui-même ces éléments, parfois à partir de sources externes (courriers médicaux, bilans d'autres professionnels).

2. Procédure

Afin de dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques liées aux modalités de recueil des données d'anamnèse en cabinet libéral, nous avons conduit une démarche en trois étapes. Tout d'abord, nous avons réalisé une revue de littérature afin de mieux cerner l'état des connaissances actuelles sur le sujet, d'identifier les enjeux majeurs et de repérer les éventuelles lacunes dans les travaux existants. Puis, nous avons conduit des entretiens exploratoires auprès de quelques orthophonistes afin de recueillir des données concrètes issues de la réalité du terrain. Les informations récoltées lors de ces entretiens, combinées aux éléments issus de la littérature, ont servi à la construction d'un questionnaire, diffusé et auto-administré à un échantillon plus large d'orthophonistes. Cette approche méthodologique mixte nous est apparue comme particulièrement pertinente, tant par sa rigueur que par la solidité qu'elle confère à la construction de notre étude.

3. Les entretiens exploratoires

Dans un premier temps, nous avons choisi de mener des entretiens exploratoires auprès de trois orthophonistes. Ces entretiens avaient pour objectif d'obtenir un premier aperçu des pratiques orthophoniques et d'identifier les thèmes et questions les plus pertinents à inclure dans le questionnaire. Nous avons choisi d'utiliser l'entretien semi-directif car il permet d'orienter la discussion tout en laissant à l'orthophoniste une certaine liberté d'expression.

Ces entretiens semi-dirigés ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretien structuré contenant 17 questions. Ce guide a été élaboré à partir des fondements théoriques issus de la revue de littérature, dans le but d'en assurer sa pertinence.

Il est structuré en quatre sections suivant une progression logique : les premières questions abordent des aspects généraux et introductifs, puis les questions deviennent de plus en plus précises.

La première section est dédiée aux données générales concernant les orthophonistes, incluant des questions sur le lieu et l'année d'obtention du diplôme, ainsi que la date du début d'exercice. Cette partie avait pour objectif de situer les participants dans leur contexte professionnel. La deuxième section aborde la place de l'anamnèse dans leur pratique professionnelle. Une question ouverte permettait aux orthophonistes de s'exprimer sur la place qu'occupe l'anamnèse dans leur travail

quotidien. La troisième section, plus détaillée, approfondit le sujet grâce à des questions portant sur des aspects précis du recueil anamnestique. Elle explore notamment la temporalité du recueil d'informations, sa durée, ses objectifs, son contenu, les outils utilisés, les adaptations nécessaires. Enfin, la quatrième section propose une question ouverte. Elle invite les orthophonistes à suggérer des thèmes qu'ils jugeraient utiles d'aborder dans un futur questionnaire, destiné à un large échantillon de professionnels, sur les modalités de recueil des données d'anamnèse.

Les orthophonistes exerçant en milieu libéral et recrutées pour les entretiens ont été choisies selon deux critères : leur nombre d'années d'exercice et le type de pathologies rencontrées au sein de leur cabinet. Le choix d'orthophonistes aux profils variés visait à favoriser une richesse lors des échanges. Les orthophonistes ont été recrutées par le biais de connaissances personnelles ou grâce à des rencontres faites lors de stages.

Ces entretiens, menés auprès de trois orthophonistes exerçant en cabinet libéral, se sont déroulés en présentiel dans leurs cabinets respectifs. Chaque séance a duré environ 30 minutes. Les réponses orales ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone numérique, puis transférées sur un disque dur externe équipé d'un système de chiffrement matériel protégé par code PIN, afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données. Les entretiens ont été analysés de manière qualitative, par thème. En parallèle de la recherche théorique, ces entretiens ont contribué à l'élaboration du questionnaire, guidant le choix des questions et des éléments pertinents à y inclure.

4. Le questionnaire

Nous avons choisi d'élaborer un questionnaire en ligne à l'aide du logiciel d'enquête statistique LimeSurvey. Ce choix s'inscrit dans l'objectif de notre mémoire, qui vise à analyser les pratiques orthophoniques et qui nécessite donc la collecte d'un volume élevé de réponses, ce que permet précisément le questionnaire. Il s'agit d'un auto-questionnaire, ainsi ce sont les participants qui répondent eux-mêmes au questionnaire. La diffusion en ligne a été privilégiée car cela permet d'obtenir un nombre de réponses important dans un temps limité (Fripiat & Marquis, 2010).

Notre questionnaire, destiné aux orthophonistes exerçant en cabinet libéral, comporte 25 questions réparties en cinq parties, pour une durée de passation estimée entre 10 et 15 minutes selon les participants. La première partie vise à recueillir des informations sur les caractéristiques des répondants. Toutes les questions de cette section étaient accessibles à l'ensemble des répondants. La deuxième partie porte sur les modalités pratiques du recueil de l'anamnèse telles que le contenu, les enjeux, la durée et le moment de l'intervention. Toutes les questions de cette section étaient accessibles à tous les répondants. La troisième partie concerne les outils utilisés par les orthophonistes pour mener l'anamnèse. Certaines questions de cette section n'étaient accessibles que si certaines réponses spécifiques étaient sélectionnées dans les questions précédentes. La quatrième partie renseigne sur le stockage des données recueillies. Certaines questions de cette section n'étaient accessibles que si certaines réponses spécifiques étaient sélectionnées dans les questions précédentes. Enfin, la cinquième partie renseigne sur les modalités d'adaptation des outils en fonction du contexte clinique et de la réalité du terrain. Toutes les questions de cette section étaient accessibles à l'ensemble des répondants.

Avant de le diffuser à un plus grand nombre d'orthophonistes, le questionnaire a été testé sur un échantillon de cinq orthophonistes. Les retours obtenus lors de ces échanges ont permis de clarifier et d'ajuster certaines questions. Puis, le questionnaire a été diffusé sur les réseaux sociaux afin d'atteindre un échantillon plus vaste d'orthophonistes. Plusieurs relances ont été effectuées tout au

long de la période de collecte. Le questionnaire est resté accessible sur les réseaux sociaux du 8 janvier 2025 au 20 février 2025 soit une durée d'un mois et treize jours.

5. Considération éthique

Avant de mener les entretiens exploratoires et de diffuser le questionnaire, une demande auprès du Délégué à la Protection des données (DPO) de la faculté a été réalisée, conformément au Règlement Général sur la protection des données (RGPD). Les orthophonistes ont été informés de l'objectif de l'étude, du caractère anonyme des données recueillies et des mesures prises pour garantir leur confidentialité.

Résultats

Dans cette partie, nous présenterons les résultats des entretiens exploratoires, puis ceux du questionnaire.

1. Résultats des entretiens exploratoires

1.1. Profil des participants

Conformément aux critères de recrutement précisés ci-dessus, les trois orthophonistes interrogées, nommées A, B et C, exercent en cabinet libéral, avec des profils variés. L'orthophoniste A a obtenu son diplôme il y a trente ans, l'orthophoniste B il y a quinze ans et l'orthophoniste C il y a cinq ans. Cette variété d'expériences cliniques a favorisé une richesse lors des échanges et a permis d'observer l'évolution de leurs pratiques professionnelles, notamment en ce qui concerne la manière de recueillir les données d'anamnèse au fil des années. Nous avons également pris en compte la composition de leur patientèle, afin de privilégier des entretiens avec des orthophonistes ayant des profils très différents. L'orthophoniste A accompagne majoritairement des jeunes enfants présentant un trouble alimentaire pédiatrique, l'orthophoniste B travaille principalement avec des personnes âgées atteintes de pathologies acquises ou neurodégénératives, tandis que l'orthophoniste C travaille avec une patientèle plus variée, avec un éventail large de pathologies et d'âges.

1.2. Pratiques orthophoniques concernant l'anamnèse

1.2.1. Place accordée au recueil anamnestique

Les trois orthophonistes interrogées s'accordent sur l'importance de l'anamnèse lors du bilan initial. L'orthophoniste A considère l'anamnèse comme une étape particulièrement importante, puisque les informations recueillies orientent de manière déterminante sa prise en charge. Les deux autres orthophonistes accordent également une attention particulière à l'anamnèse. Elles soulignent que la première rencontre est entièrement dédiée à la collecte d'informations anamnestiques.

En pratique, l'importance de l'anamnèse se reflète dans le temps qui lui est consacré. Une des orthophonistes interrogées y consacre 30 minutes. Une autre prévoit systématiquement une heure pour ce recueil, tandis qu'une autre y consacre 45 minutes, voire plus si nécessaire.

Enfin, le recueil des données d'anamnèse ne semble pas se limiter au bilan initial. L'orthophoniste C y revient à chaque moment clé de la vie du patient, comme lors d'un changement de classe, tandis que l'orthophoniste B recueille des informations anamnestiques à chaque bilan de renouvellement et

après chaque période de vacances. Dans ces cas, le recueil est plus succinct, moins formel et ne suit pas un cadre défini.

1.2.2. Objectifs principaux

Les trois orthophonistes interrogées soulignent l'importance de l'anamnèse dans l'établissement de la relation thérapeutique. Elles insistent sur ce moment d'échange privilégié, véritable temps d'écoute du patient et de son trouble, mais aussi de compréhension de sa demande et de ses besoins. L'orthophoniste B met particulièrement en avant le rôle de l'anamnèse dans l'élaboration des hypothèses diagnostiques. À l'issue de cette étape, elle estime avoir une ou plusieurs hypothèses diagnostiques qu'elle viendra confirmer grâce aux épreuves du bilan orthophonique et aux observations cliniques qui suivront.

1.2.3. Principales données à recueillir

Les trois orthophonistes interrogées ont décrit les différentes données anamnestiques collectées lors du bilan initial. Elles débutent par recueillir les informations administratives relatives au patient, puis s'attachent à cerner sa plainte et sa demande. Elles explorent également le contexte médical, le cadre familial et social ainsi que les habitudes de vie, qui leur semblent être des aspects essentiels pour obtenir une vision globale du patient.

1.2.4. Outils utilisés

L'orthophoniste A décrit l'évolution de sa pratique en matière de recueil anamnestique. Il y a quelques années, elle a mis en place un questionnaire d'anamnèse numérique transmis aux patients avant la première consultation afin qu'ils le complètent à distance. Cette méthode vise à optimiser le temps de consultation et permettre de se concentrer sur les aspects essentiels lors de l'entretien clinique. Le questionnaire sert également de support structurant l'échange, ce qui lui permet d'identifier plus aisément les demandes et besoins du patient. Auparavant, certaines informations étaient recueillies par entretien téléphonique, mais cette méthode était jugée trop chronophage. Désormais, elle limite cet appel téléphonique à l'obtention de données telles que l'âge du patient et le motif de consultation.

