CENTRE DE RECHERCHES SOCIOLOGIQUES ET POLITIQUES DE PARIS
UMR 7217 CNRS-UNIVERSITÉ PARIS 8-UNIVERSITÉ PARIS NANTERRE

Convention de recherche URPS Orthophonistes Île-de-France/CNRS du 16 novembre 2016

Les orthophonistes et leurs patient-e-s

Enquête sur le renoncement aux soins orthophoniques en région Île-de-France

Nicolas Larchet,
sous la coordination scientifique de Laure Pitti

Octobre 2017

Illustration de couverture : « ON NE CRIE PAS », dessin affiché dans la salle d'attente d'un cabinet d'orthophonistes de Seine-Saint-Denis.

Remerciements

L'auteur et la coordinatrice de ce rapport tiennent à remercier les membres du bureau de l'Union régionale des professionnels de santé des orthophonistes d'Île-de-France pour leur disponibilité, leur expertise et leur accompagnement tout au long de la mise en œuvre de cette recherche ; le département Régulation de l'offre ambulatoire de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France pour leur aide en matière de données de démographie professionnelle ; la Direction médicale des centres municipaux de santé de Saint-Denis, le Service territorialisé de PMI et de la santé de la ville de Draveil, ainsi que l'ensemble des personnes rencontrées pour les besoins de cette enquête – orthophonistes, médecins, enseignant-e-s, éducateurs-trices, responsables associatifs, patient-e-s et familles – pour l'accueil qu'ils et elles nous ont réservé, comme pour le temps et la confiance qu'ils et elles nous ont accordés lors des entretiens et au cours de la passation des questionnaires. Nous remercions également nos collègues Étienne Bard, François Boureau, Abigail Bourguignon, Marie-Paule Couto, Maud Gelly, Marie Jaisson, Audrey Mariette, Ornela Mato, Dominique Memmi, Marie Ménoret et Stanislas Morel pour leurs discussions ayant contribué à l'élaboration de cette recherche.

Il va de soi que les analyses contenues dans ce rapport n'engagent que son auteur et ne sauraient en aucun cas être considérées comme reflétant la position officielle du Centre national de la recherche scientifique, de l'Union régionale des professionnels de santé ou de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France.

Remarques sur la féminisation des noms de métiers

Prenant acte du fait que l'orthophonie est, sinon « la profession la plus féminisée de France » [Tain, 2016b], du moins l'une des plus fortement féminisées, nous avons décidé de *neutraliser* le nom de cette profession, en écrivant par exemple « les orthophonistes interview***é-e-s*** », selon les conventions de l'écriture dite inclusive. Si *féminiser* le nom de cette profession, en écrivant simplement les « orthophonistes interview***ées*** », aurait été une solution plus élégante, neutraliser systématiquement des noms de professions aussi attachées à une division traditionnelle des rôles masculin et féminin tels que « ***le ou la*** médecin », « l'infirmi***er-e*** » ou « l'aide-soignant***-e*** » produit des effets de remise en cause de nos évidences dont la vertu nous a semblé supérieure à la gêne occasionnée pour le lecteur. Nous avons dès lors essayé, autant que possible, de neutraliser les autres noms de métiers contenus dans ce rapport (tels que « ***le ou la*** psychomotricien***-ne*** », « l'éducateur***-trice*** », « l'enseignant***-e*** », « ***le ou la*** chercheur***-se*** » mais aussi « ***le ou la*** professionnel***-le*** », etc.), ainsi que la population des « patient***-e-s*** » (« handicap***é-e-s*** », « enfants suivi***-e-s*** », etc.) qui fait l'objet de la dernière partie de ce rapport.

Nous n'avons en revanche pas appliqué cette convention à chaque fois que nous faisions appel aux discours des enquêté-e-s ou à des catégories préconstruites comme les groupes socioprofessionnels issus de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de l'INSEE (« artisans, commerçants et chefs d'entreprise », « cadres et professions intellectuelles supérieures », « professions intermédiaires », « employés », « ouvriers », « retraités » et « autres personnes sans activité professionnelle »), ainsi qu'aux tableaux issus de l'analyse des résultats du questionnaire, pour faciliter la comparaison des données et leur lisibilité.

Table des matières

INTRODUCTION **1**

I. EXTENSION DU TERRITOIRE ET EXPANSION DÉMOGRAPHIQUE DE LA PROFESSION **5**

1. L'extension d'un territoire professionnel : de la rééducation à la promotion de la santé **6**

1.1. Dépasser le « péché originel » du médico-pédagogique : l'évolution des compétences des orthophonistes depuis 1983 ..... *8*

1.2. « La dyslexie entre dans les mœurs » : l'orthophoniste face aux demandes de reconnaissance des droits des personnes handicapées *14*

1.3. Les nouvelles orientations des politiques de santé : l'orthophoniste, intervenant-e de « première ligne » ? *20*

2. Mesurer et administrer la pénurie : la démographie professionnelle des orthophonistes en Île-de-France **28**

2.1. Aux origines du numerus clausus des professions médicales : une interprétation sociologique *28*

2.2. De la « pléthore » à la « pénurie » ? L'évolution de la démographie des orthophonistes en Île-de-France… *32*

II. ÉVOLUTION DU GROUPE PROFESSIONNEL ET DU MÉTIER **40**

1. Les orthophonistes et la sociologie des professions médicales : un état des lieux **40**

1.1. La sociologie des professions médicales et les paramédicaux *40*

1.2. Les orthophonistes comme profession intermédiaire *42*

1.3. Conditions de travail et féminisation de la profession *43*

2. Être orthophoniste en 2017 en région Île-de-France : résultats d'une enquête par entretiens **47**

2.1. Remarques méthodologiques *47*

2.2. Devenir orthophoniste : transmission familiale et choix du métier *53*

2.3. L'évolution du métier : les études, la technique et l'humain *61*

2.4. L'orthophoniste, un-e clinicien-ne comme les autres ? La revendication d'une identité professionnelle et d'une déontologie *66*

2.5. Ni « psy », ni « pédagogue » : la gestion des conflits de juridiction *73*

2.6. L'orthophoniste sous pression : gérer la surcharge de travail *78*

2.7. Un dilemme moral insoluble : apprendre à dire non, décider qui doit être sauvé-e *85*

2.8. Analyse des emplois du temps type des orthophonistes interviewé-e-s *89*

III. ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS DE PATIENT-E-S ET DE LEURS FAMILLES 92

1. Remarques méthodologiques 92

1.1. Comment enquêter auprès de « renonçants » ? *93*

1.2. Zonage et échantillonnage de l'enquête *97*

1.3. Taux de réponse et représentativité de l'échantillon *102*

2. Qui consulte l'orthophoniste ? 107

2.1. Un profil socio-démographique type : une femme employée, 40 ans, titulaire du bac, mariée deux enfants, qui consulte pour son fils de 8 ans *107*

2.2. Une surreprésentation des professions de l'enseignement, de la santé et du travail social : l'hypothèse de l'homologie structurale *117*

3. Des chances inégales d'accès aux soins orthophoniques 124

3.1. Le délai d'attente *125*

3.2. Le nombre d'appels *130*

3.3. La distance de recherche *133*

3.4. Les stratégies d'accès aux soins *136*

3.5. L'orienteur et le diagnostic *144*

3.6. Le rappel et la disponibilité *148*

3.7. Les pathologies *150*

3.8. Des inégalités de traitement entre garçons et filles ? *155*

Résumé des résultats de l'enquête par questionnaire 159

CONCLUSION GÉNÉRALE 161

ANNEXES **165**

1. Entretien avec Mme O. **165**

2. Entretien avec Mme S. **173**

3. Emplois du temps type de treize orthophonistes **181**

4. Questionnaire « Vous cherchez ou avez consulté un(e) orthophoniste ? Partagez votre expérience » **195**

BIBLIOGRAPHIE **200**

Rapports et études **200**

Revues professionnelles **202**

L'Orthophoniste, 1980- *202*

La Voix du SDOP, 2015- *203*

Autres revues et magazines *203*

Travaux sociologiques **203**

INTRODUCTION

La question du « **renoncement aux soins** » a été introduite pour la première fois en France dans l'**Enquête sur la santé et la protection sociale** (ESPS), réalisée tous les deux ans depuis 1988 auprès d'un échantillon de 8 000 ménages par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES, anciennement CREDES). Dans le questionnaire principal de l'ESPS de 1992, l'énoncé de la question était alors : « Vous est-il déjà arrivé de renoncer à certains soins parce que le remboursement en était trop limité ? » [Bocognano et al., 1993 : 84]. Depuis 2004, la question est formulée ainsi : « **Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ?** ».

Régulièrement repris et commentés dans la presse, les résultats de l'enquête ESPS ont contribué à la diffusion de ce terme dans le débat public et à la **mise sur agenda du « problème » du renoncement aux soins**, en transformant un chiffre (le taux d'enquêtés ayant répondu « oui » à cette question) en un argument pour dénoncer l'« ampleur du fléau » [Lahire, 1999 : 139] : « Un Français sur quatre renonce aux soins pour des raisons financières », « 60 % des Français ont déjà renoncé aux soins, faute de moyens », etc. Les enquêtes sur le renoncement aux soins se sont multipliées depuis le début des années 2000, le « **taux de renoncement** » constituant aujourd'hui un indicateur dans l'**évaluation des politiques publiques**, notamment pour mesurer l'efficacité de dispositifs tels que la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou que l'Aide complémentaire santé (ACS) dans la réduction des inégalités sociales de santé [HCSP, 2009].

Les usages et les significations multiples que recouvre la notion de « renoncement », qui fait écho à plusieurs champs de recherches comme les études sur la « **non-observance** » (*noncompliance*) thérapeutique dans les sciences médicales américaines [Trostle, 1988] ou les travaux plus récents sur le « **non-recours** » (*non take-up*) aux droits et politiques sociales entrepris autour de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) à l'IEP de Grenoble [Warin, 2016], ont cependant rarement été interrogés. À partir d'une enquête qualitative sur les représentations profanes du renoncement aux soins, Caroline Desprès distingue ainsi le « **renoncement-barrière** » (ou « subi ») du « **renoncement-refus** » (ou « choisi ») : le premier désigne l'abandon d'un projet

de soin, le plus souvent en raison de **difficultés financières**, mais aussi en raison de formes de **discrimination** (bénéficiaires de la CMU se voyant refuser un rendez-vous) ou d'**autocensure** (« morale du renoncement » partagée par les plus pauvres) qu'elle appelle aussi des « barrières symboliques » ; le second désigne le refus de soins perçus comme « inutiles » ou « nocifs », soit que le sujet **résiste aux normes médicales dominantes** (en revendiquant son autonomie vis-à-vis de ce qu'il perçoit comme un « pouvoir médical »), soit qu'une **meilleure option** se présente à lui (recettes familiales, automédication, choix de se tourner vers un autre secteur de soins comme les médecines non conventionnelles, etc.) [Desprès, 2013].

Philippe Warin opère quant à lui une distinction entre les catégories du « **renoncement** » (qui comprendrait le « renoncement-barrière » et le « renoncement-refus ») et du « **non recours** » (qui rejoindrait la notion de « non observance ») : si ces deux notions se recoupent, le renoncement serait de l'ordre du **déclaratif** et renverrait à l'expression d'une « **demande de soins** » non satisfaite, voire non formulée ni même parfois pensée, de la part des usagers, alors que le non-recours serait de l'ordre du **normatif** et renverrait à l'objectivation d'un « **besoin de soins** » par les professionnel-le-s[1] de santé [Warin, 2012]. Définissant le non-recours comme renvoyant à la situation de « toute personne éligible à une prestation sociale, qui – en tout état de cause – ne la perçoit pas », Philippe Warin distingue en outre trois types de non-recours : « la ***non connaissance***, lorsque l'offre n'est pas connue ; la ***non demande***, quand elle est connue mais pas demandée ; la ***non réception***, lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue » [Warin, 2010].

À quelques exceptions près, ces travaux visent à identifier une **demande de soins** en recherchant les causes du renoncement du côté des usagers, qu'ils expliquent le plus souvent par une combinaison de **facteurs sociaux, culturels et/ou psychologiques** : précarité financière, solitude, défaut de connaissances ou de compétences, etc. [Warin, 2012]. Moins nombreuses sont les recherches portant sur les dimensions structurelles de l'**offre de soins** : ainsi Caroline Desprès évoque sans autre précision « l'**indisponibilité des professionnels** proposant des délais de rendez-vous très éloignés dans le temps » comme facteur explicatif de l'abandon de la démarche de soins [Desprès, 2013 : 80-81]. Philippe Warin, quant à lui, ne retient pas cette dimension comme possiblement structurelle dans le non-recours : s'il souligne l'importance de « la question de l'**accessibilité de l'offre publique** », il la réduit toutefois à des « enjeux de distance géographique, de capacité de mobilité physique mais aussi psychologiques ». Ainsi la typologie du non-recours établie par l'Odenore comprend, sous la forme de la « non demande par contrainte », les exemples

[1] Sur les normes de féminisation des noms de métier adoptées dans ce rapport, voir l'encadré en p. iv.

d'un « **découragement** devant la complexité de l'accès » et de « **difficultés d'accessibilité** (distance, mobilité) », sans considérer l'indisponibilité des prestataires du service demandé [Warin, 2010].

Renoncement	Non-recours
Renoncement-barrière (ou « subi ») -Raisons financières -Indisponibilité des professionnels -Discrimination -Autocensure (« morale du renoncement ») **Renoncement-refus** (ou « choisi ») -Résistance au pouvoir médical -Ressources domestiques (automédication) -Choix d'un autre secteur de soins (médecines non conventionnelles…)	**Non connaissance** -Manque d'information -Non proposition du prestataire **Non demande** -Par choix (manque d'intérêt, alternatives…) -Par contrainte (découragement, accessibilité, raisons financières…) **Non réception** -Abandon (complexité de la démarche) -Discrimination

Figure 1. Tableau récapitulatif des formes du « renoncement » et du « non-recours », d'après Caroline Desprès [2013] et Philippe Warin [2010]. On note ici que l'offre de soins, et ses possibles effets sur le renoncement et le non-recours, ne sont pas appréhendés.

Présentant les résultats d'une enquête sur le renoncement aux soins orthophoniques dans la région Île-de-France, ce rapport vise à **éclairer les logiques du renoncement par une analyse de l'offre de soins**, qui est restée peu étudiée jusqu'ici, tout en ouvrant des pistes de recherche pour poursuivre cette enquête du côté de la **demande de soins**, c'est-à-dire des « **renonçants** » eux-mêmes, mais aussi du côté d'une **demande sociale de santé plus diffuse**. Cette demande, qui se fait parfois pesante pour les professionnel-le-s, peut revêtir la forme d'une ***revendication de droits***, comme nous le verrons en particulier pour le cas des personnes handicapées et de leurs familles, mais aussi de catégories populaires longtemps exclues du système de santé.

Si nous avons entrepris d'interroger en premier lieu l'offre de soins pour des raisons méthodologiques et pratiques d'accès au « terrain », plusieurs facteurs plaident en faveur d'une telle analyse : pour reprendre la typologie de Philippe Warin, l'offre de soins orthophoniques présente en effet la particularité d'être **relativement bien connue**, même si cette connaissance est très variable suivant que l'on se place du côté des usagers qui la sollicitent pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, des enseignant-e-s qui la repèrent et la demandent pour leurs élèves, ou des médecins qui la prescrivent pour leurs patient-e-s [Crunelle, 2000]. Les soins orthophoniques sont aussi **très demandés** : la forte expansion démographique de la profession en une génération,

qui n'a cependant pas suffi à absorber la demande de soins croissante dont elle fait l'objet, lui a ainsi valu d'être qualifiée récemment de « profession qui ne connaît pas la crise » [Viguier-Vinson, 2015]. Enfin, à la différence d'autres professionnel-le-s de santé comme les psychomotricien-ne-s, **les orthophonistes sont dans leur quasi-totalité conventionné-e-s** (avec des taux de professionnel-le-s conventionné-e-s actives proches de 95 %), ce qui semble exclure les formes de « renoncement-barrière » pour raisons financières, bien que la durée des rééducations (30 ou 50 séances renouvelables) et que le taux de remboursement des actes d'orthophonie par l'Assurance maladie (à hauteur de 60 % dans le cas général) puisse produire un « **effet de seuil** » pour les patient-e-s ne bénéficiant ni de la CMU, ni d'une complémentaire santé.

Ce rapport est composé de trois parties. La première revient sur les **évolutions récentes du cadre législatif et réglementaire de la profession**, afin de montrer comment les missions des orthophonistes ont été étendues sous l'effet conjoint d'une **demande de reconnaissance de la profession** et de nouvelles orientations des politiques de santé, qui visaient de leur côté en partie à répondre à une **demande de reconnaissance de droits de la part des patient-e-s**. La seconde partie s'intéresse aux **conditions de travail des orthophonistes**, à partir d'une analyse de la littérature sociologique sur les professions médicales et le métier d'orthophoniste d'une part, et d'**entretiens** sur la trajectoire et l'activité d'orthophonistes francilien-ne-s d'autre part. Enfin, une troisième partie porte plus directe sur la demande de soins en présentant les **résultats d'une enquête par questionnaire** réalisée auprès de patient-e-s et de leurs familles consultant l'orthophoniste, groupe « **accédant** » dont on peut déduire les caractéristiques du groupe « **renonçant** ».

I. EXTENSION DU TERRITOIRE ET EXPANSION DÉMOGRAPHIQUE DE LA PROFESSION

« Le nombre des orthophonistes a explosé en l'espace d'une génération et leurs carnets de rendez-vous ne désemplissent pas. Comment en est-on arrivé là ? », s'interrogeait l'auteure d'un article paru en septembre 2015 dans un magazine de vulgarisation scientifique sous le titre « **Tous chez l'orthophoniste !** », avant de proposer des tentatives d'explication du phénomène : « La faute au manque de professionnels ? Trop d'enfants qui consultent et des problèmes d'apprentissage plus nombreux qu'hier ? Tout à la fois peut-être mais comment l'expliquer ? » [Viguier-Vinson, 2015].

La situation de l'orthophonie est à bien des égards exceptionnelle, sinon paradoxale, dans le champ des professions de santé : alors même que la profession a connu une **forte expansion démographique**, passant de 150 praticien-ne-s au début des années 1960 à près de 25 000 aujourd'hui, les listes d'attente des orthophonistes ne cessent de s'allonger, amenant des représentants de la profession à parler de « **pénurie dans presque tous les départements** », situation qui serait accentuée par le **blocage du *numerus clausus*** à 800 professionnel-le-s formé-e-s chaque année et par les **départs à la retraite** de la première génération de praticien-ne-s entré-e-s dans la carrière dans les années 1970 [Viguier-Vinson, 2015]. D'autres professions dans le domaine de la santé ont connu une expansion démographique tout aussi spectaculaire sur les dernières années [Rochut, 2014], à l'image des **ostéopathes** qui étaient environ 4 000 au moment de leur reconnaissance par la loi dite « Kouchner » de 2002 avant de passer à 26 023 praticien-ne-s recensé-e-s par le Registre des ostéopathes de France en 2016, mais en l'absence de régulation de leur démographie professionnelle par un *numerus clausus*, ces dernier-e-s sont aujourd'hui confronté-e-s à un **marché du travail saturé** et à une **diminution globale de leurs revenus** [*Le Quotidien du médecin*, 2014].

L'orthophonie n'a cependant pas toujours connu une situation de plein emploi : en janvier 1981 la toute jeune revue professionnelle *L'Orthophoniste* consacrait le « dossier du mois » de son deuxième numéro à la **question du chômage**, allant jusqu'à pronostiquer que « se trouver sans travail est une réalité que malheureusement de plus en plus d'orthophonistes connaîtront », avec 173 orthophonistes inscrit-e-s sur les listes de l'ANPE au 31 octobre 1980 – une augmentation de 10 % en un an, sur un total de 45 000 professionnel-le-s de santé demandeurs-ses d'emploi, les agents hospitaliers étant particulièrement touchés par ce phénomène [*L'Orthophoniste*, 1981b]. **La compétence de la profession dans le traitement de certains pathologies a également été contestée jusqu'à une date relativement récente** : en mars 1981, le Bureau fédéral de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO) publiait toujours dans *L'Orthophoniste* un démenti en première page pour mettre un terme à un « bruit selon lequel les orthophonistes se verraient enlever prochainement et par décret, leur compétence à rééduquer les troubles du langage écrit et supprimer de la nomenclature les actes AMO [actes médicaux orthophoniques] 10 correspondants », protestant contre ce qui s'apparentait à une « campagne d'INTOXICATION » déclenchée par les propos publics tenus par une éminente « personnalité Médicale » non nommée [FNO, 1981].

Dans cette première partie, nous verrons que les combats remportés dans la reconnaissance de la profession se sont accompagnés d'une **extension continue des domaines de compétence et des missions des orthophonistes depuis le début des années 1980**. Si nous ne reviendrons pas en détail – ce qui requerrait une étude plus poussée et nécessairement de plus longue durée – sur les luttes menées pour la réorganisation des études d'orthophonie (bien qu'une étude de l'évolution du contenu des référentiels de formation puisse utilement éclairer ce processus de professionnalisation), nous nous intéresserons à **l'évolution des compétences reconnues à la profession depuis l'adoption du premier « décret de compétence » de 1983**, date importante dans l'histoire d'une profession « qui, située à un carrefour de la médecine, de la pédagogie et de la psychologie, s'est vue de nombreuses fois contester sa compétence pour certains troubles » [Kremer et Lerderlé, 2012 : 25].

1. L'extension d'un territoire professionnel : de la rééducation à la promotion de la santé

En avril 1982, **Suzanne Borel-Maisonny** (1900-1995) donnait un entretien à *L'Orthophoniste*, publié sous un titre qui sonnait comme une mise en garde : « **Nous devons rester sur le terrain**

de la pathologie » [Lagrange, 1982]. Cette revendication d'un ancrage de la profession dans le champ médical n'avait alors rien d'une évidence : bien que la circulaire du 10 juillet 1947 autorisait le remboursement partiel des soins orthophoniques après entente préalable sous la lettre clé AMI (actes médicaux infirmiers) puis AMM (actes médicaux masseurs), l'orthophonie n'avait été **reconnue comme profession de soins autonome qu'en 1972** avec la signature de la 1ère Convention nationale avec les Caisses d'assurance maladie, marquée par la **création de la lettre clé AMO** (actes médicaux orthophoniques) [Roustit, 2010].

Les concurrences internes à la profession étaient également vives jusqu'au début des années 1980 dans le contexte d'un « **âge d'or de la psychanalyse** » [Morel, 2010], discipline qui exerçait alors son emprise sur l'ensemble des métiers du champ de « l'enfance inadaptée », en assimilant les problèmes d'apprentissage à un « symptôme » recouvrant des troubles psychiques plus profonds. Les « **rééducateurs en dyslexie** » et autres « rééducateurs du langage écrit » formés aux méthodes de la « pédagogie relationnelle du langage » de **Claude Chassagny** (1927-1981) avaient ainsi longtemps **revendiqué un statut autonome**, qu'ils s'étaient vu refuser par leur intégration à la profession d'orthophoniste en 1971 avec une limitation de leur compétence au langage écrit, avant de se regrouper en 1975 au sein de la Fédération des orthophonistes de France (FOF) pour défendre leur ancrage dans le domaine **psychopédagogique** [Philippe, 2016].

Appelée à se prononcer sur la **compétence des troubles de l'écriture** (« Pensez-vous que cela relève de l'orthophonie, de la psychomotricité, de la psychothérapie ? »), Suzanne Borel-Maisonny tranchait la « question difficile » des **frontières de la profession** dans cet entretien en appelant à « rester sur le terrain de la pathologie ». Et celle-ci de poursuivre en donnant des exemples de **conflits et revendications de juridiction** [Abbott, 1988] entre orthophonistes traitant des troubles « qui pourraient être récupérés par l'instituteur » et médecins « arguant d'une compétence » pour empiéter sur le domaine de l'orthophonie, dans ce qui apparaît comme une remarquable leçon de sociologie du travail :

> « *Le texte de loi qui nous définit fait que l'orthophoniste reçoit ses patients d'un médecin : c'est une sauvegarde qui doit-être absolument conservée* […] *Je n'ignore pas que le médecin abuse parfois. Par exemple, lorsqu'il nous adresse un enfant pour de banales fautes d'orthographe, qui pourraient être récupérées par l'instituteur. À l'inverse, quelques médecins de disciplines diverses aimeraient se réserver nos actes, sans en avoir acquis la compétence. Je rencontrai un jour dans les jardins d'un hôpital (que je ne citerai pas) un médecin O.R.L (dont je tairai le nom…). "Madame me dit-il, vous soutenez une cause que je n'admets*

pas. […] *Je vais vous expliquer la vraie raison : au moment où nous perdons les otites, les mastoïdites, les fractures du maxillaire, les amygdales, les végétations, vous arrivez, et nous prenez encore les voix et les surdités ? Ça devient une question de bifteck !". Deux ou 3 ans après, néanmoins, la partie était gagnée, les orthophonistes pouvaient sans scandaliser pratiquer la rééducation vocale. C'est alors que ceux des médecins qui continuèrent à s'en occuper tinrent à se distinguer du* vulgum pecus*, et, arguant d'une compétence, se firent appeler "Phoniatres"* » [Suzanne Borel-Maisonny in Lagrange, 1982].

Si les **luttes avec l'Éducation nationale pour la délégation du soutien scolaire** paraissent plus que jamais d'actualité, comme nous le montrent les entretiens analysés plus loin, **la reconnaissance d'une compétence médicale semble aujourd'hui acquise**. C'est qu'en l'espace d'une génération, l'orthophonie a étendu son domaine vers des pathologies de plus en plus nombreuses. Alors que Suzanne Borel-Maisonny proclamait dans cet entretien à *L'Orthophoniste* que « le **péché originel**, en même temps que la richesse [de l'orthophonie], [était] d'être au **carrefour de la pédagogie et de la pathologie** », la profession semble plus que jamais avoir opté pour la seconde voie dans la définition de son identité, et par là de son futur professionnel.

1.1. Dépasser le « péché originel » du médico-pédagogique : l'évolution des compétences des orthophonistes depuis 1983

La **loi du 10 juillet 1964** donnait un statut légal à la profession d'orthophoniste en reconnaissant sa compétence sur les « actes de rééducation de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit ». La loi du 5 juin 1971 l'avait complétée et modifiée en précisant les « actes de rééducation ***constituant un traitement des anomalies de nature pathologique*** de la voix… », actant le « retour dans le rang » des rééducateurs formés aux méthodes de Chassagny qui défendaient une approche relationnelle plutôt que technico-médicale de l'orthophonie.

Le **décret du 24 août 1983 fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes** allait préciser et élargir la loi en reconnaissant la compétence des orthophonistes sur les **actes de dépistage et le bilan orthophonique** (déjà consacré en 1972 par l'attribution de la cote AMO 12), **ainsi que les actes de rééducation suivants** : troubles de la voix ; handicaps du jeune enfant ; troubles de l'articulation de la parole ; retards de la parole et du langage ; troubles de la phonation ; apprentissage de la lecture labiale ; démutisation ; troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographie, dyscalculie, dysgraphie) ; aphasie, alexie, acalculie, agraphie ; déglutition. Ce décret a été modifié par le **décret du 30 mars 1992**, qui a élargi les compétences des

orthophonistes vers des pathologies jusque-là revendiquées par les médecins ORL phoniatres (apprentissage de la voix œsophagienne, rééducation tubaire) ou par les psychothérapeutes (rééducation du bégaiement). Ce décret ajoutait au précédent un deuxième article **reconnaissant pour la première fois à la profession une mission préventive** : « Les orthophonistes peuvent participer, par leurs actes ci-dessus énumérés, à des actions de prévention au sein d'une équipe pluridisciplinaire ».

Le décret de 1983 allait être abrogé par le **décret du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste,** qui lui reconnaissait **trois types de mission : préventive, diagnostique et thérapeutique**, en donnant dans son article premier la définition suivante de l'orthophonie, comme consistant : « à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ». La liste des actes de rééducation des orthophonistes est, quant à elle, réorganisée en **trois catégories** : 1° les « anomalies de l'**expression orale ou écrite** » (dans laquelle est classé le nouveau trouble cognitif des « **dysphasies** ») ; 2° les « pathologies **oto-rhino-laryngologiques** » ; 3° les « pathologies **neurologiques** » (qui comprennent désormais « l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la **communication** » et « le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les **lésions dégénératives du vieillissement cérébral** »).

Alors qu'en 1990, une révision de la nomenclature des actes avait déjà inscrit la possibilité de **prise en charge des enfants avant l'âge de trois ans**, cette dernière disposition **étendait les compétences des orthophonistes *à tous les âges de la vie***. Aussi, si les orthophonistes en activité en 1970 interrogé-e-s dans le cadre de l'enquête Kalliopé n'étaient que 3 % à déclarer avoir pratiqué la rééducation de « troubles liés au vieillissement » à cette date, ils étaient 10,3 % à l'avoir pratiquée en 1980, 12,8 % en 1990 et 32,2 % en 2002. D'autres pathologies plus fréquentes chez les personnes âgées étaient elles aussi traitées par de plus en plus d'orthophonistes sur cette période, comme l'aphasie, la déglutition et le groupe « dysarthrie, dysphagie » [Le Feuvre, 2016].

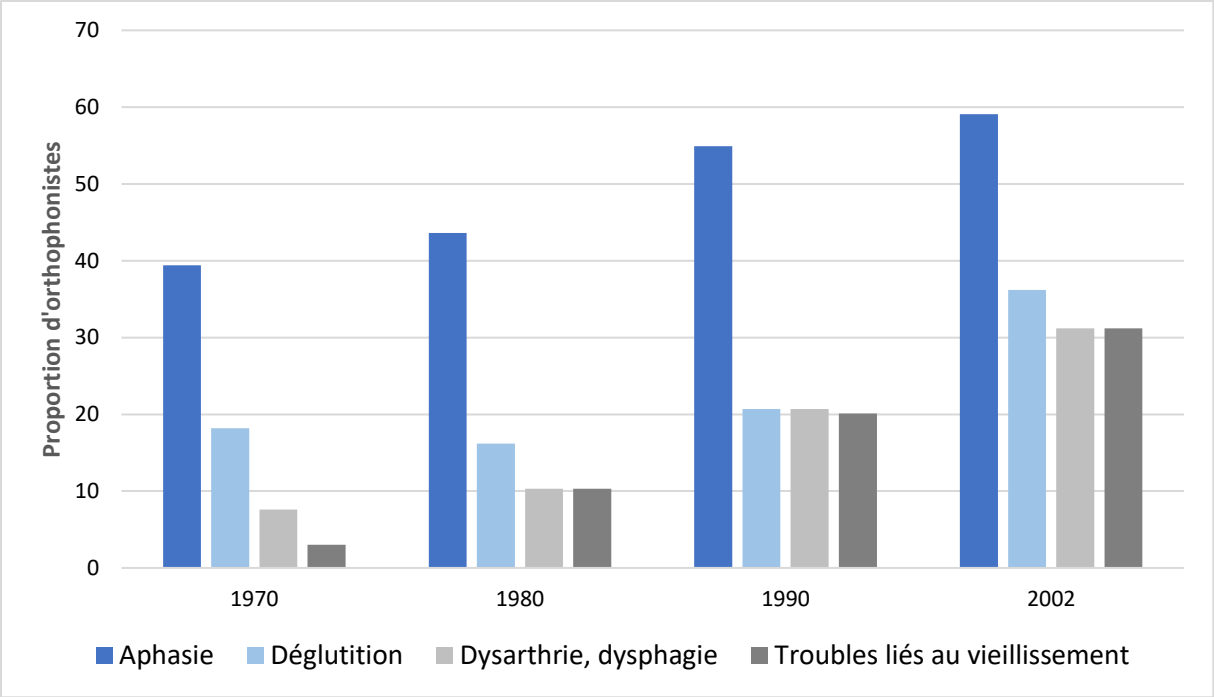


Figure 2. Proportion d'orthophonistes déclarant intervenir sur chaque pathologie d'après l'enquête Kalliopé [*Le Feuvre, 2016*].

Cette extension des missions de l'orthophonie se poursuit aujourd'hui par l'article 126 de la **loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé**, selon lequel : « La pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales ». Au-delà de l'inscription de nouvelles pathologies comme les troubles de la **cognition mathématique** (la dyscalculie était autrefois comptée parmi les autres « **dys** » dans la rééducation du langage écrit), les troubles du **langage « dans toutes ses dimensions »** (fonctions cognitives) et les troubles des **fonctions orio-myo-faciales** (oralité verbale et alimentaire), cette loi introduit trois changements majeurs dans la définition de la profession.

Notons tout d'abord que **le mot « rééducation » disparaît au profit du terme « traitement »**. Cette nouvelle terminologie répond selon Anne Dehêtre à la volonté de dépasser un « **cadre trop restrictif** » qui ne correspondrait plus à la réalité actuelle des missions de la profession [Dehêtre, 2016 : 22] :

> « *Dans quelle case placer maintenant les actes de prévention, de dépistage, l'éducation précoce, la réhabilitation, les évaluations et accompagnements en chirurgie éveillée, les reprises alimentaires,*

l'accompagnement familial, l'aide aux aidants, l'éducation thérapeutique du patient, la lutte contre l'illettrisme… ? »

On pourrait aussi faire l'hypothèse que cette terminologie permet de **mettre à distance le stigmate du « péché originel » du médico-pédagogique**, pour reprendre l'expression de Suzanne Borel-Maisonny. Plus directement associé à une activité thérapeutique, le mot « traitement » renvoie à une identité professionnelle de **soignant-e**, à égalité avec le corps médical, et non plus à une identité d'**éducateur-trice** (si l'orthophoniste a toujours une mission d'éducation, celle-ci est « précoce » ou « thérapeutique »), ni à celle, encore plus dévalorisée sur le plan professionnel et symbolique, d'**aide-soignant-e** (en se donnant pour mission l'« aide aux aidants », l'orthophoniste marque également sa distance avec ces catégories professionnelles).

En second lieu, la loi du 26 janvier 2016 **étend la mission préventive de l'orthophonie vers la « promotion de la santé »**, définie par l'OMS dans la Charte d'Ottawa en 1986 par son but de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer […] pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social » [OMS, 1986]. Toujours selon Anne Dehêtre, il s'agit ici de reconnaître la participation de l'orthophoniste aux « **grands plans de santé publique** et/ou de prévention », tant par son intervention « directe » auprès du ou de la patient-e que par son intervention « indirecte » auprès des usagers du système de santé.

Enfin, cette loi introduit pour la première fois la **possibilité pour l'orthophoniste d'accomplir des soins en dehors d'une prescription médicale** : « En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, l'orthophoniste est habilité à accomplir les soins nécessaires en orthophonie en dehors d'une prescription médicale. Un compte rendu du bilan et des actes accomplis dans ses conditions est remis au médecin dès son intervention ». Anne Dehêtre évoque ainsi le cas concret d'un-e orthophoniste se rendant dans un Ehpad pour le suivi d'un patient aphasique à la suite d'un AVC, pour lequel une seule prescription aurait été établie. Si ce patient venait à multiplier les fausses routes en présentant d'importants troubles de la déglutition, l'orthophoniste serait ainsi autorisé-e à intervenir pour répondre à une « **urgence fonctionnelle** » sans attendre une deuxième prescription médicale [Dehêtre, 2013 : 23]. La loi du 26 janvier 2016 reconnaît en outre le **diagnostic orthophonique** (« [l'orthophoniste] établit en autonomie son diagnostic et décide des soins orthophoniques à mettre en œuvre ») et la contribution des orthophonistes aux **activités de**

formation et de recherche (« il peut également concourir à la formation initiale et continue, ainsi qu'à la recherche »).