L'orthophoniste C privilégie l'entretien clinique comme principal outil de recueil. Bien qu'elle utilise occasionnellement des questionnaires, leur emploi reste rare, car elle souhaite laisser au patient la liberté d'exprimer ce qu'il juge important.

Enfin, l'orthophoniste B adopte une approche mixte. Bien qu'elle privilégie majoritairement l'entretien clinique, elle intègre régulièrement des questionnaires et/ou des auto-questionnaires pour évaluer l'évolution des besoins et des objectifs thérapeutiques au cours du suivi.

1.2.5. Adaptations du recueil

De nombreuses adaptations du recueil anamnestique sont mentionnées par les orthophonistes interrogées. Tout d'abord, la durée de l'anamnèse peut être modifiée en fonction de l'âge et de la pathologie du patient. L'orthophoniste A explique que, pour les très jeunes enfants, l'anamnèse est généralement plus courte, car l'historique médical et développemental est plus limité. Dans ce cas, l'échange porte davantage sur des éléments spécifiques et techniques.

L'orthophoniste B précise que, dans le cadre de pathologies neurodégénératives, l'accent est mis sur la collaboration avec les aidants. Ceux-ci jouent un rôle clé, notamment pour fournir des informations sur les difficultés du patient.

L'orthophoniste A utilise des questionnaires d'anamnèse adaptés en fonction de critères précis, tels que l'âge et la pathologie du patient. Ces outils ainsi personnalisés assurent la pertinence des questions posées et permettent de cibler précisément les informations jugées importantes à recueillir.

L'adaptation de l'anamnèse peut également se faire en fonction de l'état émotionnel du patient et/ou de la nature délicate des informations partagées. Cette même orthophoniste explique qu'elle choisit, dans ces cas, de ne pas prendre de notes afin de ne pas figer des propos délicats et de rester pleinement disponible pour le patient.

Enfin, l'adaptation de l'anamnèse inclut également l'ajustement du discours en fonction du niveau de compréhension du patient. L'orthophoniste C souligne l'importance de reformuler et de moduler ses questions afin de garantir une communication claire et un recueil d'informations optimal.

1.2.6. Difficultés rencontrées

Les orthophonistes rencontrent plusieurs difficultés lors du recueil anamnestique. Sur le plan organisationnel, l'un des enjeux majeurs évoqué est l'optimisation du temps alloué à cette phase. L'évaluation normée qui suit étant chronophage, un équilibre entre ces deux étapes leur semble nécessaire. La prise de notes en temps réel constitue également un défi pour l'orthophoniste A, car elle ne souhaite pas entraver sa relation avec le patient. Elle exprime le besoin d'outils facilitant cette tâche.

Les orthophonistes évoquent d'autres difficultés lors du recueil anamnestique qui sont liées aux patients eux-mêmes. Certains ignorent les raisons précises de leur consultation, nécessitant un travail d'exploration approfondi de la part de l'orthophoniste. D'autres patients, au contraire, se concentrent sur un aspect spécifique de leur pathologie, amenant l'orthophoniste à devoir recentrer fréquemment l'entretien pour garantir un recueil d'informations complet dans un temps imparti.

Enfin, l'orthophoniste C évoque des difficultés liées à sa posture professionnelle. Elle souligne la complexité de conjuguer écoute active, recentrage, reformulation et suivi des points clés, tout en maintenant un échange fluide et naturel.

2. Résultats du questionnaire

2.1. Profil des participants ayant répondu au questionnaire

2.1.1. Nombre de réponses obtenues

Nous avons recueilli 269 réponses, dont 155 complètes et 114 incomplètes. Ces dernières ont donc été exclues de l'analyse des résultats. Parmi les 155 réponses complètes, 7 répondants ont indiqué exercer exclusivement en milieu salarié. Or, nos critères d'inclusion étant d'être orthophoniste exerçant en milieu libéral, nous avons exclu ces 7 participants. L'échantillon final retenu pour l'analyse est ainsi constitué de 148 participants.

2.1.2. Mode d'exercice des participants

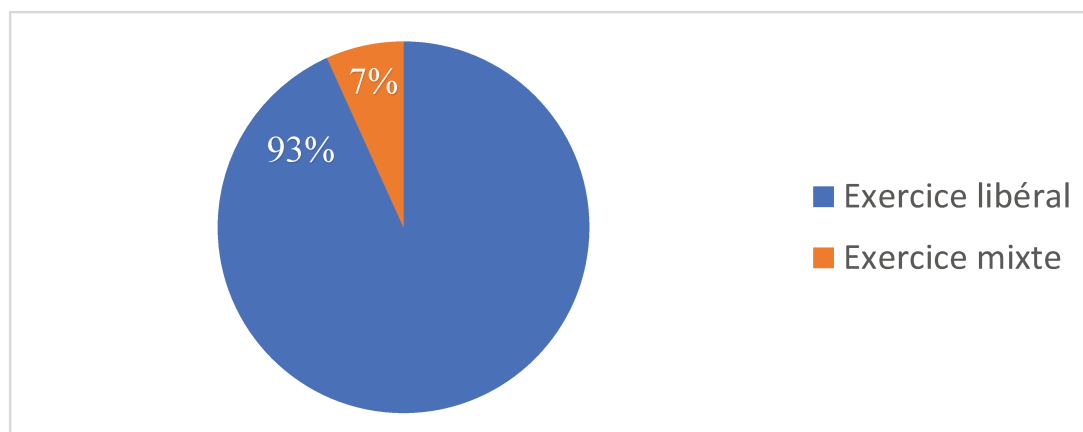


Figure 1. Répartition des orthophonistes ayant fourni une réponse complète en fonction de leur mode d'exercice.

L'échantillon analysé est majoritairement composé d'orthophonistes exerçant exclusivement en milieu libéral (93 %). Une partie faible de l'échantillon exerce à la fois en milieux libéral et salarié (7 %).

2.1.3. Répartition géographique

Tableau 1. Répartition des orthophonistes en fonction de leur région d'obtention du diplôme

Région d'obtention du diplôme	Nombre de répondants	Pourcentage de répondants
Auvergne-Rhône-Alpes	15	10,14%
Bourgogne-Franche-Comté	1	0,68%
Bretagne	4	2,70%
Centre-Val de Loire	3	2,03%
Grand Est	7	4,73%
Hauts-de-France	38	25,68%
Île-de-France	26	15,57%
Normandie	6	4,05%
Nouvelle-Aquitaine	6	4,05%
Occitanie	11	7,43%
Pays de la Loire	5	3,38%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7	4,73%
Belgique	19	12,84%

Ce graphique illustre la répartition des orthophonistes en fonction de leur région d'obtention du diplôme. L'ensemble des régions françaises disposant d'un centre de formation y est représenté, de même que la Belgique. Toutefois, cette répartition reste inégale. Certaines régions comme les Hauts-de-France (25,68%) et l'Île-de-France (15,57%) sont largement représentées, tandis que d'autres comme la Bourgogne-Franche-Comté (0,68%) ou le Grand Est (2,03%) le sont très faiblement. Cette disparité peut être liée au numerus clausus, qui fixe un nombre limité de places par centre de formation chaque année. Les régions avec davantage de places forment plus de diplômés, influençant la répartition régionale. Néanmoins, nous estimons que la diversité de notre échantillon offre une vue d'ensemble des différentes approches pédagogiques.

2.1.4. Date d'obtention du diplôme

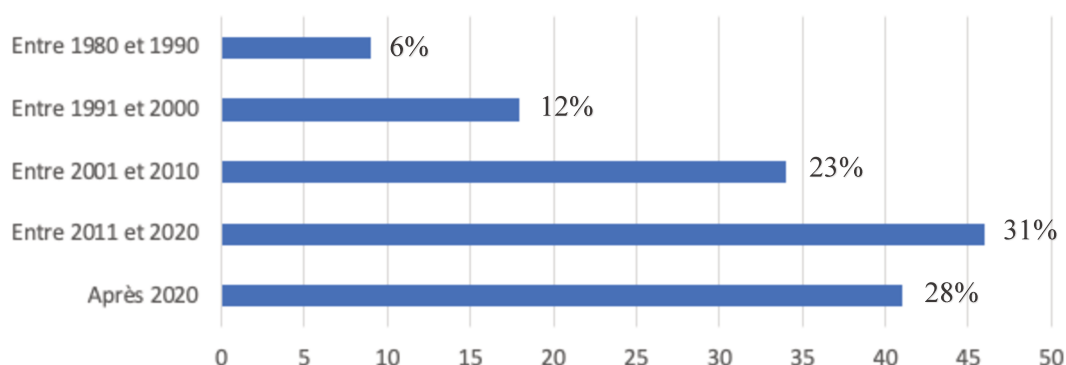


Figure 2. Répartition des orthophonistes en fonction de leur année d'obtention du diplôme.

La Figure 2 illustre la répartition des orthophonistes ayant répondu au questionnaire selon leur année d'obtention du diplôme. Nous observons que les diplômés d'avant 2000 sont les moins représentés, ne constituant que 18% de l'échantillon. La part la plus importante concerne les orthophonistes diplômés entre 2011 et 2020, avec 31% des réponses. Viennent ensuite les diplômés après 2020 (28%), puis ceux ayant obtenu leur diplôme entre 2001 et 2010 (23%).

2.2. Contenu, enjeux, durée

2.2.1. Contenu de l'anamnèse

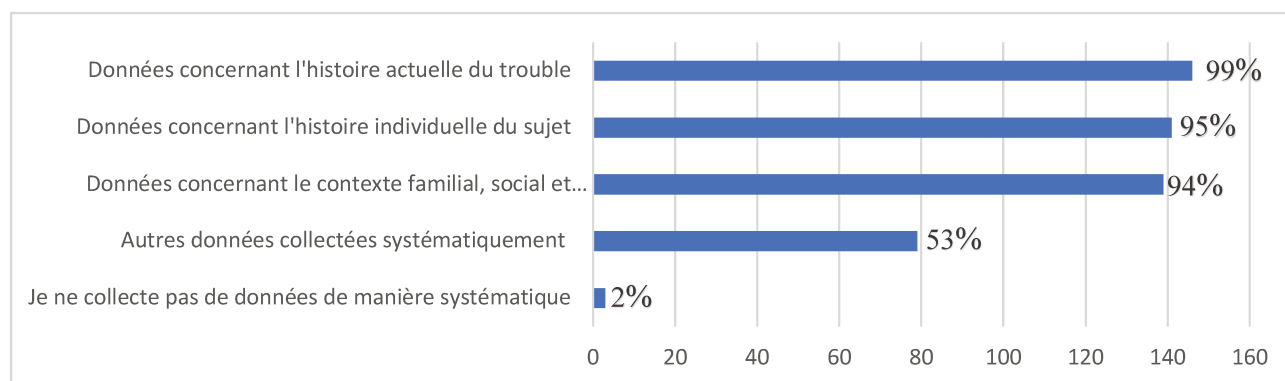


Figure 3. Type de données anamnestiques systématiquement recueillies par les orthophonistes.

Ce graphique illustre le type de données recueillies indépendamment des caractéristiques du patient au cours du premier recueil de données anamnestiques.

La presque totalité des répondants recueille systématiquement les données relatives à l'histoire actuel du trouble (99%). Pour 95% d'entre eux, les données concernant l'histoire personnelle du patient sont recherchées, tandis que 94% examinent le contexte familial, social et environnemental.

Ils collectent également de manière systématique des informations concernant l'histoire personnelle du patient, ainsi que son contexte familial, social et environnemental.

Les orthophonistes ayant répondu à cette question avaient l'opportunité de décrire pour chaque réponse cochée le type d'informations recherchées. Une analyse qualitative a permis d'identifier les éléments les plus fréquemment mentionnés. Concernant l'histoire actuelle du trouble, les principales informations recueillies portent sur les symptômes et leur date d'apparition, l'impact du trouble sur la vie quotidienne, la nature de la plainte exprimée, ainsi que sur les autres suivis ou bilans déjà réalisés, qu'ils soient orthophoniques ou effectués par d'autres professionnels. Les adaptations déjà

mises en place, l'évolution du trouble dans le temps et la source de la plainte font également partie des éléments fréquemment explorés. En ce qui concerne l'histoire individuelle du patient, les données collectées concernent principalement les antécédents médicaux et le contexte médical actuel. Les orthophonistes s'intéressent également au développement de la personne, aux autres prises en charge dont elle a bénéficié, ainsi qu'à son parcours scolaire et/ou professionnel. Enfin, l'exploration du contexte familial, social et environnemental repose essentiellement sur la recherche d'informations relatives aux antécédents familiaux, à l'environnement et à la structure familiale du patient, ainsi qu'à ses activités extra-scolaires/professionnelles.

2.2.2. Enjeux de l'anamnèse

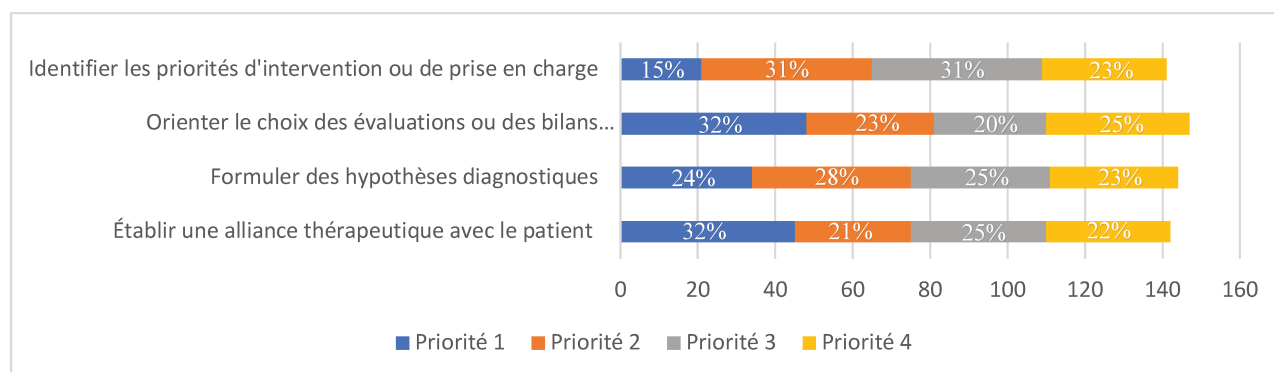


Figure 4. Hiérarchisation des enjeux de l'anamnèse selon les répondants

Cette figure présente les enjeux de l'anamnèse, identifiés par les répondants, classés en fonction de leur degré de priorité.

Les résultats ne révèlent pas une hiérarchisation stricte entre les différents enjeux. Parmi les orthophonistes ayant mentionné l'établissement de l'alliance thérapeutique comme un enjeu de l'anamnèse, 32 % le considèrent comme prioritaire, c'est-à-dire comme l'objectif principal guidant leur démarche à ce moment de la prise en soin. De manière similaire, 32 % des répondants considèrent que l'orientation de la suite de l'évaluation représente un enjeu prioritaire au moment de la réalisation de l'anamnèse.

2.2.3. Durée de l'anamnèse

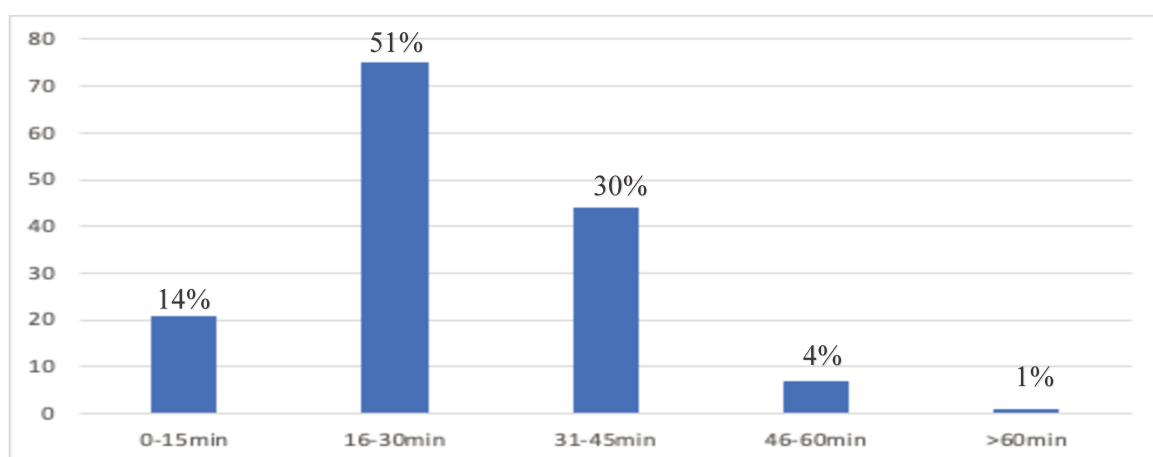


Figure 5. Temps consacré au recueil anamnestique par les orthophonistes.

Ce graphique illustre le temps accordé par les orthophonistes au recueil des données anamnestiques lors du bilan initial. La majorité des orthophonistes interrogés allouent entre 16 et 30

minutes au recueil anamnestique (51%), tandis que 30% y accordent entre 31 et 45 minutes. Pour 14% des orthophonistes, ce temps est inférieur à 15 minutes et une minorité (5%) allouent plus que 45 minutes à cette phase du bilan.

2.3. Outils utilisés pour mener l'anamnèse

2.3.1. Type d'outils

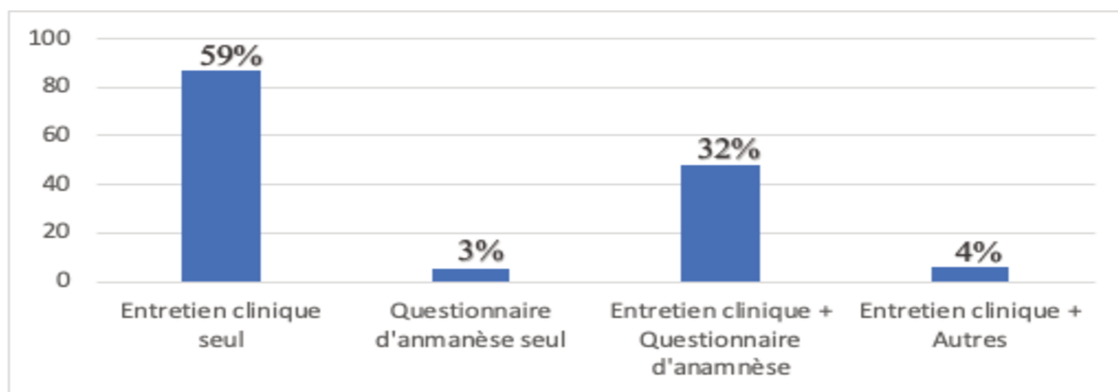


Figure 6. Outils déjà utilisés en pratique par les orthophonistes pour recueillir les données anamnestiques.

La Figure 6 illustre les outils déjà utilisés par les orthophonistes en pratique pour mener l'anamnèse. L'entretien clinique a déjà été employé, au moins une fois, par 95% des répondants. 36% des répondants déclarent avoir déjà utilisé plusieurs outils pour mener l'anamnèse. 3% des orthophonistes déclarent utiliser exclusivement le questionnaire d'anamnèse pour réaliser le recueil anamnestique. Deux répondants indiquent ne recourir ni à l'entretien clinique ni au questionnaire d'anamnèse et ne précise pas la méthode employée pour cette étape.

Les participants avaient également la possibilité de mentionner d'autres outils via la case « autre ». Parmi les outils complémentaires évoqués pour recueillir les données anamnestiques, nous retrouvons notamment le carnet de santé ainsi que divers documents médicaux ou paramédicaux.

2.3.2. Fréquence d'utilisation des outils

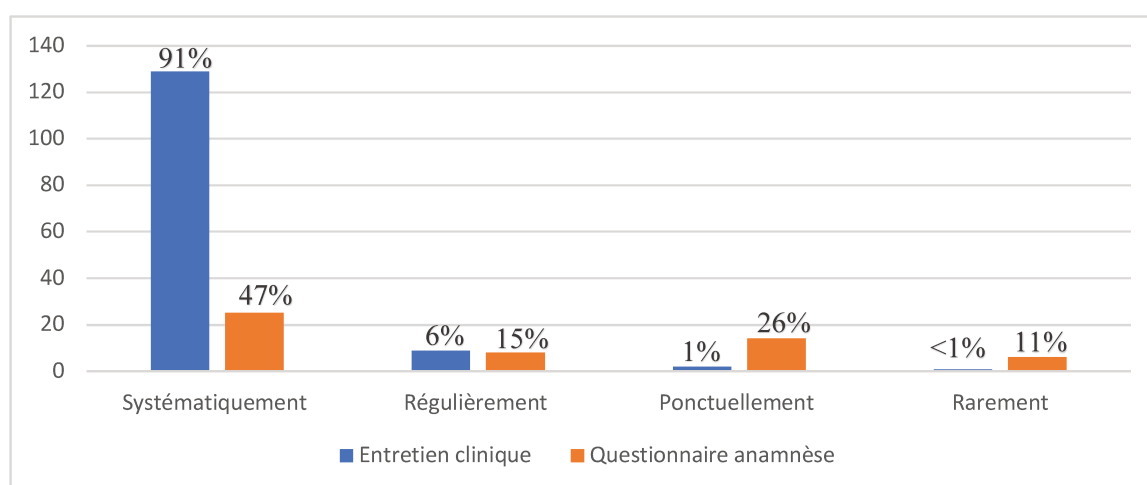


Figure 7. Fréquence d'utilisation des outils par les orthophonistes lors du recueil de données anamnestiques.