Ce double mouvement de « **médicalisation** », ou plutôt de « **sanitarisation** » [Fassin, 1998], des prérogatives de la profession et d'**autonomisation vis-à-vis du contrôle du médecin,** appuyé sur la montée en puissance des sciences cognitives dont les modèles tendent à remplacer les interprétations globales – qu'elles soient « relationnelles » ou « sociales » – des problèmes d'apprentissage [Morel, 2010], peut se lire dans les **définitions successives qu'a connues la profession depuis la loi du 10 juillet 1964**, dont nous avons surligné les principaux ajouts et modifications dans le tableau suivant.

Textes	Définition de la profession	Relation au contrôle médical
Loi du 10 juillet 1964	« Est considéré comme exerçant la profession d'orthophoniste toute personne qui, non titulaire du diplôme d'État de docteur en médecine, exécute habituellement des actes de rééducation de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit hors la présence du médecin. »	« Les orthophonistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale. »
Loi du 15 juin 1971	« Est considéré comme exerçant la profession d'orthophoniste toute personne qui, non titulaire du diplôme d'État de docteur en médecine, exécute habituellement des actes de rééducation **constituant un traitement des anomalies de nature pathologique** de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit hors la présence du médecin. »	« Les orthophonistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale. »
Décret du 2 mai 2002	« L'orthophonie consiste : **à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible**, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, **de l'articulation**, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ; à dispenser l'apprentissage **d'autres formes de communication non verbale** permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions. »	« Dans le cadre de la prescription médicale, **l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins**. »
Loi du 26 janvier 2016	« La pratique de l'orthophonie comporte **la promotion de la santé**, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, **du langage dans toutes ses dimensions**, **de la cognition mathématique**, de la parole, de la voix **et des fonctions oro-myo-faciales**. »	« L'orthophoniste pratique son art sur prescription médicale. **En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin**, l'orthophoniste est habilité à accomplir les soins nécessaires en orthophonie **en dehors d'une prescription médicale**. »

Figure 3. Évolution des définitions légales de la profession de 1964 à 2016.

Il faudrait toutefois nuancer la portée de ces évolutions récentes : hier comme aujourd'hui, **les troubles de l'articulation, de la parole et du langage oral ou écrit forment le « socle commun » des compétences de la profession**, qui représentaient à elles seules 60 % du temps de travail hebdomadaire des orthophonistes d'après les données recueillies lors de l'enquête par questionnaire du projet Kalliopé en 2003 [Le Feuvre, 2016] : la tendance serait même à l'augmentation du volume horaire consacré au traitement des **troubles du langage écrit** (dyslexie, dysorthographie et dysgraphie), passées de **10,5 heures** par semaine en **1970** et 1980 à 11,2 heures en 1990 et **11,6 heures en 2002**. Il resterait à déterminer si cette tendance se poursuit dans le présent, les dernières études de démographie professionnelle publiées par la FNO ne permettant pas de répondre de façon univoque à cette question : le nombre de patient-e-s suivi-e-s pour « **rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture** » (AMO 10) a par exemple été divisé par cinq entre 2012 et 2014, en passant de 53 500 à 9 300 patient-e-s (-82,6 %), tandis que le nombre de patient-e-s suivi-e-s pour « **rééducation des troubles de la communication et du langage écrit** » (AMO 10,1) a légèrement augmenté sur la même période, en passant de 415 400 à 427 000 patient-e-s (+2,8 %), sur un total de 1 235 000 patient-e-s suivi-e-s en 2014 [Siciak-Tartaruga, 2015]. Difficile dans ces conditions de savoir si ce n'est pas le mot qui aurait changé (ce que l'on désigne sous chaque catégorie AMO), plutôt que la chose (l'acte orthophonique en lui-même).

Comme nous le verrons plus loin à travers l'analyse d'entretiens, **l'évolution des pathologies prises en charge** par les orthophonistes peut être attribuée à des **facteurs internes** (prise en charge précoce des AVC, meilleure guérison de certains cancers, etc.) comme **externes au champ médical** (vieillissement de la population, intégration des enfants handicapé-e-s à l'école, ce que les professionnel-le-s désignent sous l'expression omniprésente de « pression scolaire », etc.). Toutes choses égales par ailleurs, plusieurs orthophonistes ayant indiqué au cours des entretiens une **tendance à l'augmentation des « pathologies lourdes »** dans leur pratique quotidienne (maladies neurodégénératives, troubles du spectre autistique, syndromes génétiques rares, etc.), une **étude des différentes législations et plans de santé publique ayant pu influencer le dépistage, le diagnostic ou la prise en charge précoce de ces pathologies** peut éclairer ces transformations récentes du socle des compétences de la profession, voire l'émergence de phénomènes de **spécialisation** déjà notés par l'enquête Kalliopé [Sanchez, 2016]. Car ces nouvelles orientations des politiques de santé sont susceptibles d'avoir un impact sur le non-recours aux soins orthophoniques, par l'effet de l'élargissement des missions – et donc de la possible surcharge de l'activité des professionnel-le-s – qu'ils entraînent.

1.2. *« La dyslexie entre dans les mœurs » : l'orthophoniste face aux demandes de reconnaissance des droits des personnes handicapées*

La France a connu une **évolution profonde des mentalités et des sensibilités autour de la question de l'intégration des personnes handicapées au lendemain des années 1968**, avant que le législateur ne s'en saisisse dans les décennies suivantes. L'extension constante du territoire de l'orthophonie, cette « "orthophonisation" de la société » dont parle Laurence Tain [2016 : 16] peut être vue comme l'effet d'un processus historique plus général par lequel **les personnes en situation de handicap se sont vues peu à peu reconnaître les mêmes droits** que l'ensemble de la population – s'agissant en particulier de la reconnaissance d'un « **droit à la parole** », pour reprendre le titre du XIIe Congrès de la FNO de 1980, « DROIT À LA PAROLE, DROIT À LA SANTÉ » [*L'Orthophoniste*, 1981a].

Figure 4. Discours de bienvenue de Béatrice Marmorat, présidente du syndicat Alsace-Moselle, lors du XIIe Congrès de la FNO à Strasbourg [L'Orthophoniste*, 1981a*].

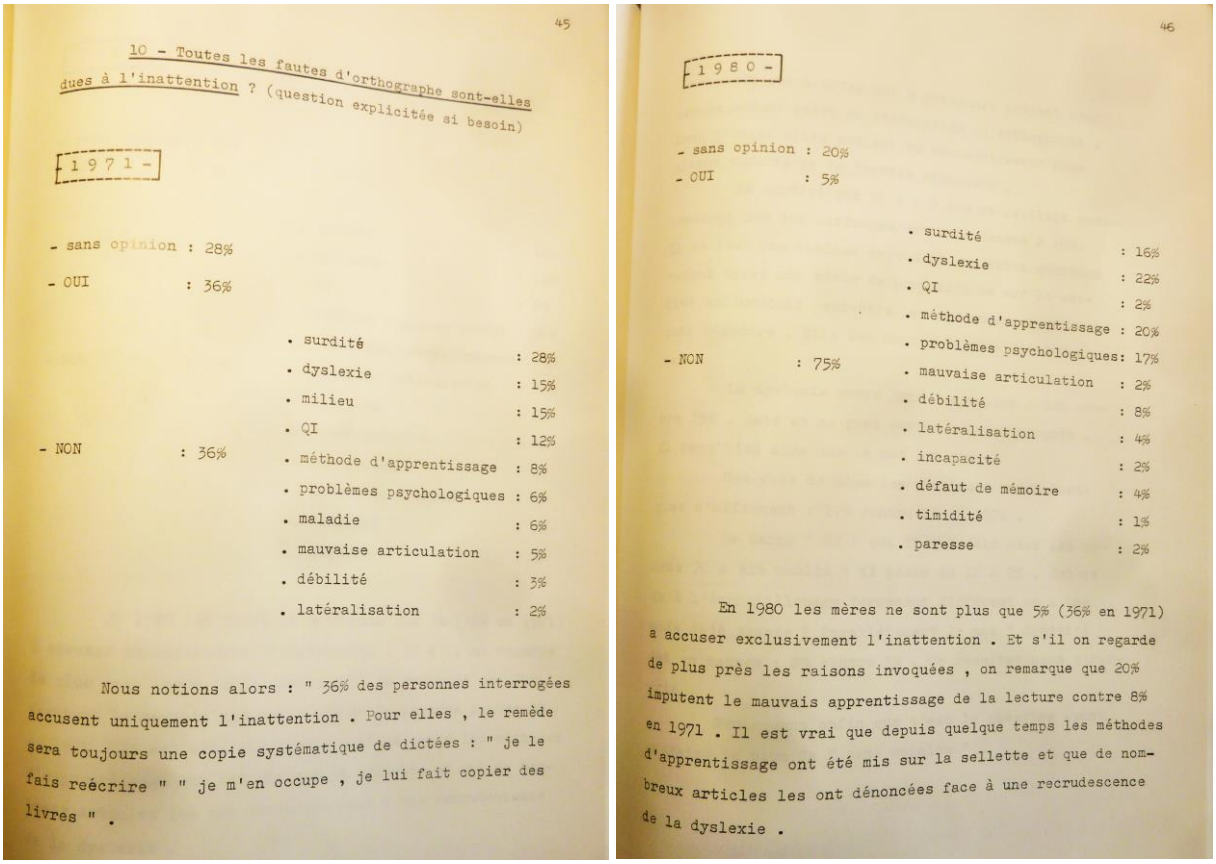
On retrouve une trace de cette évolution du regard sur les **handicaps touchant les fonctions du langage** et la possibilité de les traiter par l'orthophonie dans une thèse de médecine soutenue en 1980 à l'Université Paris-Sud, ***Évolution de l'information du public et des médecins sur l'orthophonie*** [Bureau-Lejeune, 1980]. Son auteure, qui avait obtenu un certificat de capacité en orthophonie en 1971 avant d'entreprendre des études de médecine, y comparait les résultats de deux enquêtes réalisées à neuf ans de distance auprès de deux groupes : il s'agissait tout d'abord de

comparer les résultats d'une enquête questionnaire réalisée en 1971 auprès de 50 pédiatres de la région parisienne dans le cadre de son mémoire d'orthophonie avec les résultats d'une nouvelle enquête réalisée en 1980 auprès de 75 étudiant-e-s en médecine (DCEM4) de Bicêtre, puis de **comparer les réponses faites à un « sondage d'opinion publique » réalisée en 1971 et repris en 1980** auprès de 100 mères ou pères de famille interrogé-e-s dans les squares et aux sortie d'école de Paris. Si les réponses des pédiatres de 1971 et des étudiant-e-s en médecine de 1980 étaient difficilement comparables et frappaient surtout par « **grand bond en avant de la "psychologie"** », qui n'était « pas toujours employée à bon escient » selon l'auteure (les étudiant-e-s en médecine de 1980 étaient par exemple 60 % à déclarer s'adresser à un-e psychologue devant un retard de langage contre seulement 17 % à un-e orthophoniste, alors que ces proportions étaient inversées en 1971), les résultats du sondage auprès de parents faisaient apparaître des **progrès considérables dans la connaissance profane de l'orthophonie**.

Aussi seules 25 % des personnes interrogées en 1971 avaient donné des réponses correctes à la question « **Savez-vous ce qu'est l'orthophonie ?** » (parmi quelques réponses aberrantes : « un enfant anormal », « quelqu'un qui répond au téléphone », « la rééducation de la marche », « médecin pour les pieds »), alors qu'elles étaient 75 % à avoir répondu correctement en 1980. Mais surtout, les **attitudes envers les personnes handicapées avaient radicalement évolué** : alors que seules 5 % des personnes interrogées en 1971 accordaient aux sourds l'**usage de la parole**, elles étaient cinq fois plus nombreuses en 1980 avec 25 % de réponses positives, le mot « lecture labiale » ayant depuis fait son apparition. En outre, alors que 45 % des personnes interrogées en 1971 attribuaient la surdité de l'enfant à des causes héréditaires, cette proportion était tombée à 5 % en 1980, amenant l'auteure à conclure que « **la surdité n'est plus perçue comme une fatalité** (hérédité, alcool, tare, syphilis) plus ou moins culpabilisante pour qui en est atteint ». Il en allait de même du **bégaiement** : alors que 14,5 % des personnes interrogée en 1971 déclaraient ne pas intervenir si leur enfant bégayait et 6,5 % entreprendre une « rééducation », elles n'étaient plus que 2 % à déclarer s'abstenir et 36 % à choisir la « rééducation » en 1980.

Il n'était pas jusqu'à l'attitude envers les **fautes d'orthographe** qui avait évolué : alors que 36 % des personnes interrogées en 1971 avaient donné une réponse positive à la question : « Toutes les fautes d'orthographe sont-elles dues à l'inattention ? », cette proportion tombait à 5 % en 1980. L'analyse du détail des réponses « non » faisait à nouveau apparaître ce **phénomène de recul de la « fatalité »**, identifié par l'auteure : si 12 % mentionnaient le « **QI** » comme une cause des fautes d'orthographe en 1971, le terme n'apparaissait plus que chez 2 % des personnes interrogées en

1980 ; à l'inverse, 20 % mettaient en cause les « **méthodes d'apprentissage** » en 1980, contre 8 % en 1971, tandis que la « dyslexie » était mentionnée par des 22 % des personnes interrogées en 1980, contre 15 % en 1971, l'auteure en concluant que « **la dyslexie entre dans les mœurs** ». Alors qu'au même moment des sociolinguistes travaillaient à diffuser la notion de « **handicap linguistique** » des classes populaires [Bernstein, 1975], des processus de « **médicalisation de l'échec scolaire** » étaient déjà à l'œuvre et contribuaient, bon gré mal gré, à déstigmatiser les élèves en situation d'échec scolaire [Pinell et Zafiropoulos, 1978].



45

10 - Toutes les fautes d'orthographe sont-elles dues à l'inattention ? (question explicitée si besoin)

- 1 9 7 1 -

- sans opinion : 28%
- OUI : 36%
- NON : 36%
  - surdité : 28%
  - dyslexie : 15%
  - milieu : 15%
  - QI : 12%
  - méthode d'apprentissage : 8%
  - problèmes psychologiques : 6%
  - maladie : 6%
  - mauvaise articulation : 5%
  - débilité : 3%
  - latéralisation : 2%

Nous notions alors : " 36% des personnes interrogées accusent uniquement l'inattention . Pour elles , le remède sera toujours une copie systématique de dictées : " je le fais reécrire " " je m'en occupe , je lui fait copier des livres " .

46

- 1 9 8 0 -

- sans opinion : 20%
- OUI : 5%
- NON : 75%
  - surdité : 16%
  - dyslexie : 22%
  - QI : 2%
  - méthode d'apprentissage : 20%
  - problèmes psychologiques : 17%
  - mauvaise articulation : 2%
  - débilité : 8%
  - latéralisation : 4%
  - incapacité : 2%
  - défaut de mémoire : 4%
  - timidité : 1%
  - paresse : 2%

En 1980 les mères ne sont plus que 5% (36% en 1971) a accuser exclusivement l'inattention . Et s'il on regarde de plus près les raisons invoquées , on remarque que 20% imputent le mauvais apprentissage de la lecture contre 8% en 1971 . Il est vrai que depuis quelque temps les méthodes d'apprentissage ont été mis sur la sellette et que de nombreux articles les ont dénoncées face à une recrudescence de la dyslexie .

Figure 5. Réponses de mères et pères de familles parisiens à la question « Toutes les fautes d'orthographe sont-elles dues à l'inattention ? » en 1971 et 1980, extrait de la thèse de médecine de Dominique Bureau-Lejeune [*1980 : 45-46*].

Si la reconnaissance de la dyslexie et des autres troubles « **dys** » comme handicaps n'interviendra que bien plus tard au début des années 2000, c'est dans ce contexte de « **prise de parole généralisée** » des années 1968 [Certeau, 1994] qu'allait être votée en 1975 une première loi d'orientation sur l'intégration des personnes handicapées, faisant suite à un rapport de François Bloch-Lainé remis au premier ministre en 1967 [Bloch-Lainé, 1969]. La **loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées** instaurait ainsi une obligation de soins et de

scolarité dans son article premier : « La prévention et le dépistage des handicaps, les soins et l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapé physique, sensoriels ou mentaux, constituent une obligation nationale ».

À l'occasion de l'Année internationale des personnes handicapées en 1981, *L'Orthophoniste* consacrait un dossier à « l'intégration des enfants handicapés », alors que la possible « **entrée des orthophonistes dans le milieu scolaire dit "normal" pour rééduquer les enfants dits "intégrés"** » était une source d'interrogations pour la profession : à la rentrée 1980, 175 000 enfants handicapé-e-s étaient scolarisé-e-s dans des établissements dépendants du ministère de la Santé où exerçaient « la plupart des orthophonistes salariés » (IMP, IME, etc.), 240 000 dans des classes spécialisées de l'Éducation nationale (SES, classes de perfectionnement, etc.) et, phénomène nouveau, **10 000 dans des classes ordinaires** [Kremer, 1981].

Alors que les orthophonistes accompagnaient jusque-là la scolarité des enfants handicapé-e-s dans les IME ou CMPP, d'aucuns imaginaient qu'ils et elles allaient **les suivre désormais en milieu scolaire**, et travailler au sein de l'Éducation nationale. Cette possibilité avait fait réagir de nombreux-ses lecteurs-trices de *L'Orthophoniste*, qui publiait dans son numéro suivant deux courriers qui illustraient bien les deux pôles opposés de cette controverse sous le titre : « **L'intégration de qui ?** » [*L'Orthophoniste*, 1981c]. Le premier de ces courriers appelait à en finir avec « **la phobie scolaire des orthophonistes** » :

> « *Pourquoi avons-nous si peur de faire entrer notre profession à l'école ? Redoutons-nous d'être récupérés par les GAPP* [groupements d'aide psychopédagogiques]*, étouffés par les enseignants ? N'avons-nous pas notre place à faire dans les murs de l'école ? Bien sûr, notre fonction n'y est pas prévue de la même manière que dans un CMPP ou une équipe de secteur. Notre place à l'école est à créer, à inventer dans sa totalité.* […] *Notre identité d'orthophoniste est-elle si peu définie ? Notre compétence a-t-elle des bases si fragiles que nous évitions de nous confronter avec le monde scolaire ? Ne sommes-nous pas capables de créer dans l'école un espace orthophonique qui nous appartienne, qui nous permette de créer avec l'enfant la relation privilégiée qui sous-tend toute rééducation orthophonique ?* »

Publiée sous le titre : « **Prudence-virage dangereux** », la réponse d'une autre orthophoniste défendait la position inverse, qui allait prévaloir chez les représentants de la profession, de peur

d'être considérés « **comme des instituteurs spécialisés sur qui l'on peut se décharger de toute "difficulté scolaire"** », selon les termes de cette professionnelle :

> « *Je freine. Et vous ? Devant cette demande d'intégrer les orthophonistes dans le milieu scolaire, que faites-vous ? J'aimerais ouvrir le débat* […]
> *- intégrer les orthophonistes dans une équipe de dépistage ? Oui. Nous y avons un rôle à jouer*
> *- intégrer une orthophoniste à l'école pour y rééduquer les enfants ? Non.*
> *Pourquoi ?*
> *- notre spécificité est mal reconnue. Nous savons tous la place ambigüe qu'il nous est parfois donnée de tenir. Ne sommes-nous pas souvent assis entre deux chaises ?* […] *Comment [l'Éducation nationale] ne serait-elle pas tentée de nous considérer comme des instituteurs spécialisés sur qui l'on peut se décharger de toute "difficulté scolaire" quelle qu'en soit l'origine ? N'a-t-on jamais constaté ce glissement dans les mentalités et dans les faits ? Sauvegardons notre spécificité et ne nous fourrons pas dans la gueule du loup, sous peine d'être mangés.* »

La **loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**, dite « Loi Handicap », allait prolonger l'intégration scolaire des enfants handicapé-e-s en posant pour principe que « tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile ». À la rentrée 2010, **201 388 enfants handicapé-e-s étaient ainsi scolarisés en milieu ordinaire**, soit 50 000 de plus qu'à la rentrée 2005. Dans le même temps, « l'accueil de ces enfants en milieu hospitalier ou médico-social a sensiblement diminué », comme le reconnaissait l'auteur d'un rapport au Sénat, avant de souligner que « **l'intégration des élèves handicapés souffre encore d'un déficit de formation des équipes éducatives**, alors qu'elles sont de plus en plus confrontées à la gestion difficile de classes hétérogènes » [Blanc, 2011 : 2].

Mais surtout, en posant dans son article L.114 que « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, ***cognitives*** ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant », la loi de 2005 **élargissait la notion de handicap** à une série de troubles du comportement ou des apprentissages comme les « **dys** » : 13,3 % des enfants scolarisés en 2010 avaient ainsi été dépistés comme sujets de troubles spécifiques des apprentissages, nécessitant la mise en œuvre de **projets**

personnalisés de scolarisation (PPS) et la mobilisation d'**équipes pluridisciplinaires** (RASED, psychologues, médecins et infirmier-e-s scolaires, enseignant-e-s spécialisé-e-s, etc.).

Or l'Éducation nationale connaît depuis plusieurs années une **diminution globale de ses personnels « ressources » pouvant intervenir auprès d'enfants handicap-é-s** : le nombre de professionnel-le-s (psychologues, « maîtres E » et « maîtres G ») affecté-e-s aux réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) a ainsi fondu de 32,4 % à l'échelle nationale entre 2007 et 2012, les **rééducateurs de l'Éducation nationale** (« maîtres G ») étant les plus touchés avec une diminution de leurs effectifs de 47 % sur cette période [Barrault-Stella *et al.*, 2016].

La demande croissante d'orthophonie à l'école, reflet de la « médicalisation de l'échec scolaire » ou de l'intégration des enfants handicap-é-s ?

La thèse sociologique de la « médicalisation de l'échec scolaire » a été formulée dès 1978 dans un article, aujourd'hui très souvent cité en sciences sociales, de Patrice Pinell et de Markos Zafiropoulos pour rendre compte d'une « relation entre l'entrée en masse dans l'école publique (du fait de l'obligation scolaire) des enfants des fractions les plus basses du prolétariat et l'apparition de nouvelles catégories d'enfants anormaux » sur deux périodes d'expansion rapide de l'institution scolaire et d'allongement de la scolarité obligatoire : les premières années du XXe siècle, qui verront la naissance des « classes de perfectionnement » avec la loi de 1909, et les années 1960-1970, qui verront se développer des nouvelles structures de prise en charge de l'« enfance inadaptée » comme les Instituts médico-pédagogiques (IMP), les Centres médico-pédagogiques (CMP) et les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) [Pinell et Zafiropoulos, 1978].

Si le rôle des orthophonistes dans ce processus de « retraduction […] des défauts d'apprentissage (dyslexie, dysorthographie, etc.) dans le registre des troubles relationnels » n'apparaissait qu'au détour de deux mentions anecdotiques, comme auxiliaires d'une psychanalyse alors toute puissante (sont ainsi rapportées le cas d'une « rééducation orthophonique ou psychomotrique comme prélude à la psychothérapie » et le témoignage du médecin chef d'un CMP sur une élève de classe de perfectionnement : « On l'avait prise en orthophonie et c'était le mutisme complet ») [Pinell et Zafiropoulos, 1978 : 45-46], les orthophonistes jouent en revanche un rôle important, parmi d'autres professionnel-le-s, dans plusieurs travaux sociologiques récents consacrées à la construction et à la prise en charge des « problèmes » de l'échec scolaire [Morel, 2010 et 2014] ou de la dyslexie [Woolven, 2012 ; Garcia, 2013].

La thèse sociologique d'une orthophonie comme segment professionnel dans la division du travail de « médicalisation de l'échec scolaire » peut cependant en cacher une autre : la prise en charge orthophonique croissante de problèmes d'apprentissage et de « pathologies lourdes » (si elle se confirme par l'enquête) pourrait aussi être vue comme le dernier épisode d'une histoire longue de l'intégration sociale des handicapé-e-s, « inadapté-e-s », « stigmatisé-e-s » [Goffman, 1975] et autres « anormaux-les » [Foucault, 1999], le mouvement d'intégration scolaire des enfants handicapé-e-s en milieu ordinaire amorcé en 1975 et poursuivi par la « Loi Handicap » de 2005 faisant écho au mouvement de « désinstitutionalisation » psychiatrique des années 1950-1970 que Robert Castel appelait le « grand désenfermement » [Castel, 1973].

1.3. Les nouvelles orientations des politiques de santé : l'orthophoniste, intervenant-e de « première ligne » ?

Parallèlement aux nouveaux défis présentés par l'intégration scolaire des enfants handicapé-e-s en milieu ordinaire, les orthophonistes sont confronté-e-s à la **multiplication de plans nationaux de santé publique depuis le début des années 2000**, auxquels ils et elles sont appelé-e-s, avec d'autres professionnel-le-s de santé, à prendre une part active [Denni-Krichel et Garcia, 2013].

1° **Le Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage (2001-2004)**

Présenté le 21 mars 2001 au ministre de l'Éducation nationale, au ministre délégué à la Santé et au secrétaire d'État aux Personnes âgées et aux personnes handicapées, ce plan triennal commandé à la suite des conclusions du célèbre « **rapport Ringard** » [Ringard, 2000] devait permettre le **repérage, le dépistage et le diagnostic** d'enfants porteurs d'un trouble spécifique du langage dès l'école maternelle (estimés à 4 à 5 % des enfants, dont 1 % présentaient des « troubles sévères ») et leur **orientation rapide** vers des structures de soins et des thérapeutes adaptés. Plusieurs recommandations du plan impliquaient directement les orthophonistes, comme la recommandation A22 qui proposait de : « *Réactualiser le cahier des charges du programme de formation initiale des orthophonistes afin notamment de développer les pratiques de recherche et d'évaluation en* ***orthophonie*** *et étudier la possibilité d'augmenter le nombre des orthophonistes formés* », ou la recommandation A23 qui visait à : « *Intensifier la formation continue des professionnels de santé en accord avec la commission nationale d'agrément des formations (pour les médecins) et la* ***Fédération nationale des orthophonistes*** » [Veber et Ringard, 2001 : 18].

Ce rapport a été annexé à **la loi 9 août 2004 relative à la politique de santé publique**, un de ces objectifs faisant partie des « **cent objectifs de santé publique** » retenus par la loi (objectif n° 96 : « Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit. Objectif préalable : évaluation des résultats obtenus par le plan triennal interministériel »). En 2010, un rapport du Haut Conseil de la santé publique indiquait que cet objectif ne pouvait être mesuré, aucun indicateur n'ayant été proposé initialement tandis que l'objectif préalable d'évaluation des résultats obtenus par le plan triennal ne semblait pas avoir été réalisé. Toutefois, les auteurs du rapport soulignaient la publication en mars 2007 d'un **guide pratique de dépistage des troubles du langage à l'usage des professionnel-le-s de l'enfance,** ***Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant***, en collaboration avec la Société française de pédiatrie [HCSP, 2010 : 63].

2° **<u>L'expertise collective de l'Inserm (2004)</u>** ***<u>Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge</u>***

Publiée en 2004 pour répondre à une demande de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé [Inserm, 2004], cette **expertise collective** articulait ses recommandations autour de cinq grands thèmes, dont trois concernaient plus particulièrement les orthophonistes :

> « ***Sensibiliser et former*** *[…] les professionnels de santé (généralistes, pédiatres, kinésithérapeutes,* ***orthophonistes****, psychomotriciens, puéricultrices…) aux techniques et au calendrier de dépistage précoce des anomalies neuro-développementales* ».
>
> « ***Dépister précocement*** » en améliorant et en développant les outils de ce dépistage au cours des premières années de la vie, s'agissant en particulier des troubles envahissants du développement dont les *« signes d'alerte absolue »* comprennent *« une perte de compétence (de langage ou social) à tout âge* ».
>
> « ***Prendre en charge*** » en développant des programmes d'intervention précoce ou de « *soins de développement* » et en coordonnant les services intervenant dans la prise en charge, afin que l'enfant puisse « *intégrer dès que possible un milieu d'éducation ordinaire* ».

La lecture de ce rapport avait suscité une **réflexion collective de la profession**, plusieurs orthophonistes s'interrogeant au sujet de « glissements terminologiques » qui portaient à réduire les troubles à des « déficits » et à confondre le trouble et la personne « troublée ». Une première discussion au Congrès fédéral de la FNO de La Rochelle en mai 2007 avait amené ces orthophonistes à s'interroger sur leur identité professionnelle et le devenir de leur profession, suivie d'une rencontre à Poitiers en décembre 2007 et de l'organisation d'une **journée de réflexion le 12 septembre 2008** dans la Vienne devant une soixantaine de collègues autour du thème « **La mission de l'orthophoniste aujourd'hui** », qui allait faire l'objet d'un dossier dans *L'Orthophoniste* [Delforge *et al.*, 2009]. L'extension des missions de l'orthophoniste interrogeait alors cette petite équipe rassemblée autour d'une enseignante du centre de formation d'orthophonie de Nancy, Lydie Morel, qui **appelait à la vigilance de la profession quant au risque de « rétrécir » le regard du thérapeute** :

> « *Dans un contexte médical et social où le rapport à la norme tend à occuper le devant de la scène (thérapeutique), le regard orthophonique, nécessairement et avant tout clinique, ne risque-t-il pas d'être troublé ? Et ne risquons-nous pas de nous laisser projeter, avec nos patients, vers des « programmes*

d'entraînement aux acquisitions scolaires », au détriment de l'accompagnement de l'enfant, dans son développement, vers la construction de sens, vers le plaisir partagé de comprendre, de savoir ? Comment pourrions-nous nous satisfaire de l'étiquetage qui exclut, qualifie et réorganise l'enfant autour du trouble, de la déviance ? Comment alors, toujours privilégier le regard clinique, l'échange, le respect de la construction du patient dans le développement de sa personne, de ses compétences et non de ses performances ? »

Cette journée, marquée par les interventions d'un psychanalyste, d'un pédopsychiatre et d'un linguiste montre que l'extension du territoire de l'orthophonie et sa « médicalisation », ne se faisait pas sans **résistances de la part de certains segments de la profession,** ni sans **débats sur le périmètre et le cœur du métier** – ce que l'on retrouvera plus loin dans l'analyse des entretiens d'orthophonistes.

3° **Les Plans Autisme de 2005-2006 et de 2008-2010**

À la suite de la condamnation de la France en mars 2004 par le Comité européen des droits sociaux du Conseil de l'Europe, saisi par l'association Autisme Europe, pour **non-respect de ses obligations éducatives à l'égard des personnes avec autisme**, un premier « **Plan Autisme** » allait être adopté en 2005 [Ministère de la Santé, 2005], dont trois recommandations concernaient plus particulièrement les orthophonistes :

« *Dégager les financements nécessaires à une accélération de la mise en place des* ***centres de ressources autisme*** » (CRA, dont l'enveloppe devait permettre de « *financer des psychiatres et pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens et* ***orthophonistes*** »)
« *Diffuser auprès des professionnels de la petite enfance les* ***outils de sensibilisation*** *nécessaires à la détection de l'autisme et des troubles envahissants du développement* »
« ***Former les professionnels de santé*** *à la détection de l'autisme* ».

Le plan autisme de 2008-2010 poursuivait cet effort de formation dans sa mesure n° 6 (« *Actualiser et développer les contenus de la formation initiale des professionnels* ») en proposant de « *Renforcer et actualiser les connaissances sur les troubles du développement et de la communication sociale chez l'enfant, au bénéfice notamment des médecins, des puéricultrices, des* ***orthophonistes*** *et des psychomotriciens* ». La principale mesure de ce plan, d'un coût estimé à 175 millions sur un total de 187 millions d'euros, visait à « *Renforcer l'offre d'accueil en établissements et services* » en proposant la **création de 4 100 places supplémentaires dédiées aux personnes autistes** (établissements pour enfants, SESSAD, MAS et FAM).

Tout en soulignant de « réelles avancées », un rapport du Sénat d'évaluation de l'impact du plan dénonçait le « **retard** » de la France dans l'approche de ces troubles et dans la mise en place de méthodes d'accompagnement, évoquant l'existence d'un « **débat franco français** » structuré par « *l'opposition entre des conceptions de nature essentiellement psychanalytique, portées par une large proportion de psychiatres, et la demande pressante exprimée par les associations de familles, d'un recours aux approches éducatives et thérapeutiques développées au niveau international* » – c'est-à-dire des approches inspirées des **sciences cognitives** [Létard, 2011]. On voit ici comment les **débats internes à la profession et au champ scientifique** dans les années 1970-1980 [Morel, 2014] sont aujourd'hui transposés dans le champ de l'**action publique**.

4° **Le Plan 2010-2012 en faveur des personnes sourdes ou malentendantes**

Adopté à la faveur de la « Loi Handicap » de 2005 et doté de 52 millions d'euros, le « **Plan Surdité** » prévoyait 52 mesures concrètes pour « *améliorer la prévention, le dépistage et l'accompagnement lors de la découverte d'une déficience auditive* », « *mieux prendre en compte la déficience auditive à tous les âges de la vie* » et « *rendre notre société plus accessible aux personnes sourdes ou malentendantes* » [Ministère du Travail, 2010]. Si les orthophonistes ne sont pas nommément cité-e-s dans ce plan, la FNO participe à ses objectifs en élaborant un **programme de formation continue** destiné aux orthophonistes autour de la prise en charge de la personne presbyacousique, avec le soutien de la Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité, et a organisé en novembre 2012 le premier colloque interprofessionnel sur le thème de la presbyacousie, « **Mieux aider le presbyacousique à comprendre** » [Denni-Krichel et Garcia, 2013]. On a ici une autre illustration de l'impact de ces plans sur la « montée en charge » des missions fixées à la profession d'orthophoniste.

5° **Le Plan Alzheimer et maladies apparentées de 2008-2012**

Faisant suite aux plans de 2001-2005 et de 2004-2007, le « **Plan Alzheimer** » de 2008-2012, lancé le 1er février 2008 par un groupe d'experts réunis autour du professeur de santé publique Joël Ménard et accompagné d'un investissement de **1,6 milliards d'euros sur cinq ans**, regroupait 44 mesures spécifiques en 3 axes majeurs, dont un concernait directement les orthophonistes : « *Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants* » en apportant un **soutien accru aux aidants**, en renforçant la **coordination entre tous les intervenant-e-s**, en valorisant les compétences et en développant les **formations** des professionnel-le-s.

Le rôle des orthophonistes était mentionné à deux reprises dans le plan, s'agissant de la « *création des consultations mémoire dans les zones non pourvues* » (mesure n° 11), **38 nouvelles « consultations mémoire » devant être créées** autour d'« *une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'un praticien hospitalier neurologue, gériatre ou psychiatre, d'un psychologue ou* ***orthophoniste****, d'un temps de secrétariat* », et de la « *création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux* » (mesure n° 16), soit 30 000 places supplémentaires nécessitant de « *renforcer les équipes avec des compétences nouvelles dans ce champ, notamment celles des psychomotriciens et des ergothérapeutes* », étant précisé plus loin que « *des* ***orthophonistes*** *peuvent également intervenir sur prescription médicale* » [Ministère du Travail et ministère de la Santé, 2008 : 36-43].

La **circulaire du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées** précisait les moyens affectés aux « consultations mémoire » au sein des Centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR), qui devaient disposer « *de compétences de neuropsychologie, psychologue ou* ***orthophoniste*** *formé à la psychométrie et aux tests neuropsychologiques validés, aux modalités de réadaptation et au soutien des patients et des aidants* ». On retrouve une nouvelle fois ici la proximité, voire l'interchangeabilité supposée, de l'orthophonie à la psychologie, élargie à la neuropsychologie si besoin (comme le suggère la séquence « neuropsychologie, psychologue *ou* orthophoniste »).