Ce graphique illustre la fréquence d'utilisation de l'entretien clinique et du questionnaire par les orthophonistes en pratique. Parmi les 95% interrogés utilisant l'entretien clinique, 91% l'utilisent systématiquement pour recueillir les données anamnestiques. Seulement 6% l'utilisent régulièrement. Et moins de 2% l'utilisent de façon ponctuelle ou rare.

La fréquence d'utilisation du questionnaire est plus hétérogène. Parmi les 35% répondants déclarant l'utiliser, 47% y recourent de façon systématique, environ 15% régulièrement, 26 % ponctuellement et 11% rarement.

2.3.3. Type d'entretien

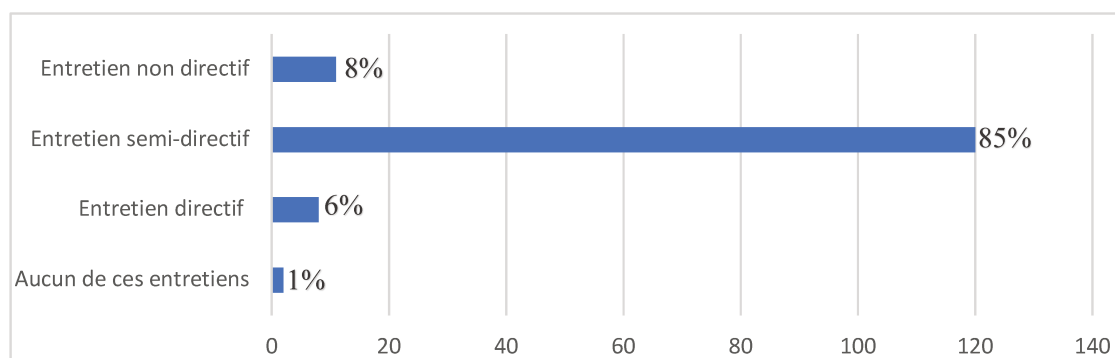


Figure 8. Type d'entretien clinique utilisé par les orthophonistes lors du recueil anamnestique.

Ce graphique illustre le type d'entretien utilisé par les orthophonistes lors du recueil anamnestique. L'entretien semi-directif est largement utilisé par les orthophonistes, puisqu'il est utilisé par 85% des répondants. Une faible proportion des orthophonistes utilise l'entretien non directif (8%) et l'entretien directif (6%). 1% des répondants affirment n'utiliser aucune de ces formes d'entretien, mais ne précisent pas leur manière de procéder.

2.4. Modalités d'administration des questions d'anamnèse

2.4.1. Modalités pour l'entretien

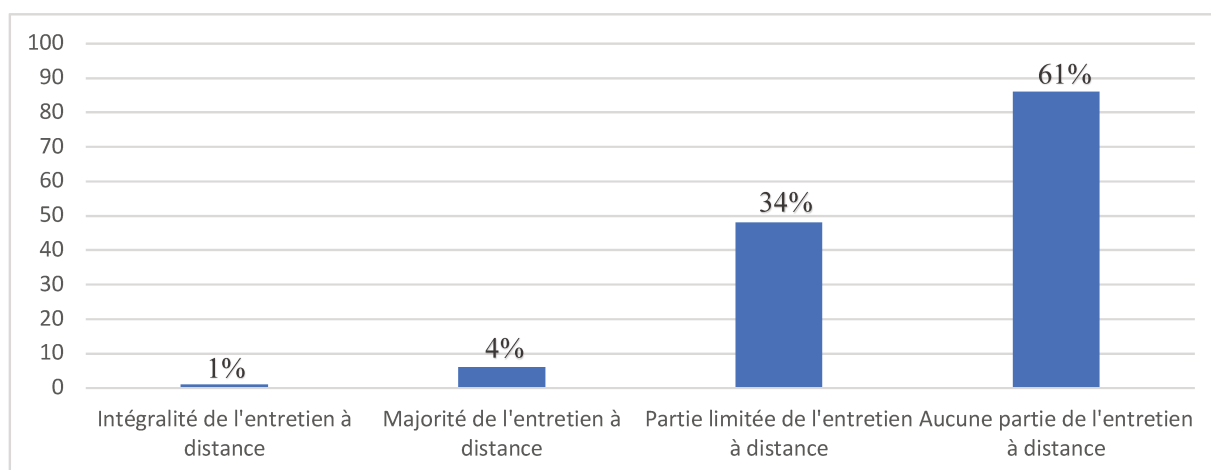


Figure 9. Taux d'utilisation de l'entretien clinique sans présence physique du patient

Le graphique met en évidence les pratiques des orthophonistes concernant l'entretien clinique à distance. L'entretien à distance désigne ici une collecte d'informations réalisée sans la présence physique du patient. La majorité des orthophonistes n'utilisent pas du tout cette modalité, privilégiant un entretien en présence du patient (61%). Environ 34% des orthophonistes adoptent une approche

hybride, combinant des entretiens en face à face et à distance. En revanche, une faible proportion d'entre eux réalise majoritairement ou totalement l'entretien clinique à distance, suggérant que cette pratique reste encore marginale (5%).

2.4.2. Modalités pour le questionnaire

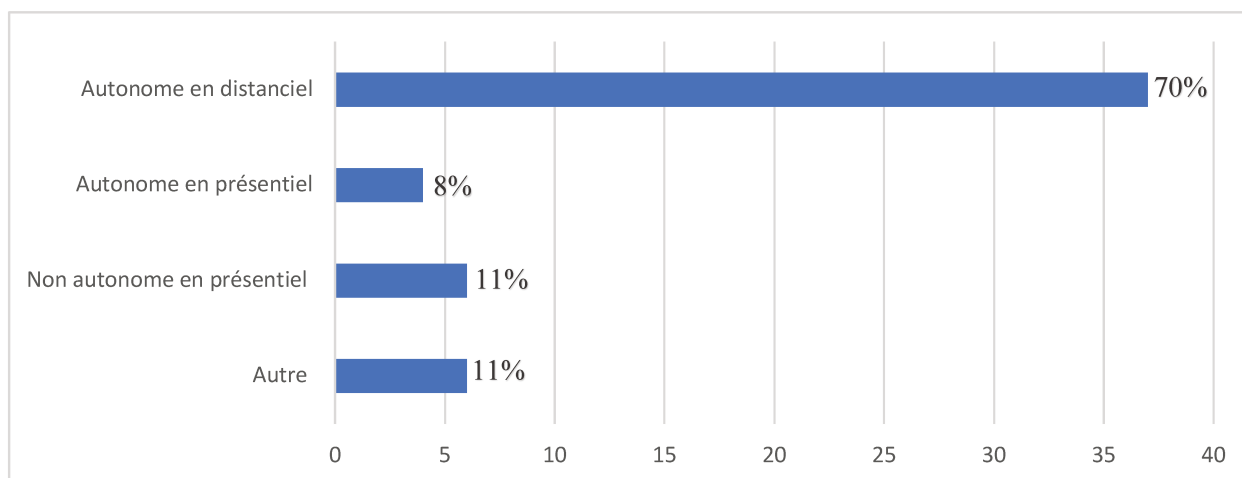


Figure 10. Modalités de passation du questionnaire d'anamnèse en orthophonie.

Cette figure illustre les différentes modalités de passation du questionnaire d'anamnèse employées par les orthophonistes. Parmi ceux qui l'utilisent, 70% permettent au patient d'y répondre de manière autonome à distance. Beaucoup moins fréquemment, le questionnaire est proposé en autonomie en présentiel (8%) ou rempli avec l'accompagnement de l'orthophoniste (11%).

Dans la section « Autre », une autre modalité d'administration du questionnaire a été rapportée : le questionnaire est rempli directement par l'orthophoniste, à partir de questions posées oralement au patient, ce qui s'apparente à un entretien directif.

2.4.3. Temporalité du recueil

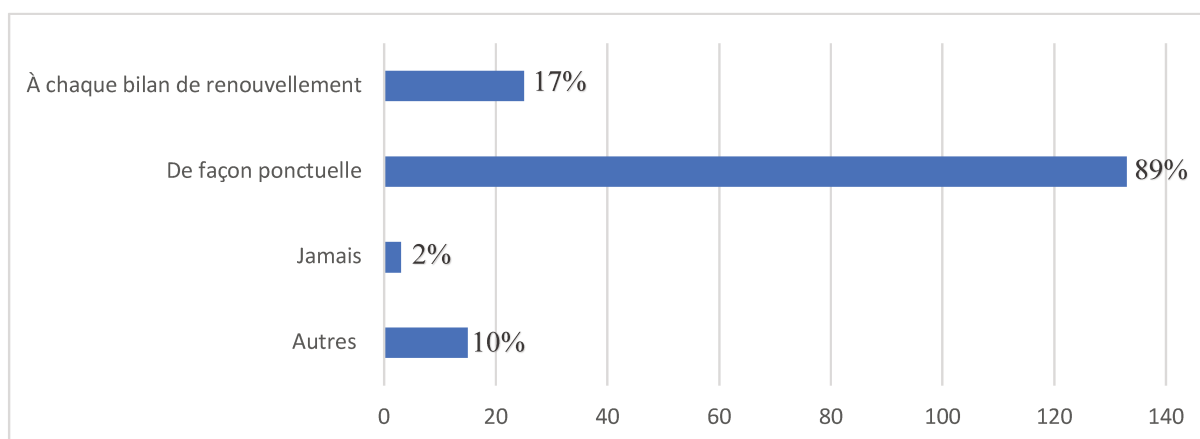


Figure 11. Retour des orthophonistes sur certains points d'anamnèse suite au recueil initial.

Cette figure montre que les orthophonistes réinterrogent certains aspects de l'anamnèse au cours de la prise en soin, en fonction des besoins cliniques. Ainsi, 89% des répondants indiquent reprendre ponctuellement certains éléments de l'anamnèse. Par ailleurs, 17% y reviennent systématiquement lors de chaque bilan de renouvellement, tandis que 2% déclarent ne jamais réaborder ces données.