Le texte laisse ouverte la possibilité aux orthophonistes qui s'en saisissent d'intervenir dans ces « consultations mémoire ». Alors que le **décret de compétence de 2002** spécifiait le rôle des orthophonistes dans « *le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral »,* la FNO organisait depuis 2006, toujours avec le soutien de la Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité (devenue depuis la Fondation Partage et Vie) une **action « orthophonie et maladie d'Alzheimer** » **pour la formation de près de 1 000 orthophonistes** [Denni-Krichel et Garcia, 2013].

6° **<u>Le Plan d'action national accidents vasculaires cérébraux 2010-2014</u>**

Confié à la Direction générale de l'offre de soins et à la Direction générale de la santé, le « **Plan AVC** » est peut-être le **plan de santé publique qui accorde la plus grande reconnaissance au rôle des orthophonistes comme intervenant-e-s de « première ligne »**. Celui-ci propose un « programme d'actions nationales et régionales » comprenant 17 actions et 31 sous actions, pour

un montant de 134 millions d'euros, dont 3 concernent directement les orthophonistes exerçant en libéral [Ministère de la Santé, ministère du Travail et ministère de la Recherche, 2010] :

> « ***Faire évoluer les techniques et outils réglementaires*** » (action 9), dont une sous-action vise à développer des « *travaux sur la nature et la valorisation des actes de neurologie libérale et de rééducation (**orthophonie**, ergothérapie, kinésithérapie, psychologue pour le patient et son entourage) : il est souhaitable que les travaux issus du plan AVC sur la spécificité de la prise en charge de ces patients alimentent les négociations globales relatives à l'évolution de l'activité et de la rémunération de ces professionnels de santé* ».
>
> « ***Poursuivre l'élaboration de protocoles opérationnels**, de recommandations de pratiques professionnelles, de référentiels nationaux de prise en charge de l'AVC* » (action 12), dont une sous-action vise à « *élaborer des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge en rééducation* » en prenant en compte « *toutes les composantes de la rééducation – réadaptation – réinsertion […] (kinésithérapie, **orthophonie**, ergothérapie, psychologie)* ».
>
> « ***Contribuer à réguler la démographie des professions de santé*** » (action 17), en proposant notamment « *l'exercice à temps partagé au sein d'une filière AVC* » pour « *les professionnels libéraux, en particulier neurologues, kinésithérapeutes, **orthophonistes*** ».

L'évaluation de ce plan repose sur six indicateurs, parmi lesquels « *l'évaluation par un professionnel de la rééducation* ». La prise en charge précoce en rééducation est jugée « *fondamentale pour diminuer le handicap* », bien que **seules 22 % des victimes d'AVC aient été suivi-e-s par un-e professionnel-le de la rééducation le premier jour et 57 % le troisième jour suivant l'admission**, tandis que le « *dépistage des troubles de la déglutition* » n'était retrouvé que dans 60 % des cas d'après les résultats de la campagne 2015 d'évaluation de la Haute autorité de santé [HAS, 2015].

7° **<u>Le Plan maladies neurodégénératives 2014-2019</u>**

Lancé le 18 novembre 2014 dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, le « **Plan MND** » se concentre sur la maladie d'**Alzheimer**, la maladie de **Parkinson** et la **sclérose en plaques**, autour de 3 grandes priorités, 4 axes stratégiques, 12 enjeux et 96 mesures [SNS, 2014]. Le rôle des orthophonistes apparaissait dès la première mesure du plan :

« ***Favoriser un diagnostic de qualité et éviter les situations d'errance*** », en mettant à disposition de professionnel-le-s, « *particulièrement des médecins généralistes, mais également des infirmières, des services de soins à domicile, des kinésithérapeutes, orthophonistes, etc. des outils simples permettant d'améliorer le repérage des symptômes d'une MND* ».

Parmi d'autres mesures s'adressant aux orthophonistes, mentionnons :

« ***Consolider une offre de soins pour un égal accès à des soins de qualité pour tous et en proximité*** » (mesure n° 7), l'accès à une prise en charge adaptée sur tout le territoire devant « *permettre aux patients et aux professionnels qui les suivent (médecin traitant, neurologue, kinésithérapeute, infirmière, orthophoniste, etc.) de disposer d'une ressource experte pour un accès à un diagnostic et/ou une prise en charge adaptés et de qualité* ».

« ***Adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse apportée aux personnes malades*** » (enjeu 4), formation qui doit concerner « *l'ensemble des professionnels intervenant des personnes malades en proximité (médecin spécialiste et généraliste, kinésithérapeute, orthophoniste, etc.)* ».

Notons que l'orthophoniste est mentionné systématiquement après le ou la médecin, l'infirmie-r-e ou le ou la kinésithérapeute dans le plan, faisant écho à la **hiérarchie des professions de santé** évoquée par une orthophoniste en entretien (« Les médecins veulent toujours la plus grosse part, les infirmières et les kinés ont le nombre pour eux, les autres se partagent le reste… »). Un compte rendu de la réunion de présentation du plan MND, signé par deux représentantes de la FNO dans *L'Orthophoniste*, est révélateur de ce **sentiment partagé dans la profession d'avoir été « oubliée »** par les pouvoirs publics (« Un plan qui oublie une fois de plus notre rôle… À nous de prendre notre place pour la santé et la qualité de vie de nos patients ! ») [Oglaza et Tricot, 2015] : ainsi les auteures de l'article regrettaient que les orthophonistes n'aient pas été spécifiquement auditionné-e-s pour la préparation du plan à la différence d'autres professionnel-le-s de santé, bien que leur rôle dans l'« **équipe de premier recours** » soit par ailleurs reconnu, tout comme elles regrettaient que des mesures spécifiques soient prévues pour améliorer l'accès de ces patient-e-s à des professionnel-le-s tel-le-s que les ergothérapeutes, les psychologues et les psychomotricien-ne-s, bien que les orthophonistes aient aussi « leur place auprès des patients souffrant d'une MND et de leurs aidants (familiaux et professionnels) dès le diagnostic jusqu'aux soins palliatifs en passant par l'éducation thérapeutique ».

L'extension du territoire de l'orthophonie depuis le début des années 1980 peut être vu comme le produit de la **rencontre d'une demande de reconnaissance de la profession avec une demande de reconnaissance des droits des personnes handicapées**, et plus largement des droits des patient-e-s. D'autres enquêtes pourraient affiner cette hypothèse, en cherchant notamment à déterminer le rôle joué par les **mobilisations d'associations de soutien aux personnes handicapées et à leurs familles** d'une part, et par la **concurrence de segments professionnels** d'autre part (psychiatres, neurologues, psychologues, etc.) dans l'adoption de ces différentes législations et plans de santé publique. Ces deux logiques – politique et professionnelle – peuvent marcher ensemble comme le suggère le témoignage d'une responsable d'une **fédération d'associations de parents d'enfants « dys »** que nous avions interviewée, qui décrivait les 5 000 adhérent-e-s de son organisation, dont un grand nombre de médecins, d'enseignant-e-s et d'autres professionnel-le-s de santé et de l'Éducation nationale, comme réalisant un travail d'« **influence** » auprès des pouvoirs publics en faisant se rencontrer des professionnel-le-s :

> « *Nous sommes des influents, voilà. On porte tous les problèmes, et on les envoie dans l'administration et les institutions.* […] *Rien ne se fait en un ou deux mois. Il faut deux ans, ou trois ans. Et donc on est présent dans tous les comités imaginables pour pousser, on travaille avec les autres associations handicap pour pousser tous en même temps. On fait partie du comité* [inaudible] *national, on est porte-paroles.* […] *On est tous concernés, on est tous bénévoles* […] *On a des enseignants, des bénévoles enseignants touchés, qui ont des enfants "dys", on a des médecins, des généralistes touchés, des ergothérapeutes touchés, des ophtalmo touchés, mais tous on est bénévoles et on est des parents d'enfants "dys"* […] *Y'a beaucoup de choses depuis 15 ans qui ont bougé. Les gens ont accès à l'information, y'a internet. Du coup, ils connaissent leurs droits, mieux.* […] *Nous notre valeur ajoutée c'est plutôt de faire du lobbying on va dire, et deux de travailler dans des groupes ministériels, et trois de faire des gros colloques pour réunir des populations qu'on trouvera pas sur Facebook, c'est-à-dire des professionnels de santé, des professionnels de l'Éducation nationale et de travailler dans ce sens* ».

2. Mesurer et administrer la pénurie : la démographie professionnelle des orthophonistes en Île-de-France

L'extension du territoire de l'orthophonie s'est-elle accompagnée d'un accroissement de la démographie professionnelle de la profession ? Dans cette section, nous examinerons d'abord les interprétations sociologiques des **stratégies de clôture mises en œuvre par les groupes professionnels** pour défendre leur statut, avant de nous intéresser aux évolutions récentes de la démographie professionnelle des orthophonistes, à partir d'une **comparaison de données démographiques sur les médecins omnipraticien-ne-s et les orthophonistes** en exercice libéral ou mixte en région Île-de-France de 2012 à 2016.

2.1. Aux origines du numerus clausus *des professions médicales : une interprétation sociologique*

Les sociologues du travail ont l'habitude de parler de « **marchés du travail fermés** » pour décrire la tendance à la **monopolisation** de segments de marchés de travail par certaines professions reconnues par l'État [Paradeise, 1988], en premier lieu pour caractériser la profession médicale, exemple paradigmatique de la « profession établie » (*profession*) telle que l'ont définie les sociologues américain-e-s : revendication d'une **compétence technique et/ou scientifique** reposant sur une formation longue, **contrôle éthique** de l'activité par les pairs chargés de faire appliquer un code de déontologie, **reconnaissance légale** de la profession et de ses diplômes par les pouvoirs publics, **prestige élevé** justifié par le désintéressement et l'importance sociale de l'activité, etc. [Chapoulie, 1973].

Ce processus de monopolisation est à la source de profits économiques et symboliques considérables : à la suite des travaux de Max Weber, qui s'était intéressé aux **processus de clôture professionnelle** et de formation de monopoles dans la compétition économique, la sociologue Magali Larson a ainsi proposé une interprétation des **dynamiques de professionnalisation**, définie comme un processus par lequel des « fournisseurs de services spécialisés cherchent à constituer et *à contrôler* un marché pour leur domaine d'expertise », dont le résultat est de convertir « un ordre particulier de ressources rares – un savoir et des compétences spécifiques – en un autre ordre de ressources – des gratification sociales et économiques » [Larson, 1977 : 16-17]. **La réussite des professions dépend alors de leur capacité à maintenir cette rareté**, en créant un

marché protégé par l'État, qui peut prend la forme d'un **monopole légal** réservant l'exercice d'une profession aux seuls détenteurs des titres et diplômes requis.

Si les professions cherchent à maintenir la rareté de leur offre, c'est que **l'abondance de professionnel-le-s sur un marché exacerbe la concurrence interne à la profession**, entraînant une **diminution des revenus** de ses membres, mais aussi une **diminution du prestige** associé à une profession sélective. Comme l'a montré Marc-Olivier Déplaude [2015] dans une étude récente consacrée à **l'histoire des *numerus clausus* en médecine**, en France la profession médicale a longtemps été hantée par le motif de la « **pléthore** » avant que la généralisation de l'Assurance maladie ne stimule une demande croissante de soins médicaux. À partir du milieu du XIXe siècle, les médecins ont ainsi tenté de rendre plus sélectif l'accès à la profession médicale et de la protéger de la concurrence d'autres professionnels, obtenant avec la **loi du 30 novembre 1892 que l'exercice de la médecine soit réservé aux seuls docteurs en médecine**. Mais ils n'ont pu empêcher l'ouverture progressive des études médicales, alors coûteuses, à de nouveaux publics comme les femmes et les étrangers. Les mobilisations de la profession ont alors été particulièrement vives contre les médecins étrangers, souvent juifs dans les années 1930 et 1940, puis extra-communautaires à partir des années 1970, accusés de l'encombrer et de la déshonorer. [Déplaude, 2015 : 16].

L'instauration d'un ***numerus clausus*** avec la mise en place d'un **concours en fin de première année en 1971** constitue ainsi l'une des **stratégies de clôture** mise en œuvre par la profession médicale pour limiter la croissance rapide du corps médical dans les années 1960. Alors que de nombreux-ses jeunes diplômé-e-s connaissaient des débuts de carrière plus difficiles que leurs prédécesseurs, notamment en médecine générale, les **syndicats de médecins libéraux** ont demandé une forte diminution du *numerus clausus*, rencontrant les intérêts des **gestionnaires de l'Assurance maladie qui cherchaient au même moment à limiter l'accroissement des dépenses de santé**. L'alliance entre ces deux groupes a permis un resserrement progressif du *numerus clausus* de médecine, passé de 7 121 étudiant-e-s admis-es au concours en 1980 à 3 500 dans les années 1990, malgré les résistances du milieu hospitalo-universitaire : c'est que la **réforme des études médicales de 1982**, qui réservait l'accès au titre de spécialiste aux seul-e-s médecins ayant réussi le concours d'internat et le **resserrement des quotas** ont été à l'origine de difficultés de recrutement pour les hôpitaux, qui ont dû faire appel à des médecins à diplôme extra-communautaire pour compenser la diminution du nombre de spécialistes en formation à partir des années 1990.

La diminution du nombre de médecins s'est au même moment fait ressentir dans certaines **zones géographiques déjà faiblement médicalisées**, amenant les syndicats de médecins libéraux qui avaient jusque-là majoritairement défendu des positions malthusiennes en matière de démographie médicale à demander que davantage de médecins soient formés, tandis que les conditions de travail des médecins « surmenés » se dégradaient. Au moment où des élus locaux et plusieurs rapports gouvernementaux attiraient l'attention sur l'existence de « déserts médicaux », la « **peur de la pénurie** » [Déplaude, 2015 : 263] allait remplacer le motif de la « pléthore », amenant les pouvoirs publics à **relever fortement le *numerus clausus*** à partir de 2001 (qui finira par atteindre les 7 500 en 2012) et à prendre des mesures pour **favoriser l'installation des jeunes médecins dans les « déserts médicaux ».**

L'histoire de la démographie médicale peut éclairer les enjeux actuels de régulation démographique de la profession d'orthophoniste, alors que **les communiqués de la FNO, les articles de presse et les questions à l'Assemblée nationale mentionnant une « pénurie » d'orthophonistes** (notamment parmi les salarié-e-s hospitaliers) se sont multipliés depuis le début des années 2010 et qu'**aucun-e nouvel-le étudiant-e ne sortira diplômé-e des écoles d'orthophonie en 2017**, la réorganisation des études de 2013 prolongeant d'un an la formation des étudiant-e-s admis.es au concours d'entrée cette année-là, qui n'obtiendront leur diplôme qu'en 2018.

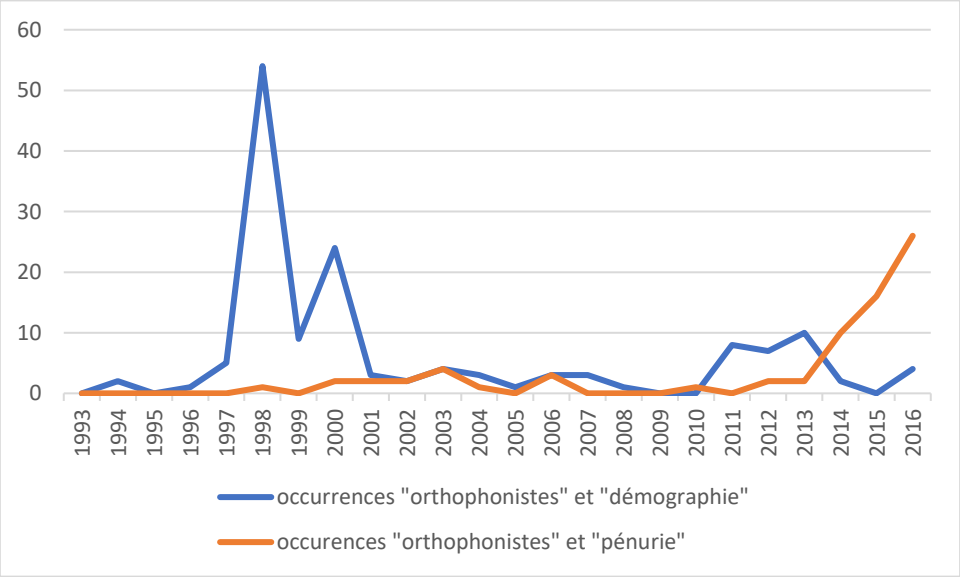


Figure 6. Évolution du nombre de questions orales et écrites déposées à l'Assemblée nationale comportant simultanément les expressions « orthophonistes » et « démographie d'une part, « orthophonistes » et « pénurie » d'autre part, 1993-2016.

Sources : site de l'Assemblée nationale.

À l'instar d'autres professions de santé comme les kinésithérapeutes depuis 1981, les infirmier-e-s depuis 1983 et les psychomotricien-ne-s depuis 1986, la démographie professionnelle des orthophonistes est régulée depuis 1990 par un **arrêté ministériel fixant le nombre d'étudiant-e-s admis-es en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste**, annuellement et par UFR, pour un taux de réussite au concours d'entrée en première année variant entre 5 et 10 % en fonction du nombre de candidat-e-s. Ce *numerus clausus*, qui s'établissait autour de 400 à 500 étudiant-e-s par an jusqu'à la fin des années 1990, a doublé sur les quinze années suivantes en passant de **461 étudiant-e-s en 1999 à 841 en 2016** [Barlet et Marbot, 2016 : 84-88], auxquelles s'ajoutaient chaque année environ **250 à 300 orthophonistes en provenance des centres de formation belges** [ONDPS, 2012]. Malgré le blocage du *numerus clausus* autour de 800 étudiant-e-s par an depuis une dizaine d'années, les effectifs des orthophonistes ont ainsi augmenté de 75 % entre 2000 et 2015, soit une **croissance moyenne annuelle de 4,7 %** [Siciak-Tartaruga, 2015].

Cette croissance constante des effectifs s'expliquait surtout par une **structure démographique jusque-là relativement favorable**, le nombre d'orthophonistes formé-e-s chaque année et les flux en provenance de Belgique compensant largement les départs à la retraite, qui étaient de l'ordre de 300 à 400 par an jusqu'en 2010. Cependant, avec l'arrivée à l'âge de la retraite de la première génération de praticien-ne-s formés dans les années 1970, la profession fait depuis face à une **forte augmentation des départs en retraite**, qui devraient se maintenir autour de 400 à 500 par an sur la période 2015-2020 [ONDPS, 2012]. **L'âge moyen** des orthophonistes est aujourd'hui légèrement **au-dessus de la moyenne** de l'ensemble des professions de santé (43,1 ans au 1er janvier 2015, contre 42,8 ans), les départs à la retraite devant toucher plus massivement les **orthophonistes salarié-e-s** : ainsi l'âge moyen était de 41,7 ans en exercice libéral ou mixte, de 47,6 ans pour les salarié-e-s hospitaliers et de 50,3 ans pour les autres salarié-e-s. Si les classes d'âge les plus nombreuses restent les 25-29 ans et les 30-34 ans, 1 370 orthophonistes avaient plus de 65 ans et 2 066 entre 60 et 64 ans au 1er janvier 2015, représentant près de 14 % des effectifs globaux de la profession [Siciak-Tartaruga, 2015].

De plus, la Communauté française de Belgique ayant instauré à la rentrée 2013 des quotas limitant à 30 % la proportion d'étudiant-e-s « non-résidents » autorisé-e-s en filière logopédie (c'est-à-dire ne pouvant justifier de trois années de résidence en Belgique), **le flux d'orthophonistes en provenance de Belgique devrait baisser dans les prochaines années**. Mais surtout, la croissance des effectifs des orthophonistes ne s'est pas répartie harmonieusement sur l'ensemble

du territoire national, l'implantation de la profession connaissant d'**importantes disparités géographiques, inter et infrarégionales**, comme nous allons le voir à présent pour le cas de l'Île-de-France.

2.2. De la « pléthore » à la « pénurie » ? L'évolution de la démographie des orthophonistes en Île-de-France

Une étude sur les champs d'intervention des orthophonistes commandée en 2011 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé identifiait **quatre groupes de régions** en fonction de leur densité d'orthophonistes, qu'ils reliaient par hypothèse à la répartition géographique des centres de formation [ONDPS, 2012 : 33] :

> 1° Un groupe de régions **sans centre de formation** : Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Corse, Haute-Normandie, Limousin, qui connaissent toutes une **densité d'orthophonistes inférieure à la moyenne** nationale à l'exception de la Bretagne.
>
> 2° Un groupe de régions avec une **densité d'étudiant-e-s moyenne et une densité d'orthophonistes supérieure à la moyenne** nationale : Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA, Rhône-Alpes.
>
> 3° Un groupe des régions avec une **densité d'étudiant-e-s moyenne et une densité d'orthophonistes inférieure à la moyenne** nationale : Basse-Normandie, Franche-Comté, Picardie, Poitou-Charentes.
>
> **4° Le Nord Pas de Calais**, isolé en raison de sa **densité élevée en étudiant-e-s comme en orthophonistes** – ce qui peut s'expliquer par la proximité géographique avec la Belgique.

La densité par région des orthophonistes variait ainsi dans une proportion de 1 à 3 entre la région PACA (41 orthophonistes pour 100 000 habitants au 1er janvier 2010) et la région Limousin (15 orthophonistes pour 100 000 habitants), pour une densité moyenne de 31 orthophonistes pour 100 000 habitants sur l'ensemble du territoire national. Depuis la réforme territoriale de 2015 portant le nombre de régions de France métropolitaine de 22 à 13, **la densité par région des orthophonistes varie dans une proportion de 1 à 2**, la plus dotée étant la région PACA avec

46,5 orthophonistes pour 100 000 habitants au 1er janvier 2016, les moins dotées étant les régions Bourgogne-Franche-Comté et Normandie avec 26,3 orthophonistes pour 100 000 habitants, pour une **densité moyenne de 36,9 orthophonistes pour 100 000 habitants sur l'ensemble du territoire national** [DREES, Répertoire ADELI].

Si la densité francilienne est toujours légèrement supérieure à la moyenne nationale avec 37,9 orthophonistes pour 100 000 habitants au 1er janvier 2016, **la position relative de l'Île-de-France s'est considérablement dégradée** dans les dernières décennies. Berceau historique de l'orthophonie avec Lyon, l'Île-de-France comptait près de **28 % des effectifs nationaux d'orthophonistes en libéral en 1980**, avec 1 140 orthophonistes francilien-ne-s sur un total de 4 080 orthophonistes ayant eu une activité qui a donné lieu à un remboursement de l'Assurance maladie au 31 décembre 1980 [*L'Orthophoniste*, 1981d]. L'Île-de-France comptait encore **24 % des effectifs nationaux d'orthophonistes en libéral en 2000**, ce qui était proche du poids de l'ensemble des professionnel-le-s libéraux paramédicaux de rééducation francilien-ne-s (25 % des effectifs nationaux d'après [Magnon et Mangeney, 2005 : 106]).

En 2016, l'Île de France ne regroupe plus que 16,1 % des effectifs nationaux d'orthophonistes en libéral, avec 3 198 orthophonistes francilien-ne-s sur un total de 19 820 orthophonistes exerçant en libéral ou en mixte au 1er janvier 2016 d'après le fichier SNIIRAM de l'Assurance maladie. Autrement dit, si les effectifs globaux des orthophonistes ont été multipliés par cinq depuis 1980, les effectifs des orthophonistes francilien-ne-s n'ont été multipliés que par trois : **la progression des effectifs d'orthophonistes est 1,7 fois plus rapide dans les autres régions qu'en Île-de-France**.

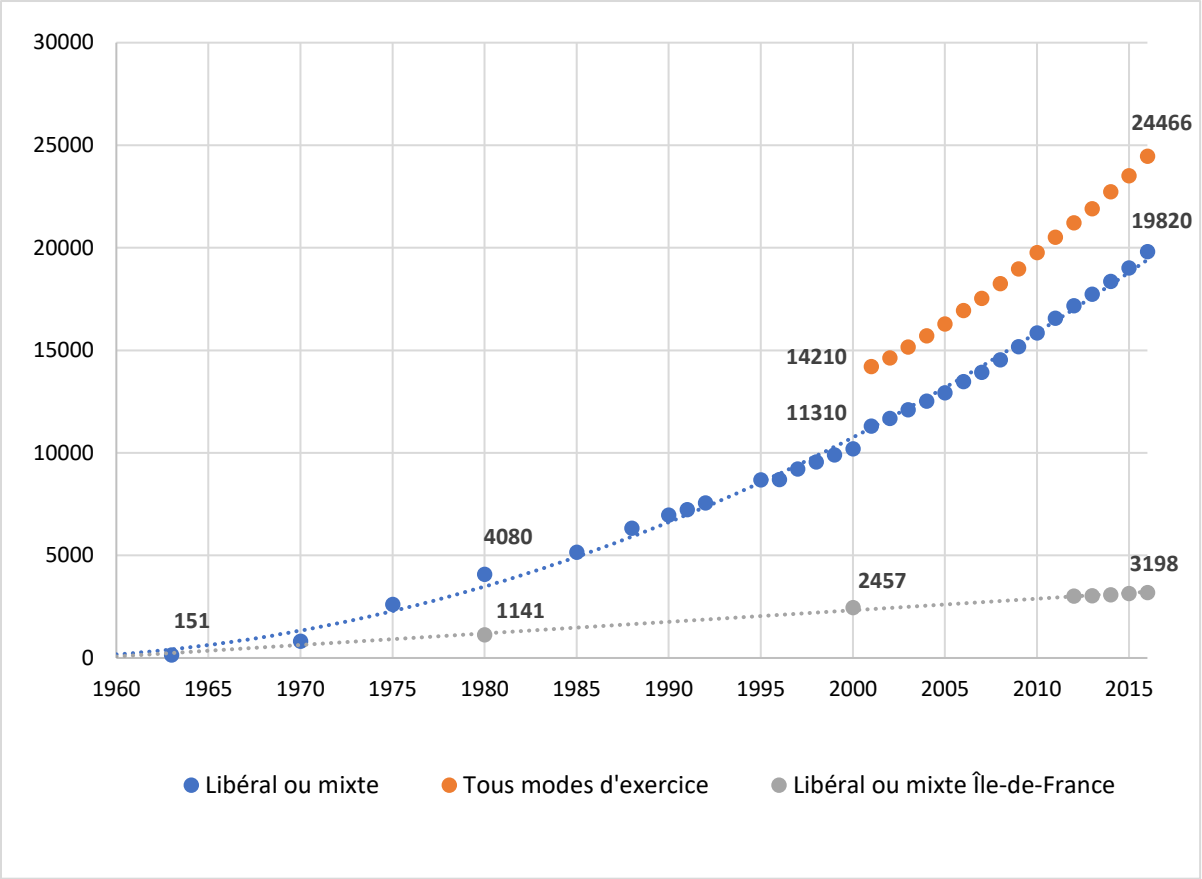


Figure 7. Nombre d'orthophonistes en activité, 1963-2016.

Sources : pour la France, [Lederlé et Kramer, 2012] pour les données de 1963 à 1992, FNO pour 1995 à 2000 (France métropolitaine), DREES pour 2000 à 2016 (ADELI, France métropolitaine et DOM) ; pour l'Île-de-France, FNO pour les données de 1980, Assurance maladie (SNIIRAM) pour 2012 à 2016.

Alors que **l'Île-de-France était pendant longtemps relativement mieux dotée en orthophonistes que les autres régions françaises** (les régions PACA et Languedoc-Roussillon connaissant toutefois une densité supérieure dès 1980 avec 13 orthophonistes pour 100 000 habitants à cette date, contre 11 orthophonistes pour 100 000 habitants en Île-de-France), **la proportion des orthophonistes francilien-ne-s est depuis plusieurs années inférieures à la part de l'Île-de-France dans la population française** : celle-ci est en effet passée de 17,6 % en 2012 à 16,1 % en 2016 quand la part de l'Île-de-France dans la population française se maintenait autour de 18,2 %. Ce décrochage est encore plus accusé si l'on considère le **poids des classes d'âge qui consultent le plus l'orthophoniste** : ainsi 25,8 % de la population francilienne était âgée de moins de 20 ans en 2012 (28,7 % en Seine-Saint-Denis), alors que ce n'était le cas que de 24,4 % de l'ensemble de la population française d'après l'INSEE. Résultat, si **l'Île-de-France regroupe un peu plus de 19 % de la population française âgée de moins de 20 ans,** elle n'abrite aujourd'hui que **16 % des effectifs d'orthophonistes.**

Année	Orthophonistes France entière	Orthophonistes Île-de-France	Ratio IDF/F	Population France entière	Population Île-de-France	Ratio IDF/F
2012	17 185	3 017	**17,6 %**	65 241 241	11 898 502	**18,2 %**
2013	17 739	3 045	17,2 %	65 564 756	11 959 807	18,2 %
2014	18 367	3 080	16,8 %	66 127 286	12 027 565	18,2 %
2015	19 018	3 153	16,6 %	66 453 558	12 088 695	18,2 %
2016	19 820	3 198	**16,1 %**	66 725 826	12 142 802	**18,2 %**

Figure 8. Évolution du nombre d'orthophonistes exerçant en libéral ou mixte et évolution de la population en France et en Île-de-France, 2012-2016.

Sources : DREES (ADELI) pour la France entière, Assurance maladie (SNIIRAM) pour l'Île-de-France, estimations de population INSEE.

Ce **« malthusianisme » de la démographie professionnelle en Île-de-France** peut s'expliquer par la volonté des pouvoirs publics d'assurer une meilleure répartition géographique des orthophonistes dans des régions historiquement « sous dotées », avec la **création de nouveaux centres de formation qui ont absorbé la majorité des nouvelles places ouvertes au concours ces dernières années** : Caen et Poitiers en 2006 (45 places mises au concours), Amiens en 2009 (30 places), Limoges en 2012 (20 places), Clermont-Ferrand en 2016 (25 places), portant aujourd'hui à dix-huit le nombre de centres de formation en orthophonie.

L'Île-de-France a ainsi admis en 2016 le même nombre d'étudiant-e-s qu'en 2004 (120), malgré un relèvement important du *numerus clausus* entre ces deux dates, passé de 650 en 2004 à 841 en 2016. La proportion d'étudiant-e-s admis-es en première année au département universitaire d'enseignement et de formation en orthophonie (DUEFO) de l'Université Paris 6 est ainsi passée d'un **pic de 19 % en 2009** (150 étudiant-e-s sur 790) **à un niveau historiquement bas de 14, 3 % en 2016** (120 étudiant-e-s sur 841). Cette « **déflation** » des effectifs parisiens peut s'expliquer par la volonté des gestionnaires des caisses d'Assurance maladie de **redistribuer les orthophonistes depuis des régions catégorisées comme « sur dotées »** (Île-de-France, PACA, Rhône-Alpes) **vers des régions dites « sous dotées »** pour maîtriser les dépenses de santé, malgré les protestations de représentants de la profession qui ont rappelé qu'il n'existait pas de « réservoir » d'orthophonistes dans les régions dites « sur dotées », et dénoncé une lecture exclusivement gestionnaire de ces enjeux de démographie médicale dans les politiques de santé, selon laquelle « l'offre de soins [pourrait] engendrer la demande de soins et donc des dépenses d'Assurance maladie » [Pérignon, 2008].

Année	France entière	Île-de-France	Ratio IDF/F
2000	466	82	17,6 %
2001	516	86	16,7 %
2002	526	87	16,5 %
2003	600	100	16,7 %
2004	650	120	18,5 %
2005	689	130	18,9 %
2006	**736***	130	17,7 %
2007	736	130	17,7 %
2008	737	130	17,6 %
2009	**790***	150	**19,0 %**
2010	773	130	16,8 %
2011	783	140	17,9 %
2012	**808***	140	17,3 %
2013	808	120	14,9 %
2014	821	120	14,6 %
2015	819	130	15,9 %
2016	**841***	120	**14,3 %**

Figure 9. Nombre d'étudiant-e-s admis-es en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste, 2000-2016.

Sources : Légifrance.
*Années marquées par la création de nouveaux centres de formation

Cette dégradation de la position francilienne est encore accentuée par le **nombre relativement faible d'étudiant-e-s parisien-ne-s choisissant de s'installer en Île-de-France**, souligné dans une enquête récente de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) Orthophonistes Île-de-France et du Syndicat départemental des orthophonistes (SDOP) d'Île-de-France auprès de 40 étudiant-e-s de 4e année, dont seul-e-s 25 souhaitaient s'installer en Île-de-France, en majorité dans des départements relativement mieux dotés comme Paris, les Hauts-de-Seine et les Yvelines.

Cette désaffection pourrait s'expliquer par des difficultés pour l'installation en libéral propres à la région parisienne, 24 des étudiant-e-s interrogé-e-s ayant déclaré redouter des difficultés liées aux « investissements initiaux » et 7 à la « recherche de locaux ». Parmi les **critères pouvant influencer le choix du lieu d'installation**, le lieu où ces étudiant-e-s avait réalisé leurs études était ainsi jugé « important » ou « très important » par seulement 5 % d'entre eux et elles, loin derrière la **proximité avec d'autres professionnel-le-s de santé** (jugée « important » par 23 % des étudiant-e-s, « très important » par 10 %) et la **possibilité d'exercer en cabinet de groupe** (respectivement 23 % et 8 %), qui arrivaient également devant les mesures d'incitation à l'installation (12 % et 3 %) ou les opportunités de reprise de cabinet (11 % et 5 %) [Lewik, 2016].

Enfin, d'après une étude de la démographie professionnelle de la FNO, **l'Île-de-France devrait être l'une des régions les plus touchées par les futurs départs à la retraite**, 17,9 % de ses effectifs ayant plus de 60 ans au 1er janvier 2015 (seules la Corse et la région PACA connaissaient un vieillissement démographique plus important en France métropolitaine, avec respectivement 24,2 % et 19,2 % de leurs effectifs ayant plus de 60 ans) [Siciak-Tartaruga, 2015], tandis que l'**âge moyen des professionnel-le-s francilien-ne-s était de 45,5 ans** au 1er janvier 2016 [DREES, Répertoire ADELI].

Au sein même de la région Île-de-France, **les disparités géographiques sont très marquées entre les départements et les communes** : Paris et les départements de l'Ouest connaissent ainsi des densités élevées (59,5 orthophonistes pour 100 000 habitants pour Paris au 1er janvier 2016, 45,1 pour les Hauts-de-Seine et 39,7 pour les Yvelines), par contraste avec les **départements moins attractifs du nord-est de la région parisienne** (24 orthophonistes pour 100 00 habitants pour la Seine-Saint-Denis, 26,9 pour le Val-d'Oise) et surtout avec des **départements plus faiblement urbanisés** comme la Seine-et-Marne (22,4 orthophonistes pour 100 000 habitants) [DREES, Répertoire ADELI].

Par un arrêté du 12 juin 2012, l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France a construit un **zonage des orthophonistes en libéral** afin de mettre en œuvre des mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral dans des zones dites « très sous dotées », le « **contrat incitatif orthophoniste** ». La majorité de ces zones « **très sous dotées** » (56 « bassins de vie » ou « pseudo-cantons » comprenant 338 communes pour un total 1,5 millions d'habitants) se concentre dans trois départements : l'Essonne, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise, ce d'autant plus que l'on s'éloigne de Paris. Ces zones de dotation ne mesurent pas une densité brute mais une **densité corrigée,** exprimée en équivalent temps plein (ETP) et par tranche d'âge.