2.5. Stockage des données d'anamnèse recueillies

2.5.1. Modalités de stockage

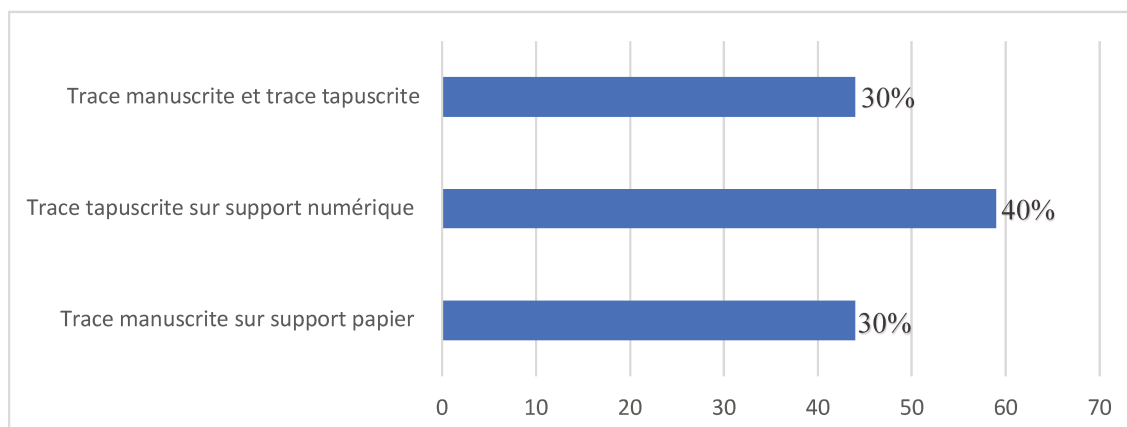


Figure 12. Modalité de stockage des données d'anamnèse recueillies.

La Figure 12 présente les modalités de stockage des données d'anamnèse recueillies par les orthophonistes. La trace tapuscrite sur support numérique est la modalité la plus utilisée (40%). La trace manuscrite sur support papier ainsi que la combinaison de traces manuscrites et tapuscrites sont également employées, bien que dans une moindre proportion que le support exclusivement numérique (30%).

2.5.2. Réglementation du stockage des données recueillies

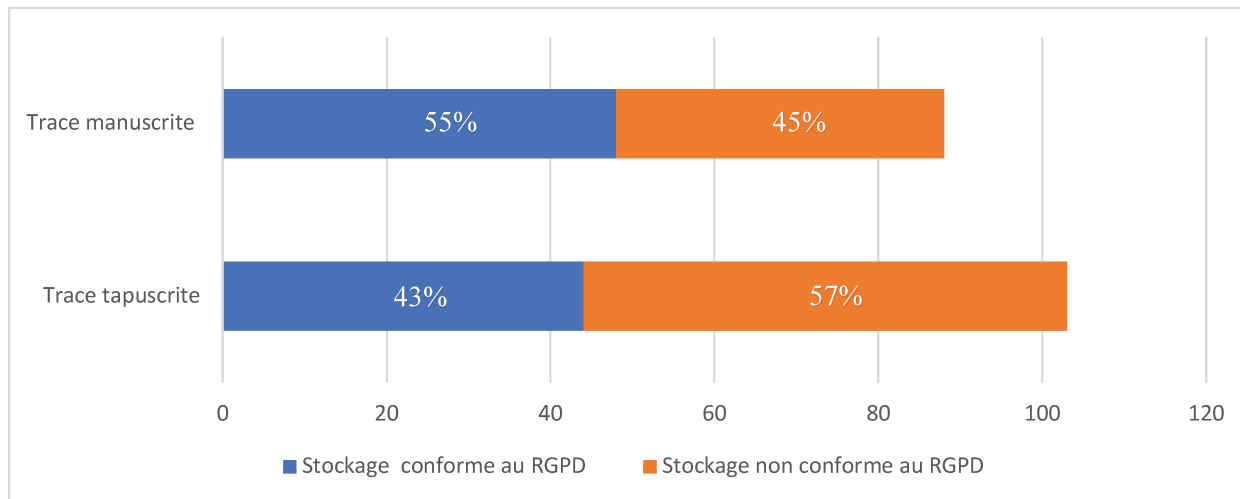


Figure 13. Conformité au RGPD du stockage des données d'anamnèse recueillies en fonction de la modalité de recueil.

La figure 13 illustre les modalités de stockage des données anamnestiques par les orthophonistes, en fonction du degré de conformité des pratiques au Règlement Général de la Protection des Données. Pour les supports papiers sur lesquels sont recueillies les données d'anamnèse, 55% des répondants déclarent les y entreposer dans un lieu fermé à clé. En ce qui concerne les données d'anamnèse stockées numériquement, 43% des professionnels recourent à un système de chiffrement répondant aux exigences réglementaires, tandis que 57% n'y ont pas recours. Ces résultats indiquent que la sécurisation des données sur support papier est légèrement plus répandue que celle des données

numériques, sans qu'aucun des deux formats n'atteigne une adhésion complète aux exigences réglementaires.

2.5.3. Degré d'adaptation de l'anamnèse

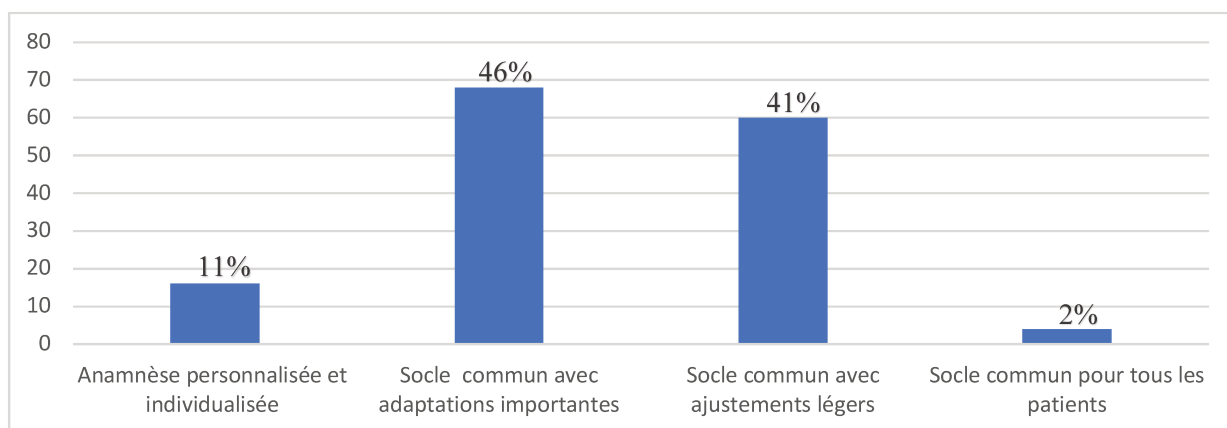


Figure 14. Degré de personnalisation du recueil des données anamnestiques.

Cette figure représente les différents degrés de personnalisation observés par les orthophonistes dans l'organisation du recueil anamnestique. La majorité des professionnels privilégient une approche basée sur un socle commun, composé d'éléments récurrents (questions, thèmes, outils), auxquels ils apportent des adaptations importantes en fonction des patients (46%). Une proportion légèrement inférieure, correspond aux orthophonistes qui ajustent le socle commun de manière plus légère (41%). À l'inverse, l'anamnèse entièrement personnalisée demeure moins présente (11%), tandis que l'utilisation d'un protocole totalement standardisé reste marginale (2%).

2.5.4. Facteurs pris en compte dans l'adaptation de l'anamnèse

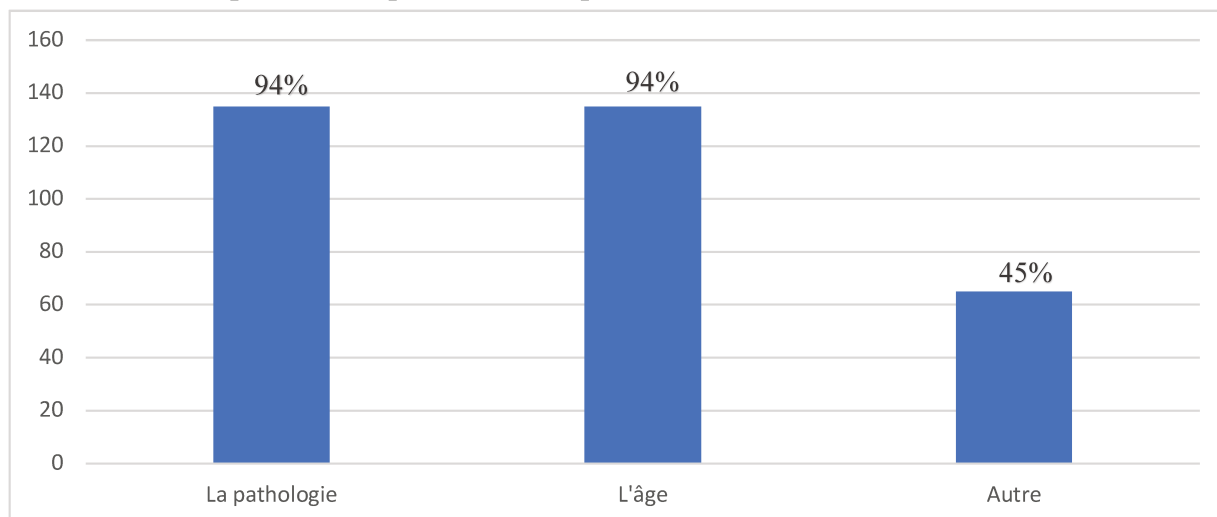


Figure 15. Facteurs pris en compte pour la personnalisation de l'anamnèse.

La figure 15 illustre les facteurs pris en compte par les orthophonistes qui adaptent le recueil des données anamnestiques. L'âge et la pathologie sont pris en compte pour adapter l'anamnèse par une grande majorité des orthophonistes (94%). D'autres facteurs sont également considérés, tels que le niveau de compréhension et de maîtrise du français, le niveau socioculturel, les informations fournies en direct lors de l'anamnèse, ainsi que les besoins émotionnels immédiats du patient et/ou de son entourage.

2.5.5. Aspects de l'anamnèse adaptés en pratique

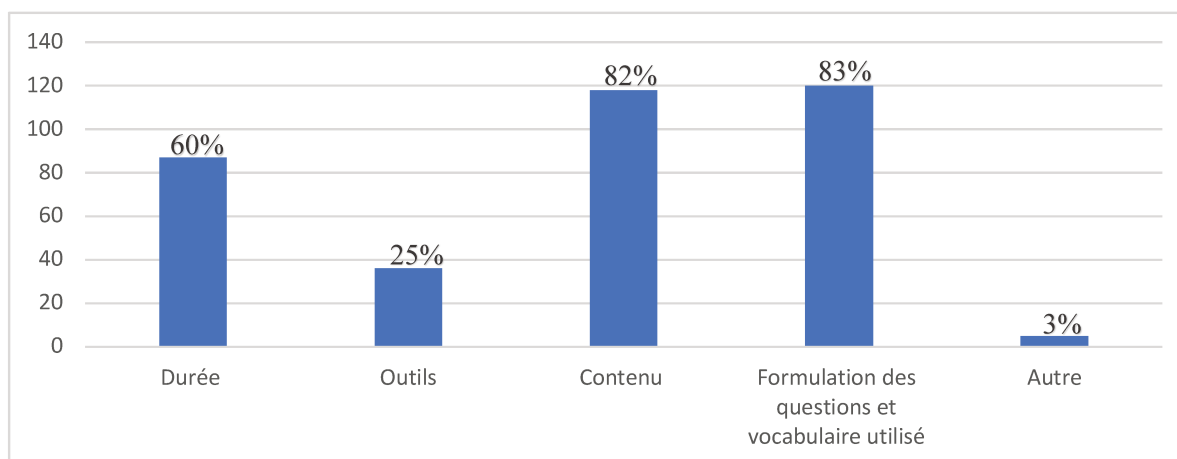


Figure 16. Nature des ajustements effectués par les orthophonistes lors du recueil des données anamnestiques.