Malgré les précautions prises dans la détermination des niveaux de dotation, les orthophonistes dont nous allons analyser les entretiens dans la seconde partie de ce rapport ont pour la plupart souligné que ce **zonage ne correspondait pas à leur perception de la réalité du terrain**, des zones dites « sur dotées » recueillant les demandes de patient-e-s en provenance de zones « sous dotées » voisines par un phénomène de **« vases communicants »**. L'utilisation de ce zonage dans l'attribution de mesures incitatives à l'installation pouvait également poser problème dans la mesure où les situations locales évoluaient rapidement au gré des départs à la retraite et des nouvelles

installations, parfois au sein d'un même « bassin de vie ». Pour ne prendre qu'un exemple marquant d'après les données de démographie professionnelle détaillées fournies par l'Assurance maladie (SNIIRAM), **certaines communes ont en effet perdu de nombreux-ses orthophonistes** depuis la construction de ce zonage (comme Vitry-sur-Seine, passée de 15 à 10 orthophonistes entre 2012 et 2016), **quand d'autres communes voisines ont vu leur nombre d'orthophonistes presque doubler** (comme Villejuif, passée de 9 à 17 orthophonistes entre 2012 et 2016).

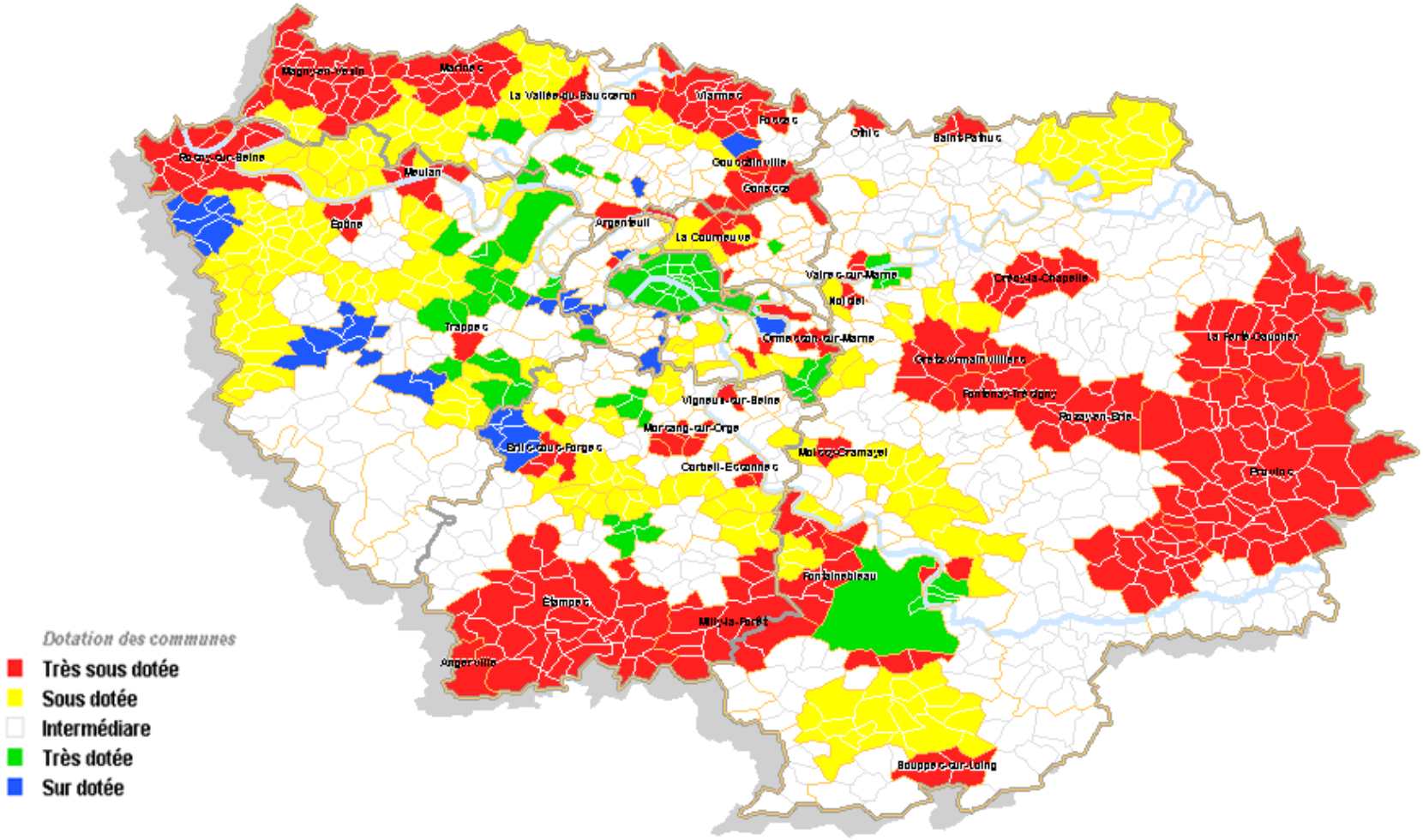


Figure 10. Niveau de dotation en orthophonistes en libéral en région Île-de-France en 2012.

Sources : DOSMS-ARS Île-de-France, 2012.

II. ÉVOLUTION DU GROUPE PROFESSIONNEL ET DU MÉTIER

Dans cette deuxième partie, nous chercherons d'abord à **situer le groupe professionnel des orthophonistes dans la sociologie des professions médicales**, en nous appuyant sur un bref état de la littérature francophone sur la question, avant de nous intéresser aux **conditions de travail** concrètes des orthophonistes à travers les résultats d'une **enquête par entretiens** auprès d'orthophonistes francilien-ne-s.

1. Les orthophonistes et la sociologie des professions médicales : un état des lieux

Nous ne considérerons dans cet état de l'art que les **principaux travaux francophones portant sur la sociologie des professions médicales et paramédicales**, qui se sont rapidement développés depuis les années 1990. Pour un aperçu de la considérable littérature américaine sur le sujet, nous renvoyons à la seconde partie de l'ouvrage de Danièle Carricaburu et Marie Ménoret [2004].

1.1. La sociologie des professions médicales et les paramédicaux

La **hiérarchie des objets de la sociologie des professions médicales**, qui n'a véritablement pris son essor en France que dans les années 1970 après avoir été consacrée par des ouvrages devenus des « classiques » de la sociologie américaine [Freidson, 1970], a longtemps reflété la **hiérarchie de la division du travail médical**. Ainsi l'une des toutes premières bibliographies de publications de langue française de « sociologie médicale » recensait par exemple **128 références d'ouvrages, de rapports de recherche, de thèses ou d'articles parus entre 1960 et 1973 sous la catégorie « Le médecin »**, qui était elle-même découpée en cinq sous-catégories (« Structure de la profession », « Formation professionnelle », « Économie de la profession », « Déontologie »,

« Démographie du corps médical »), **contre 37 références consacrées à la catégorie « Les infirmières et auxiliaires médicaux »**, dont 31 portaient sur le seul groupe des infirmier-e-s, deux sur les assistant-e-s sociales, et une chacun sur les psychologues hospitaliers, délégué-e-s médicaux, personnels sanitaires et sur l'ensemble du groupe des auxiliaires médicaux [*Revue française de sociologie*, 1973].

Si les **professions « paramédicales » les plus anciennes et nombreuses**, exerçant le plus souvent en contexte hospitalier comme les **infirmier-e-s** et les **aides-soignant-e-s**, ont depuis davantage retenu l'attention des sociologues [Féroni, 1994 ; Paicheler, 1995 ; Arborio, 2001], les « **professions de la rééducation** » inscrites au Titre IV du Code de la santé publique (diététiciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et psychomotricien-ne-s) demeurent encore relativement méconnues des chercheurs-ses comme du grand public[2]. Aussi il a fallu attendre 2007 pour que paraissent **les résultats de l'une des premières recherches en sciences sociales consacrée à la profession d'orthophoniste**, sous la forme d'un ouvrage collectif récemment réédité aux Presses de l'EHESP sous le titre *Le Métier d'orthophoniste. Langage, genre et profession* [Tain, 2016a]. Issue d'une collaboration entre le département d'orthophonie de l'Université Lyon 1, la FNO et le département de sociologie de l'Université Lumière Lyon 2, **l'enquête Kalliopé** a notamment fait l'objet d'une recension dans *L'Orthophoniste* [Dehêtre *et al.*, 2007] et d'une présentation au cours d'une journée d'étude organisée par la FNO le 4 avril 2008 [Kerlan, 2008]. Comme nous l'avons vu précédemment, la réception sociologique de ce travail s'est surtout opérée dans une direction de recherche déterminée à partir du début des années 2010, autour de la question de la **« médicalisation de l'échec scolaire »** [Garcia, 2013 ; Morel, 2014].

À l'instar des masseurs-kinésithérapeutes, la plus anciennement reconnue et la plus nombreuse de ces « professions de la rééducation », les orthophonistes peuvent être défini-e-s comme une profession occupant « **une position intermédiaire dans l'espace social et une position dominée au sein du champ médical** » [Gaubert, 2006 : 16]. « Dominé-e-s », les orthophonistes le sont doublement par la **prescription médicale qui conditionne très largement leur activité**, à l'image d'autres professions paramédicales qui interviennent elles aussi sur prescription médicale [Freidson, 1970 : 48], et par leur **faible poids démographique** comparativement aux infirmier-e-s, ou aux kinésithérapeutes dans une moindre mesure (24 466 orthophonistes exerçant en France

[2] Les projets de thèses de sociologie sur les paramédicaux se multiplient cependant depuis quelques années (diététiciens, orthophonistes notamment).

au 1er janvier 2016, contre 660 611 infirmier-e-s et 86 459 kinésithérapeutes) [DREES, Répertoire ADELI]. Comme nous l'expliquions dans la première partie de ce rapport, l'un des principaux enjeux de la reconnaissance de la profession a ainsi porté sur le **relâchement de ce contrôle médical**, la nouvelle définition de l'orthophonie contenue dans la loi du 26 janvier 2016 précisant désormais que les orthophonistes peuvent, « en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin », accomplir des soins « en dehors d'une prescription médicale » – un changement présenté comme une véritable « **révolution** » par des représentants de la profession [Dehêtre, 2016 : 23].

1.2. Les orthophonistes comme profession intermédiaire

La nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de l'INSEE classe les orthophonistes dans le groupe des « **professions intermédiaires** », entre les groupes des « employés » et des « cadres et professions intellectuelles supérieures ». Auparavant appelé « **cadres moyens** » pour le distinguer du groupe des « cadres supérieurs », le groupe des « professions intermédiaires » a été renommé ainsi à l'occasion de la réforme de la nomenclature des PCS de 1982.

Ces positions sont désignées « **intermédiaires** » en jouant sur les **deux sens du mot** : parce qu'elles occupent des emplois « moyens » en ce que leurs occupants ont des propriétés moyennes par rapport aux autres salariés, mais aussi parce qu'elles jouent un **rôle d'intermédiaires entre les groupes sociaux**, leurs occupations les amenant à rendre exécutoires les décisions et à diffuser auprès du plus grand nombre les connaissances produites par le groupe des « cadres et professions intellectuelles supérieures », ce qui ne s'opère pas sans tensions sociales [Desrosières et Thévenot, 2002]. Les arguments avancés par les administrateurs de l'INSEE à l'initiative de la réforme des PCS de 1982 pour justifier le choix de cette nouvelle terminologie sont particulièrement révélateurs de la position ambigüe des « professions intermédiaires », réduites au rôle d'**exécutantes d'un savoir produit et détenu par d'autres** :

> « *On peut avancer* [*que ce groupe*] *rassemble des positions intermédiaires en même temps que des positions d'intermédiaires.* […] *Ce sont des positions intermédiaires parce qu'elles impliquent la mise en œuvre d'un savoir et de directives constitués plutôt par des agents du groupe 3* [*cadres et professions intellectuelles supérieures*] *qui fondent d'ailleurs la légitimité de ce savoir.* » [Desrosières, Goy et Thévenot, 1983 : 71]

Avant même la réforme de 1982, l'un de ces statisticiens se référait explicitement aux **professions de l'enseignement et de la santé**, qui forment le cœur de ce groupe et qui étaient alors en forte croissance dans les années 1970, comme occupant des **positions d'« intermédiaires** » **entre les professions monopolisant la production du savoir (enseignant-e-s-chercheurs-ses, médecins) et le public profane auprès duquel elles diffusent ce savoir** :

> « *On pourrait les qualifier d'"intermédiaires" marquant par ce terme qu'ils possèdent une fonction technique (enseignement, santé), mais que leur métier les amène à diffuser cette technique auprès d'un large public. Pour ce faire, ils se réfèrent à ceux qui détiennent et contrôlent la totalité de ce savoir (professeurs de l'enseignement supérieur, médecins) lesquels sont classés dans les cadres supérieurs* » [Desrosières, 1977 : 25]

Cette **position subordonnée des professions intermédiaires dans la division du « travail d'expertise »** [Abbott, 1988] était redoublée par des **rapports de genre inégalitaires** entre ces professions au taux de féminisation élevé et les **professions homologues** du groupe des cadres [Desrosières, Goy et Thévenot, 1983 : 71], inégalités de genre dont la langue française a conservé la trace dans le nom des métiers : « *le* » professeur s'oppose ici à l'institu*trice* comme « *le* » médecin s'oppose à l'infirmi*ère*, dont le nom du métier s'énonce presque toujours au féminin.

Ces enjeux de classement ne sont pas que symboliques car la **reconnaissance du statut de cadre** s'accompagne par exemple d'un reclassement dans la grille indiciaire de la fonction publique hospitalière : ainsi la **reconnaissance des sages-femmes au statut de « profession médicale »** à part entière à la fin de l'année 2014 à l'issue d'un long conflit à l'hôpital s'est accompagnée d'une **revalorisation salariale,** avec des augmentations de traitement allant jusqu'à 245 euros par mois selon les grades et échelons[3].

1.3. Conditions de travail et féminisation de la profession

À la différence des **kinésithérapeutes**, voué-e-s à la tâche physique de la « **manipulation des corps** » [Gaubert, 2006], et *a fortiori* des **aides-soignant-e-s**, voué-e-s à la prise en charge du « **sale**

[3] Voir le décret n° 2014-1588 du 23 décembre 2014 relatif au classement indiciaire applicable au corps de sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière.

boulot »[4] que leur délèguent les médecins et infirmier-e-s dans l'hôpital et qu'ils et elles redéfinissent en élaborant un « savoir-soigner » profane [Arborio, 1995], les orthophonistes occupent une **position relativement élevée dans la division intellectuelle du travail médical**, **fondée sur la revendication d'une expertise et de « compétences articulées autour du raisonnement clinique »** [Dehêtre, 2013]. Si l'on compte les sages-femmes parmi les professions médicales, les orthophonistes sont avec les infirmier-e-s-anesthésistes la seule profession paramédicale dont le **diplôme est reconnu au niveau du grade de Master** depuis la réorganisation des études de 2013, tandis que le **recrutement social élevé** des étudiant-e-s en orthophonie (47 % d'enfants de « cadres et professions intellectuelles supérieures » d'après l'Observatoire de la vie étudiante) les rapproche davantage des étudiant-e-s en **médecine** ou en **pharmacie** (respectivement 48,7 % et 48,5 % d'enfants de cadres) que des étudiant-e-s des autres filières paramédicales (34,5 % d'enfants de cadres) [Bretin, 2016].

Les **conditions de travail** des orthophonistes exerçant en libéral reflètent cette position élevée dans ce que le sociologue Everett C. Hughes appelait la « **division morale du travail** » en référence à la profession d'avocat, cette division du travail qui est autant fondée sur une spécialisation fonctionnelle que sur la revendication d'une « respectabilité » [Hughes 1951]. Ainsi, des cinq professions de santé représentées dans l'échantillon de **l'enquête sur la pénibilité réalisé en 2008 par LH2 pour Carpimko** auprès de 1 500 auxiliaires médicaux exerçant en libéral (infirmier-e-s, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues), les orthophonistes interrogé-e-s se distinguaient par leur **faible reconnaissance de risques d'accident du travail** (seul-e-s 3 % estimaient être sujets à des risques « importants » d'accident du travail, contre 44 % des infirmier-e-s) **comme de la difficulté physique de leur métier** (seul-e-s 4 % estimaient que leur métier était « très difficile physiquement », contre 51 % des infirmier-e-s). Sans doute doit-on voir ici un trait distinctif d'avec des activités plus « **manuelles** » ou des professions plus **mobiles** – comme semble l'indiquer le différentiel avec les kinésithérapeutes, d'une part, avec les infirmier-e-s en libéral, d'autre part. En revanche, cette enquête révélait l'ampleur de la **surcharge de travail** à laquelle étaient déjà confronté-e-s les orthophonistes : **80 % des orthophonistes interrogé-e-s déclaraient avoir déjà refusé des patient-e-s ou des actes**, juste derrière les kinésithérapeutes à 82 % [Carpimko et LH2, 2008].

[4] Dans la sociologie du travail, la notion de « sale boulot » (*dirty work*), diffusée par les enseignements d'Everett C. Hughes, désigne ces tâches « physiquement répugnantes » ou symbolisant « quelque chose de dégradant et d'humiliant » que les professions établies tendent à déléguer aux métiers de statut inférieur [Hughes, 1951].

Les orthophonistes présentent également la particularité d'être une **profession très fortement et depuis longtemps féminisée (93 % de femmes en 1980, 96,7 % en 2016**), qui s'est construite en référence à des figures de « **pionnières** » [Barrusse et Vilboux, 2016b], à l'image d'autres professions de santé comme les **sages-femmes** (97,2 % de femmes en 2016) et à l'inverse de la profession de médecin, qui a longtemps résisté à sa féminisation jusqu'à une période récente [Jaisson, 2002]. L'enquête Kalliopé a ainsi mis en évidence une **reproduction sociale et sexuée** des orthophonistes, avec des phénomènes de « passage intergénérationnel de l'institutrice à l'orthophoniste », voire de « répartition sexuée des domaines professionnel médical et paramédical » entre les hommes et les femmes au sein d'une même famille [Bretin, 2016 : 103]. Dans la postface à la deuxième édition du *Métier d'orthophoniste*, Laurence Tain s'interrogeait ainsi sur le devenir de « la profession la plus féminisée de France », en rappelant le rôle joué par « **un mélange subtil de domination masculine et de défense masculine de la profession** » dans son développement [Tain, 2016b].