Ce graphique met en évidence les différents aspects du recueil des données anamnestiques adaptés par les orthophonistes. Les ajustements concernent principalement le contenu des questions (82%) ainsi que leur formulation et le vocabulaire employé (83%). La durée de l'anamnèse, bien que moins fréquemment modifiée, reste un élément ajusté par plus de la moitié des professionnels (60%). Enfin, une proportion plus restreinte d'orthophonistes adapte les outils utilisés pour mener l'entretien. Parmi les différentes modifications possibles, certains professionnels déclarent également changer d'interlocuteur en fonction de la situation.

2.5.6. Difficultés rencontrées par les orthophonistes lors du recueil anamnestique

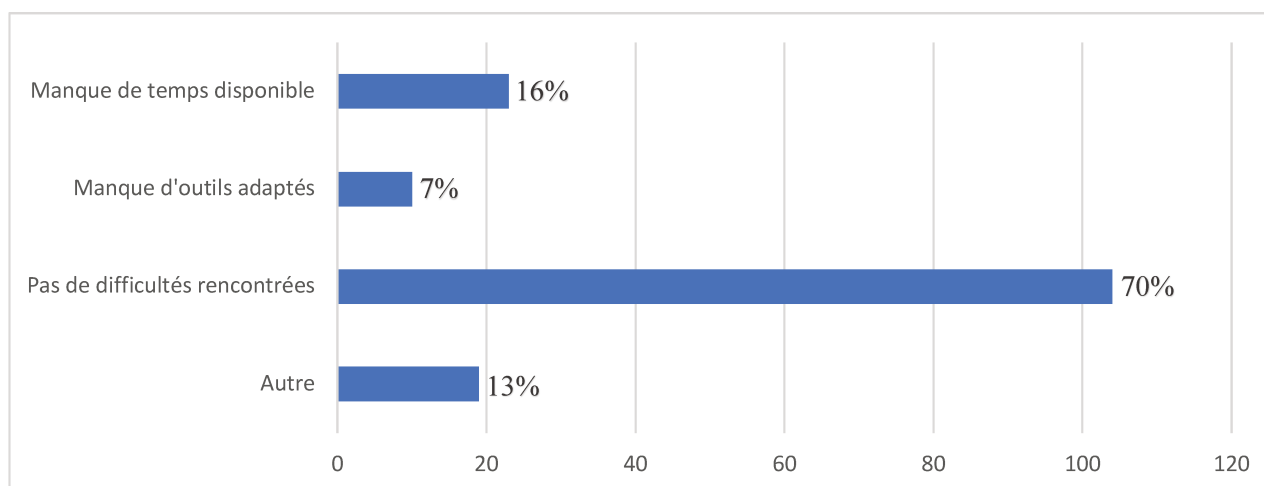


Figure 17. Difficultés rencontrées par les orthophonistes lors du recueil de données anamnestiques.

Ce graphique présente les difficultés rencontrées par les orthophonistes lors du recueil des données d'anamnèse. La majorité des professionnels interrogés indiquent ne pas rencontrer de difficultés particulières (70%). Cependant, 16% d'entre eux rencontrent des difficultés temporelles et manquent de temps pour recueillir les données anamnestiques. Une petite partie indique manquer d'outils adaptés pour mener l'anamnèse (7%). D'autres difficultés sont également évoquées. Certaines sont liées au patient, comme le manque d'informations disponibles (soit parce qu'il ne les possède pas, soit parce que l'accompagnant ne peut les fournir) ou sa réticence à se livrer dès le

premier rendez-vous. D'autres relèvent davantage de la posture professionnelle, notamment la nécessité de recadrer l'entretien ou la difficulté à adopter une approche moins directive.

Discussion

1. Hypothèse 1

Nous avons supposé que, pour recueillir les données anamnestiques, l'entretien clinique restait le principal outil de collecte. Les résultats de notre étude valident largement cette hypothèse. Notre étude montre que 95% des orthophonistes interrogés utilisent cet outil dans leur pratique. Parmi eux, 91% l'emploient systématiquement lors du bilan initial. Ces données soulignent le rôle central de l'entretien clinique dans la pratique orthophonique. Ces résultats font écho aux propos de Perdrix (2015) et de Brin et al. (2004) selon lesquels le recueil anamnestique s'effectue majoritairement par le biais de l'entretien clinique.

Parmi les différentes formes d'entretien, l'entretien semi-directif est le plus utilisé. Il semble répondre à un double objectif : structurer le recueil des informations tout en laissant une marge de liberté au patient. Ce format permet également à l'orthophoniste d'adapter le fil de l'échange aux réactions, émotions ou éléments spontanés apportés par l'interlocuteur.

L'entretien clinique apparaît comme un acte complexe, qui ne se limite pas à une simple série de questions posées au patient et à ses proches. Il mobilise à la fois des compétences techniques et relationnelles, combinant savoir-faire et savoir-être (Perdrix, 2015). L'objectif du recueil anamnestique est de recueillir des éléments pertinents pour orienter le bilan et la prise en charge. Pour ce faire, l'orthophoniste cherche à instaurer un climat de confiance, pratiquer une écoute attentive, reformuler le discours si nécessaire et recentrer l'échange lorsque celui-ci s'éloigne des objectifs. Ces éléments peuvent être réalisés grâce à l'utilisation de l'entretien clinique.

Ce dernier engage le sens clinique de l'orthophoniste tel que défini par Bouvet et Camart (2021), entendu comme une capacité à appréhender ce qui se manifeste au-delà du discours explicite. Ce sens clinique s'inscrit dans une posture bienveillante et empathique. Il repose sur une attention particulière aux éléments non verbaux et au rythme de l'échange tout en mobilisant les connaissances théoriques nécessaires à l'ajustement du recueil d'informations.

L'entretien clinique engage pleinement la posture professionnelle de l'orthophoniste. Il nécessite une interaction authentique avec le patient, tout en poursuivant des objectifs précis. Il ne s'agit pas seulement de recueillir des données. Il constitue une compétence à part entière du métier, qui mérite d'être reconnue, travaillée et approfondie tant dans la formation initiale que dans l'exercice quotidien.

2. Hypothèse 2

Nous avons émis l'hypothèse que les orthophonistes ont tendance à combiner différents outils pour optimiser le recueil des données d'anamnèse, incluant notamment des supports numériques. Les résultats de notre étude valident partiellement cette hypothèse. En effet, 36% des orthophonistes interrogés utilisent plusieurs outils pour recueillir ces données. Bien que cette pratique soit présente, elle ne semble pas encore prédominante dans les habitudes des professionnels. La combinaison de plusieurs outils présente pourtant des avantages notables. Elle permet de croiser les sources d'information, favorisant un recueil plus complet et potentiellement plus fiable (Perdrix, 2015). Cette

complémentarité peut contribuer à améliorer la précision du diagnostic et à soutenir une prise en charge ciblée.

Malgré ces bénéfices, l'entretien clinique, seul, reste largement privilégié. Cela peut refléter la volonté des orthophonistes d'établir une interaction humaine de qualité. L'échange direct, en face à face, permet de recueillir des informations verbales et d'observer des comportements non verbaux, tels que la posture, l'intonation ou encore l'émotion exprimée (Ledoux, 2013). Prendre en compte ces éléments lors du recueil anamnestique semble essentiel pour créer une relation thérapeutique solide et un climat de confiance, indispensables à la prise en soin orthophonique.

Le numérique est principalement utilisé pour le remplissage du questionnaire d'anamnèse. Ce format permet au patient de répondre à distance, avant la première rencontre et en toute autonomie. En revanche, il est beaucoup moins utilisé pour l'entretien clinique. Les réponses à notre questionnaire indiquent que le contact direct avec le patient reste privilégié par rapport aux alternatives numériques. L'utilisation du numérique soulève plusieurs limites. D'une part, certains patients peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux outils digitaux, soit pour des raisons techniques (manque d'équipement ou de connexion), soit en raison d'une faible aisance numérique. Cela peut freiner leur participation ou altérer la qualité des données recueillies. D'autre part, la gestion des informations sensibles par le biais de plateformes numériques pose des enjeux importants en matière de sécurité et de confidentialité des données, notamment en lien avec le Règlement Général sur la Protection des données.

Dans un contexte où les technologies de santé sont en constante évolution (Marsico, 2020), il semble pertinent de s'interroger sur les perspectives d'évolution des pratiques orthophoniques. Intégrer des outils numériques de manière réfléchie pourrait permettre d'optimiser certaines étapes de parcours du soin, notamment en amont des consultations, sans pour autant renoncer à la richesse de l'échange clinique. L'enjeu principal sera de parvenir à articuler ces nouveaux outils avec les pratiques traditionnelles, afin de préserver la qualité relationnelle qui caractérise la prise en charge orthophonique.

3. Hypothèse 3

L'hypothèse selon laquelle les orthophonistes adaptent leurs modalités de recueil à la spécificité de chaque patient se voit partiellement confirmée par nos résultats. En effet, la majorité des professionnels interrogés reconnaît l'existence d'un socle commun, autrement dit une base de questions ou d'outils régulièrement utilisés, lors de la conduite de l'anamnèse, qu'ils ajustent en fonction des particularités cliniques rencontrées. Les résultats de notre questionnaire mettent en lumière une pratique flexible, reposant sur une structure modulable, ajustée aux caractéristiques du patient. Toutefois, cette personnalisation reste limitée et non systématique. Les professionnels s'appuient sur une trame commune, qu'ils adaptent de manière contextuelle selon la situation clinique. Cette base commune peut se traduire par le type d'informations recueillies, indépendamment du profil du patient. La quasi-totalité s'attache à explorer des domaines essentiels, tels que l'histoire actuelle du trouble, l'histoire individuelle du patient et son contexte familial, social et environnemental.

Parmi les orthophonistes ayant déclaré adapter les modalités de recueil anamnestique, 94% indiquent que l'âge et la pathologie du patient sont des facteurs déterminants dans ce processus. L'adaptation du recueil peut alors concerner différents aspects, tels que la complexité des questions posées ou la manière d'aborder certaines thématiques. Les résultats de notre questionnaire révèlent que certaines adaptations sont particulièrement privilégiées, notamment celles portant sur la

formulation des questions et le vocabulaire utilisé. Si ces éléments ne permettent pas de conclure sur les modalités précises de ces ajustements, ils témoignent toutefois d'une attention portée à l'ajustement du discours lors du recueil anamnestique. Cette tendance fait écho aux recommandations de santé de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2018), qui préconise d'adapter son discours au niveau de compréhension du patient, notamment pour ceux ayant des troubles du langage ou de la mémoire. Ces recommandations peuvent également être pertinentes dans le cadre d'une approche plus générale de l'anamnèse.

Une autre adaptation largement privilégiée concerne le contenu de l'anamnèse. En raison de la diversité des pathologies prises en charge et des différences liées aux tranches d'âge des patients, il est naturel que le recueil des informations soit ajusté en fonction des spécificités de chaque situation. Ainsi, les orthophonistes modifient le contenu de l'anamnèse pour s'adapter aux besoins cliniques et développementaux de chaque patient, garantissant la pertinence du recueil.

Enfin, les réponses au questionnaire suggèrent que d'autres éléments du cadre de l'anamnèse peuvent être ajustés en fonction des besoins du patient, comme la durée du recueil ou les outils utilisés. Par exemple, la durée pourrait être allongée ou réduite selon la complexité de la pathologie ou la difficulté du patient à exprimer ses symptômes, tandis que les outils utilisés pourraient être mieux adaptés pour correspondre à la situation clinique.

Toutefois, il est important de noter que l'adaptation du recueil anamnestique ne se limite pas à des ajustements techniques ou formels. Elle peut également se manifester dans la posture clinique de l'orthophoniste, qui doit être capable de s'adapter aux besoins du patient. Cela implique de valider ses ressentis, de rebondir sur ses propos ou de respecter son rythme, en fonction de ce que l'orthophoniste perçoit comme nécessaire pour chaque patient, comme le soulignent Gargouri et al. (2019). Ces ajustements témoignent d'une écoute active et d'une volonté de favoriser une relation de confiance, dans laquelle l'anamnèse sert de levier pour instaurer cette relation et construire un projet de soin adapté.

Enfin, la capacité à ajuster l'anamnèse de manière pertinente et nuancée pourrait être influencée par le niveau d'expérience clinique. Certains répondants, notamment ceux diplômés après 2020, ont mentionné éprouver des difficultés à recentrer l'anamnèse dans certaines situations, à maintenir une rigueur méthodologique et à se distancer de certaines approches qui peuvent ressembler à un interrogatoire formel. Ces observations suggèrent que les orthophonistes récemment diplômés peuvent être davantage confrontés à des défis liés à l'adaptation de l'anamnèse.

4. Hypothèse 4

Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle les orthophonistes ajustent leurs modalités de recueil de l'anamnèse en fonction de la réalité de leur exercice professionnel. Les résultats de notre étude suggèrent que plusieurs éléments du recueil sont effectivement adaptés selon les réalités du terrain.

Concernant la durée consacrée à l'anamnèse, 51% des orthophonistes interrogés déclarent y consacrer entre 15 et 30 minutes. Ce temps, relativement restreint, peut s'expliquer par plusieurs facteurs : l'absence de cadre légal précisant la durée du recueil, la nécessité de réaliser d'autres épreuves dans le cadre du bilan orthophonique, ainsi que la forte demande de soin en orthophonie, qui impose une organisation rigoureuse du temps. À cela s'ajoute le caractère forfaitaire de la rémunération, identique quelle que soit la durée accordée à cette étape. Face à ces contraintes, les orthophonistes doivent ajuster leur méthode de recueil pour concilier leurs objectifs cliniques avec les exigences du quotidien en cabinet libéral.

Par ailleurs, certaines orthophonistes soulignent des difficultés liées aux outils disponibles pour mener l'anamnèse. Certains participants font état d'un manque d'outils adaptés et facilement accessibles, ce qui limite leur capacité à diversifier leur approche. Certains expriment le besoin d'un questionnaire standardisé, qui permettrait d'améliorer l'efficacité et d'harmoniser les pratiques. Cela pourrait contribuer à une prise en charge cohérente et de qualité pour tous les patients. En l'absence de supports structurés comme ces questionnaires, le recueil repose sur l'expérience personnelle du praticien, ce qui peut nuire à l'efficacité et à l'uniformité des pratiques. Parmi les professionnels qui adaptent leur méthode de recueil, 36% utilisent des outils diversifiés. En revanche, 64 % déclarent ne pas diversifier les outils pour recueillir les données d'anamnèse. Ce chiffre peut sans doute s'expliquer par le fait que les orthophonistes disposent d'une routine clinique bien établie, limitant ainsi les modifications apportées aux pratiques habituelles.

Enfin, les pratiques de stockage des données d'anamnèse recueillies varient parmi les orthophonistes. Parmi ceux qui conservent les données sous forme manuscrite, 55% respectent certaines exigences du Règlement Général sur la Protection des données (RGPD), telles que le rangement des dossiers papier un espace fermé à clé. Par ailleurs, environ la moitié des répondants utilisent un disque dur chiffré pour sécuriser les données d'anamnèse stockées numériquement. Ces résultats montrent une hétérogénéité des pratiques en matière de sécurisation des données. Cette diversité peut s'expliquer par des facteurs tels que l'accès à l'information ou des contraintes liées au temps, qui influencent la mise en œuvre de pratiques sécurisées. Ces éléments mettent en lumière la réalité de l'exercice professionnel des orthophonistes, où la charge de travail, les ressources disponibles et les priorités du quotidien peuvent rendre difficile l'application systématique de toutes les recommandations en matière de sécurisation des données.

5. Regard critique sur l'étude menée

La méthodologie employée dans cette étude repose sur la complémentarité entre un questionnaire en ligne et des entretiens exploratoires. Cette approche mixte vise à croiser des données quantitatives et qualitatives. Cette démarche fournit une base solide pour analyser les pratiques étudiées. Le questionnaire a permis de recueillir les réponses de 141 participants, ce qui constitue un échantillon conséquent et confère une certaine robustesse aux résultats obtenus.

Certaines limites méthodologiques méritent d'être soulevées. Le taux d'abandon important du questionnaire (114 questionnaires incomplets) suggère un biais de non réponse. Il est probable que seules les personnes les plus motivées ou sensibilisées au sujet semblent avoir finalisé leur participation. La durée estimée du questionnaire, entre 10 et 15 minutes, peut en partie expliquer ce phénomène. Celle-ci découle du souci de précision pour définir les termes clés, visant à garantir une bonne compréhension des questions. Par exemple, les termes entretien clinique et questionnaire d'anamnèse ont été définis afin de s'assurer qu'ils soient bien compris, facilitant la compréhension des questions qui y font référence par la suite. Par ailleurs, certaines questions ont été formulées de manière ouverte, dans le but de recueillir des réponses riches et nuancées. Cela a pu entraîner un temps de réponse variable, selon le degré d'implication des répondants. Il aurait été difficile de transformer ces questions en formats fermés sans réduire la richesse des données recueillies.

Un biais de sélection lié à la répartition géographique des répondants a été identifié. Dans notre questionnaire, les orthophonistes devaient indiquer la région où elles avaient obtenu leur diplôme. Bien que le questionnaire ait été largement diffusé via des groupes professionnels Facebook selon les régions, certaines d'entre elles, telles que l'Île-de-France ou les Hauts-de-France, sont surreprésentées. Ce déséquilibre pourrait résulter d'un numérus clausus plus élevé dans ces zones ou

d'une réactivité plus importante des membres de ces groupes. Cela limite la représentativité de l'échantillon par rapport à l'ensemble des orthophonistes interrogées.

6. Perspectives pour les recherches futures

Cette étude met en lumière plusieurs axes de recherche à approfondir. Tout d'abord, il serait pertinent d'explorer plus finement le développement des compétences relationnelles mobilisées lors de l'entretien clinique. Des études longitudinales pourraient documenter comment ces compétences s'acquièrent et se renforcent, notamment chez les jeunes diplômés.

L'intégration des outils numériques dans le recueil de l'anamnèse constitue également une piste prometteuse. Il serait utile d'évaluer leur apport en amont, voire pendant, les consultations, leur accessibilité pour les patients ainsi que les freins perçus par les professionnels, notamment en termes de sécurité des données et de qualité relationnelle.

Par ailleurs, les résultats suggèrent une adaptation des modalités d'anamnèse selon les profils des patients. Il serait intéressant d'analyser plus en détail les critères guidant ces ajustements et leur impact sur la qualité du recueil.

Enfin, plusieurs orthophonistes ont exprimé le besoin d'outils standardisés pour structurer l'anamnèse. La co-construction et la validation d'un tel outil, modulable selon l'âge ou les troubles, pourraient contribuer à harmoniser les pratiques tout en laissant place à la flexibilité clinique.

Conclusion

En conclusion, ce mémoire avait pour objectif de réaliser un état des lieux des pratiques orthophoniques concernant les modalités de recueil des données d'anamnèse en cabinet libéral. Le recueil d'informations anamnestiques est une étape incontournable du bilan orthophonique. Il s'agit d'un moment clé pour recueillir des informations cliniques, établir une première compréhension du trouble, mais aussi pour initier une relation thérapeutique de qualité. Bien qu'elle occupe une place importante en pratique clinique, cette étape reste peu documentée dans la littérature scientifique. Il paraissait donc pertinent de s'y intéresser afin d'analyser les modalités concrètes de sa mise en œuvre, d'en relever les forces et les limites, et d'ouvrir une réflexion sur les pratiques actuelles.

Pour répondre à cette problématique, nous avons choisi une méthodologie mixte, combinant des entretiens exploratoires menés auprès de trois orthophonistes et un questionnaire diffusé à un plus large échantillon de professionnels.

Les résultats ont mis en lumière l'importance de l'entretien clinique, largement utilisé dans la profession. Bien qu'il prenne souvent la forme d'un échange oral et parfois informel, il mobilise des compétences professionnelles complexes. Il requiert une écoute fine, une capacité d'adaptation constante tout en cherchant à concilier rigueur dans le recueil des informations et qualité de la relation avec le patient.

L'étude a également permis de souligner la diversité des pratiques. Si certains professionnels s'appuient sur des supports ou des outils complémentaires, notamment numériques, cette dimension reste minoritaire et peut être freinée par des contraintes d'accès, de temps ou de sécurité des données. D'autre part, les résultats ont mis en évidence que les orthophonistes adaptent fréquemment leurs modalités de recueil en fonction de plusieurs facteurs : l'âge, la pathologie, les capacités du patient ou encore les réalités organisationnelles du cabinet libéral. Loin d'être une procédure figée, l'anamnèse se construit comme un acte clinique souple, ajusté aux contextes cliniques.

Ce mémoire met ainsi en lumière la richesse et la complexité de cet acte professionnel. Il permet de reconnaître l'anamnèse comme une compétence à part entière, située à la croisée du savoir-faire technique et du savoir-être relationnel. En ce sens, ce travail contribue à valoriser une pratique quotidienne mais exigeante, en soulignant l'importance de sa prise en compte dans la formation initiale, la supervision des jeunes diplômés et la réflexion continue sur les pratiques professionnelles.

Ces constats soulignent la nécessité de poursuivre la réflexion autour de la conduite de l'anamnèse, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins prodigués aux patients.

Bibliographie

Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2003). *Dialogoris 0-4 ans orthophoniste* [Matériel d'évaluation]. Com-médic.

Article L1111-4 du Code de la Santé Publique.

Article L4341 du Code de la Santé Publique.

Avenant 4 à la convention nationale des orthophonistes (J.O. 27 février 2003).

Beau, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*. (4e éd.). La découverte.

Bézy, C., Pariente, J., & Renard, A. (2016). *GREMOTS – Batterie d'évaluation des troubles du langage dans les maladies neurodégénératives* [Matériel d'évaluation]. De Boeck Supérieur.

Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives psy*, 49(4), 317-326.

Bon, F., Castagne, P., Lauga., P. (1988). L'anamnèse. *Glossa*, 12, 16-20.

Bourdy, C., Millette, B., Richard, C., & Lussier, M.T. (2004). *Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication*. http://clge.fr/wp-content/uploads/2015/04/Guide_entrevue_Calgary_Cambridge.pdf

Bouvet, C. (2022). *18 grandes notions de l'entretien clinique*. (3^e éd). Dunod.

Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Ortho Edition.

Brus, M.O. (2022). *Aide mémoire - EFT, Emotional Freedom Technique en 45 notions*. Dunod.

Castel, P. (2005). Le médecin, son patient et ses pairs Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie*, 46(3), 443-467.

Chahraoui, K. (2021). Chapitre 11. L'entretien clinique de recherche. Dans A. Bioy, M. Castillo et M.Koenig (Eds.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 179-196). Dunod.

Chauvin, D., & Demouy, J. (2013). Chapitre 5 Bilan Orthophonique. Dans P. Ferrari et O. Bonnot. (Eds.), *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* [Version électronique]. Lavoisier.

Chevalier, F., Cloutier, M. & Mitev, N. (2018). *Les méthodes de recherche du DBA*. EMS Editions.

Chiland, C. (2013). Chapitre Premier. Introduction : Qu'est-ce qu'un entretien clinique ? Dans C. Chiland (Ed.), *L'entretien clinique* (p.1-24). Presses Universitaires de France.

Chouvier, B. (2016). Chapitre 3. Les spécificités de la position clinique. Dans B. Chouvier et P. Attigui (2^e éd.) *L'entretien clinique* (p. 45-64). Armand Colin.

Coquet, F., Ferrand, P., & Roustit, J. (2010). *Evalo BB : évaluation du développement du langage oral chez l'enfant* [Matériel d'évaluation]. Ortho Edition.

Combessie, J.C. (2007). II. L'entretien semi-directif. *La méthode en sociologie* (p. 24-32). La Découverte.

Décret n° 2021-1047 du 4 août 2021 relatif au dossier médical partagé. (2021). Journal Officiel de la République Française n°0182, 7 août. Repéré le 17.01.2025 à <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000043914236>

De Ketele, J.M., Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations*. (5^e éd.). De Boeck Supérieur.

Ebert, K. D. et Kohnert, K. (2010). Common factors in speech-language treatment: an exploratory study of effective clinicians. *Journal of Communication Disorders*, 43(2), 133-147.

Gargouri, L., Safi, F., Khemakhem, K., Chaabouni, Y., Triki, F., & Aloulou, J. (2019). Stratégies pour une meilleure communication médecin-malade. *Sfax*, 32, 2-3.

Giust-Ollivier, A.C. (2016). Entretien. Dans J. Barus Michel, E.Enriquez et A. Lévy (Eds.), *Vocabulaire de psychosociologie : Références et positions* (p. 360-369). Érès.

Haute Autorité de Santé (2018). *Communiqué malgré les troubles de la mémoire ou du langage*. Consulté le 04.05.2025 à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_14_communiquer_troubles_memoire_langage.pdf

Haut Conseil de la Santé Publique (HSCP). (2016). *Carnet de santé de l'enfant. Recommandations d'actualisation*. Consulté le 09.09.2024 à l'adresse <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=569>

Kovacs, B., Gaunet, F., & Briffault, X. (2004). *Les techniques d'analyse de l'activité pour l'IHM*. Lavoisier

Larousse. (s. d.). Anamnèse. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 15 mars 2024 à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anamn%C3%A8se/3248>

Ledoux, A. (2013). Chapitre IV. La communication non verbale dans l'entretien clinique. Dans C. Chiland (Ed.), *L'entretien clinique* (p. 83-98). Presses Universitaires de France.

Marsico, G. (2020). Confiance, technologie et santé publique en période de Covid-19. *Regards*, 58(2), 35-45

Moscarola, J. (2018). Chapitre 12. Questionnaires et questionnaire en ligne. Dans F. Chevalier, M. Cloutier et N. Mitev (Eds.), *Les méthodes de recherche du DBA* (p.201-217). EMS Éditions

OpenAI. (2025). *ChatGPT (version du 17 avril 2025)* [Modèle de langage utilisé pour l'aide à la reformulation de contenus rédactionnels]. <https://chat.openai.com>

Perdrix, R (2015). L'entretien d'anamnèse comme dispositif organisateur premier du raisonnement clinique dans le diagnostic de dyslexie développementale. *Rééducation orthophonique*, 262, 53-78.

Postel-Vinay, N., Blanc, F.X., Steichen, O., Housset, B., Clerson, P., Eveillard, P., Leroyer, C., & Roche, N. (2020). Pneumo-Quest, auto-questionnaire standardisé à compléter au domicile avant une première consultation en pneumologie : Étude de validation. *Revue des Maladies Respiratoires*, 37(10), 776-782.

Ross-Lévesque, É., Leclercq, A.L., Maillart, C., & Desmarais, C. (2024). Coconstruction et validation de questionnaires en français sur le langage et les impacts fonctionnels (QLIF) : une contribution à l'évaluation orthophonique d'enfants de 3 à 12 ans. *Rééducation orthophonique*, (297), 58-77.

Satier Jaillet, H. (2020). Manuel d'investissement des compétences de l'anamnèse. *L'orthophoniste*, 404, 37-57.

Scheen A.J. (2013). La vignette diagnostique de l'étudiant. L'anamnèse médicale, étape initiale capitale pour l'orientation diagnostique [Medical interviewing, initial key step in the disease diagnosis]. *Revue médicale de Liege*, 68(11), 599–603.

Souvayre, R. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Dunod.

Trauchessec, J. (2018). De l'anamnèse à la modélisation neurolinguistique : démarche clinique en neurologie de l'adulte. *Rééducation orthophonique*, 274, 41-60.

Thiétard, R.A. (2014). *Méthodes de recherche en management* (4^e ed). Dunod.

Torris, G. (2015). Anamnèse. Dans *Encyclopaedia Universalis*. Récupéré sur [<https://www.universalis.fr/encyclopedia/anamnese/>]

Werba, I., & Brejon, L. (2021). Le partenariat-patient dans la pratique orthophonique en France : état des lieux et perspectives. *Glossa*, 130, 58-77.

Liste des annexes

- 1. Annexe n°1 : Trame pour les entretiens exploratoires**
- 2. Annexe n°2 : Questionnaire diffusé auprès des orthophonistes**

État des lieux des pratiques orthophoniques concernant les modalités de recueil des données d'anamnèse en cabinet libéral

Discipline : Orthophonie

Marine LE MÉTEIL

Résumé : Le recueil d'informations anamnestiques constitue une étape incontournable du bilan orthophonique. Bien qu'il ait été abordé dans divers travaux en santé, ses modalités concrètes en orthophonie semblent encore peu mises en lumière. Nous pouvons donc supposer qu'il y existe une diversité de pratiques pour cette étape. Ce mémoire vise donc à dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques concernant les modalités de recueil des données d'anamnèse en cabinet libéral. Une méthodologie mixte a été mise en œuvre : trois entretiens exploratoires ont d'abord été réalisés auprès d'orthophonistes, puis un questionnaire a été diffusé à un large échantillon de professionnels. L'entretien clinique apparaît comme l'outil de recueil le plus utilisé, mobilisant des compétences à la fois techniques et relationnelles. Une minorité d'orthophonistes associe à l'entretien clinique, d'autres outils, tels que le carnet de santé ou le questionnaire d'anamnèse. Lorsqu'il est utilisé, ce dernier peut permettre de structurer l'entretien. Le recueil anamnestique présente plusieurs enjeux, tels que l'adaptation aux spécificités des patients, à leur entourage ou aux exigences de l'exercice libéral. Ce travail met en lumière la richesse de cette pratique qui constitue une base essentielle pour la prise en soin orthophonique. Des pistes d'évolution sont proposées, notamment pour favoriser une plus grande homogénéité des pratiques.

Mots clés : Pratiques orthophoniques – Exercice libéral – Anamnèse – Modalités de recueil – Entretien clinique

Abstract : The collection of anamnesis information is a crucial step in the speech-language therapy assessment process. Although it has been addressed in various health-related studies, its specific application within the field of speech-language therapy remains underexplored. This suggests that a wide range of practices may exist. This study aims to provide an overview of current approaches to collecting anamnesis data in private speech-language therapy settings. A mixed-methods design was adopted: three exploratory interviews were first conducted with speech-language therapists, followed by the distribution of a questionnaire to a broader sample of professionals. The clinical interview emerged as the most commonly used tool, requiring both technical and interpersonal skills. A minority of therapists also employ supplementary tools, such as medical records or structured anamnesis questionnaires, to help guide the interview process. Several challenges are associated with collecting anamnesis data, including adapting to individual patients, their families, and the organizational constraints of private practice. This study highlights the complexity of this foundational process and offers recommendations to encourage more consistent practices across the profession.

Keywords: Speech Therapy Practice – Private Practice – Case history – Data collection methods – Clinical interview

Mémoire dirigé par

Marie-Laure SIMON, orthophoniste à Lesquin et chargée d'enseignement au CFUO de Lille

Université de Lille – 2024-2025