Notons enfin que **les orthophonistes salarié-e-s se distinguent des autres paramédicaux hospitaliers par un plus faible niveau de rémunération,** avec un salaire mensuel net de 1 327 € en début de carrière et de 2 003 € en fin de carrière pour un-e orthophoniste de classe normale dans la fonction publique hospitalière. Ce niveau de rémunération se démarque à la fois des **orthophonistes exerçant en libéral**, qui réalisent un bénéfice moyen de 29 430 € à l'année (soit 2 452,5 € par mois) [Siciak-Tartaruga, 2015] et des autres **professions diplômées à bac +5** de la fonction publique hospitalière, comme les sages-femmes dont le salaire mensuel net est de 1 636 € en début de carrière et de 2 605 € en fin de carrière [Ullmann, 2016]. L'absence de revalorisation des carrières salariées pourrait expliquer leur **désaffection chez les jeunes diplômés** : alors qu'en 1970 les modes d'exercice des orthophonistes se répartissaient à peu près équitablement entre l'exercice salarié seul (30,4 %), l'exercice mixte (32,8 %) et l'exercice libéral seul (33,1 %) [Le Feuvre, 2016], le mode d'exercice salarié seul ne concernait plus que 19 % de l'ensemble des orthophonistes exerçant en France au 1er janvier 2016, **les seul-e-s salarié-e-s hospitaliers ne représentant plus que 7,4 % de la profession** (12,9 % chez les 65 ans et plus) [DREES, Répertoire ADELI]. Ce phénomène doit également être mis en relation avec les effets des politiques de restriction des dépenses de santé dans les hôpitaux publics, qui se répercutent comme nous le verrons sur l'activité des orthophonistes exerçant en libéral.

Les perspectives d'évolution du groupe professionnel des orthophonistes font ainsi apparaître un **décalage entre les victoires remportées par la profession dans la conquête d'une plus**

grande autonomie (reconnaissance des études au niveau Master, d'une autonomie de diagnostic et le traitement, d'une mission de recherche, etc.), qui ouvre à un périmètre d'activités plus important, et la **dégradation de leurs conditions de travail**, alors que la demande de soins ne faiblit pas et que les orthophonistes se retrouvent appelé-e-s à accomplir de **nouvelles tâches** qui sont souvent jugées éloignées de leur missions fondamentales, comme nous le verrons à présent à travers l'analyse d'entretiens.

2. Être orthophoniste en 2017 en région Île-de-France : résultats d'une enquête par entretiens

Nous présenterons dans cette partie les analyses de **21 entretiens** réalisés entre les mois de janvier et de juillet 2017 auprès d'orthophonistes exerçant en libéral, en mixte ou en salarié en Île-de-France. Après des remarques méthodologiques sur la construction de ce corpus, nous présenterons une **analyse thématique** de ces entretiens et une analyse des **emplois du temps** des orthophonistes interviewé-e-s.

2.1. Remarques méthodologiques

Les entretiens avec des orthophonistes présentées ici ont été réalisés en suivant un guide d'entretien comportant une soixantaine de questions sur **la trajectoire et l'activité professionnelle**, que nous avons construit à partir du guide d'entretien de l'**enquête Kalliopé** et d'un guide d'entretien utilisé lors d'une enquête sociologique sur les soins de premier recours en Seine-Saint-Denis [Mariette et Pitti, 2016]. Nous avons suivi la méthodologie dite de l'« **entretien ethnographique** », c'est-à-dire d'entretiens approfondis, conçus comme une situation d'observation plutôt que comme des séries statistiques, ce qui n'interdit pas de généraliser leurs résultats par un travail de comparaison [Beaud, 1996].

Tous ces entretiens ont été réalisés *in situ* sur le **lieu de travail** des orthophonistes et, il va sans dire, bénévolement sur leur temps de travail. Dix-huit entretiens ont été réalisés dans des **cabinets**, un dans la salle de restauration d'un **EHPAD** où l'orthophoniste interviewée consultait en libéral, un autre dans le bureau d'une orthophoniste exerçant en mixte dans un **CMP**, un dernier enfin dans un **centre municipal de santé** de la Ville de Paris où l'orthophoniste était salariée. Ces entretiens ont été collectées de janvier à juillet 2017 en trois vagues de collecte : les huit premiers entretiens ont été réalisés à partir du **réseau d'interconnaissance** des membres du bureau de l'URPS des orthophonistes d'Île-de-France en Essonne, Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et à Paris, les sept suivants après avoir pris rendez-vous par **appel téléphonique** à des cabinet situés dans une zone pavillonnaire de Seine-Saint-Denis à la composition sociale hétérogène. Les huit derniers entretiens ont été réalisés avec des orthophonistes des **territoires enquêtés par**

questionnaire en Essonne et Seine-Saint-Denis, parmi lesquelles six avaient accepté de passer le questionnaire à leurs patient-e-s[5].

Appeler des orthophonistes pour une proposition d'entretien : retour d'expérience.

Un lundi matin de 10 heures à 12h30 pendant les vacances de Pâques 2017, nous avons entrepris de contacter 78 orthophonistes de Seine-Saint-Denis dont nous avions obtenu les coordonnées professionnelles par l'annuaire des professionnel-le-s de santé du site Ameli.fr, pour un ensemble de huit communes pour la plupart localisées le long d'une ligne de RER reliée à Paris en une trentaine de minutes. Sur ces 78 orthophonistes, 59 disposaient d'un numéro de téléphone accessible sur le site Ameli.fr. En ne gardant que les numéros uniques, nous avons appelé en tout 50 orthophonistes.

Sur ces 50 appels, nous avons laissé 27 messages sur le répondeur. Les annonces de répondeur de certains cabinets révélaient la situation de tension de l'offre de soins orthophoniques dans ce département, comme ce message qui prévenait que chaque personne ne pouvait être rappelée « en raison d'un grand nombre de demandes » :

> « *Bonjour, vous êtes bien au cabinet d'orthophonie de ***, *** boulevard *** à ***. Je ne peux pas vous répondre pour le moment. Si vous appelez pour un bilan, merci d'indiquer le motif du bilan, votre nom et numéro de téléphone, et de préciser si vous êtes libre en journée pour un éventuel rendez-vous. Attention : en raison d'un grand nombre de demandes, je ne peux pas rappeler chaque personne. Je vous inscrirai sur une liste d'attente, et je vous appellerai quand une place se sera libérée et que j'aurai un rendez-vous à vous proposer. Merci pour votre compréhension, à bientôt, au revoir.* »

Cette autre annonce précisait qu'aucun rendez-vous ne pouvait être donnée dans l'immédiat, sauf pour des « prises en charges urgentes » tels qu'à la suite d'un AVC :

> « *Bonjour, vous êtes bien au cabinet d'orthophonie de ***, je suis actuellement indisponible ou en séance, je vous invite à laisser un message en indiquant votre nom, votre numéro de téléphone, et le motif de votre appel. Pour toute demande de bilan orthophonique, mon agenda étant complet, aucun rendez-vous ne peut être donné dans l'immédiat, sauf selon mes disponibilités lors de votre appel, pour des prises en charge urgentes de type accident vasculaire cérébral, troubles neuro-dégénératifs et troubles de la voix.* »

Dernier exemple, cette annonce qui précisait qu'aucune demande de bilan ou de rééducation ne sera en en compte en raison d'emplois du temps « saturés » :

> « *Bonjour, vous êtes au cabinet d'orthophonie de *** et ***. Nos emplois du temps étant saturés, nous ne prendrons pas vos demandes de bilan ou de rééducation. Pour tout autre motif, merci de parler après le signal sonore. Merci de votre appel.* »

Nous n'avons pas pu laisser de message sur un répondeur qui était saturé. Deux numéros listés sur le site Ameli.fr n'étaient quant à eux pas attribués. Sur les 22 appels restants, on a nous demandé huit fois de rappeler plus tard dans la journée, la semaine ou le mois, voire au mois de juillet quand l'année scolaire serait écoulée. Cinq orthophonistes nous ont dit qu'elles allaient nous rappeler, dont une « *si des choses se libèrent avec les ponts* ». Trois autres orthophonistes ont refusé la proposition d'entretien : « *Ça va pas être possible, je fais des grosses journées de 8h30 à 19h* » pour l'une, « *Non, j'ai trop de monde, j'ai pas le temps* » pour l'autre, la dernière, une remplaçante, nous ayant simplement dit « *J'ai pas le temps* ».

Nous avons au final obtenu huit rendez-vous pour la semaine ou le mois suivant. Plusieurs orthophonistes nous avaient rappelé après un premier entretien avec une de leurs collègues, qui avait laissé un message présentant notre enquête sur un groupe Facebook des orthophonistes de Seine-Saint-Denis une fois assurée que nous n'étions pas un représentant de commerce ou un « visiteur médical ».

[5] Sur l'enquête par questionnaire, voir *infra*.

Nous ne prétendons pas avoir interviewé des segments représentatifs de la profession, toutefois **le mode de sélection de notre échantillon nous a permis de rencontrer des profils plus diversifiés** que si nous étions seulement partis d'une liste d'orthophonistes prédéfinie. Sur ces 21 entretiens, le plus long a duré 2h19, le plus bref 47 minutes, pour une d**urée moyenne de 1h13 par entretien**. Seule la charge de travail des orthophonistes interdisait dans la plupart des cas de prolonger la durée de ces entretiens au-delà d'une heure.

	Nom	Sexe	Âge	Exercice	Lieu	Diplôme	Durée
1	Mme Bouvier	F	63	Libéral	Essonne	1974, Paris	59 min
2	Mme Leconte	F	62	Libéral	Essonne	1978, Paris	1h06**
3	Mme Guérin	F	56	Libéral	Seine-Saint-Denis	1981, Paris	1h24
4	Mme Picard	F	56	Salarié	Paris	1981, Paris	54 min
5	Mme Joubert	F	51	Mixte	Seine-Saint-Denis	1986, Paris	1h13***
6	Mme Gautier	F	65	Libéral	Essonne	1987, Paris	1h53
7	Mme Roux	F	51	Libéral	Seine-et-Marne	1987, Paris	1h17
8	Mme Blanchet	F	± 60	Libéral	Seine-Saint-Denis	1992, Paris	2h19
9	Mme Fleury	F	45	Libéral	Seine-Saint-Denis	1993, Nancy	1h14
10	Mme Lesage	F	44	Libéral	Seine-Saint-Denis	1993, Bruxelles*	1h03
11	Mme Pelletier	F	± 60	Libéral	Seine-Saint-Denis	1994, Paris	54 min
12	Mme Perrot	F	47	Libéral	Seine-Saint-Denis	1994, Paris	1h47
13	Mme Page	F	45	Mixte	Seine-Saint-Denis	1996, Paris	2h05
14	Mme Weber	F	42	Libéral	Essonne	1999, Strasbourg	1h22
15	Mme Orange	F	40	Libéral	Essonne	2001, Paris	50 min
16	Mme Ollivier	F	34	Mixte	Seine-Saint-Denis	2006, Liège*	47 min
17	Mme Lévêque	F	33	Libéral	Seine-Saint-Denis	2007, Paris	1h12
18	M. Martin	M	30	Libéral	Seine-et-Marne	2009, Libramont*	1h27
19	Mme Marchal	F	28	Mixte	Essonne	2011, Montpellier	1h21
20	Mme Renaud	F	28	Libéral	Seine-Saint-Denis	2011, Paris	53 min
21	Mme Legrand	F	26	Libéral	Seine-Saint-Denis	2014, Bordeaux	58 min

Figure 11. Tableau de synthèse des entretiens avec 21 orthophonistes d'Île-de-France (noms modifiés, classés par promotion), janvier 2017 - juillet 2017[6].

* Formation en Belgique.
** Refus d'enregistrement (prise de notes uniquement).
*** Entretien poursuivi sur deux rendez-vous.

[6] Quand ils n'ont pas été précisés en entretien, les âges reportés sont basés sur la date de diplôme et l'éventuelle expérience professionnelle antérieure.

La population enquêtée répondait aux caractéristiques suivantes :

-**20 orthophonistes sur les 21 professionnel-le-s interviewé-e-s étaient des femmes**, ce qui correspond à la proportion de ces dernières dans la population de référence (95% dans l'échantillon contre 96,7 % de femmes orthophonistes dans la France entière au 1er janvier 2016).

-**16 orthophonistes exerçaient en libéral, 4 en mixte, une en salariat**, la proportion de non-salarié-e-s étant ici supérieure à leur part dans la population de référence (95 % contre 81% des orthophonistes exerçant en libéral ou en mixte dans la France entière au 1er janvier 2016).

-**12 orthophonistes** exerçaient dans des zones pavillonnaires ou de grands ensembles de **Seine-Saint-Denis, 6** dans des zones pavillonnaires de l'**Essonne, 2** dans des zones périurbaines en **Seine-et-Marne,** une à **Paris** intra-muros.

-**14 avaient été formé-e-s à Paris, 4 en province** (Bordeaux, Montpellier, Nancy et Strasbourg) et **3 en Belgique** (Bruxelles, Libramont et Liège).

-La première orthophoniste entrée dans la carrière avait **plus de 40 ans d'expérience**, ayant obtenu son diplôme à Paris en 1974. La dernière était sortie diplômée de Bordeaux en 2014 et n'exerçait que depuis **deux ans et demi** au moment de l'entretien.

-**La plus âgée avait 65 ans, la plus jeune 26 ans**, pour un **âge moyen de 49 ans**, ce qui est supérieur à l'âge moyen de la population de référence (43,1 ans dans la France entière au 1er janvier 2016).

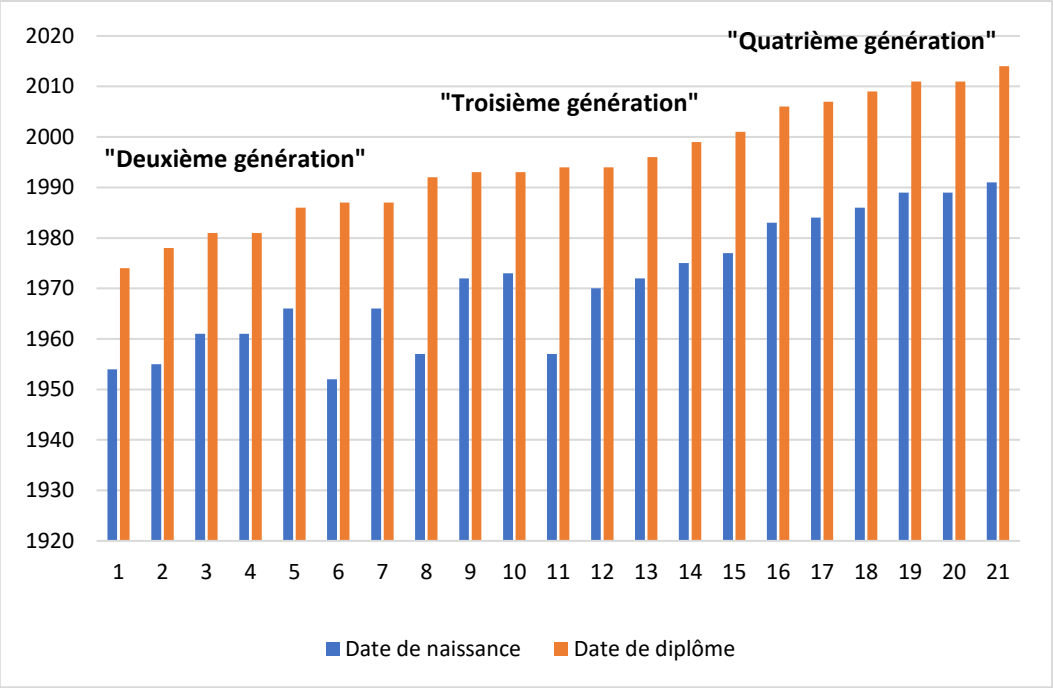


Figure 12. Années de naissance et de diplôme des orthophonistes interviewé-e-s.

Trois générations d'orthophonistes peuvent ainsi être distinguées dans cet échantillon :

1° **Les orthophonistes ayant obtenu leur diplôme dans les années 1970-1980**, qui constituent ce que Virigine Barrusse et Raphaëlle Vilboux ont désigné comme la « **deuxième génération d'orthophonistes** », ayant succédé à la génération des « **pionnières** » entrées dans la carrière dans les années 1950-1960, dont elles se distinguaient par le recrutement social élevé et par la **professionnalisation** d'une activité longtemps exercée à titre bénévole, à une époque où les femmes entraient massivement sur le marché du travail [Barrusse et Vilboux, 2016]. On peut marquer la fin de cette génération en 1990 avec l'entrée dans la carrière de la première promotion ayant obtenu son diplôme en quatre ans suite à la **réforme des études de 1986**.

2° **Les orthophonistes ayant obtenu leur diplôme de 1990 à 2001, « troisième génération »** marquée par la révolution apportée par les **neurosciences** dans la formation initiale et la perte d'influence de la **psychanalyse** [Morel, 2014], qui ne résiste que dans certaines écoles comme à Strasbourg. Comme celles de la génération précédente, certaines de ces orthophonistes avaient connu d'**autres carrières professionnelles** avant de choisir l'orthophonie, dans les métiers de l'**enseignement** ou de la **médiation**, ce qui est beaucoup plus rare pour les orthophonistes de la génération suivante qui sont plus nombreux-ses à avoir effectué des **classes préparatoires** aux

écoles paramédicales, la sélectivité du concours s'accroissant fortement à partir des années 1990 avec 2 à 5 % de reçus selon les villes et les années [Bretin, 2016 : 99].

3° **Les orthophonistes ayant obtenu leur diplôme depuis 2002**, au moment où la profession accédait à une nouvelle reconnaissance de la part des pouvoirs publics à la suite de la présentation du « **rapport Ringard** » en 2001 et de l'adoption du **décret de compétence du 2 mai 2002**. Les orthophonistes de cette génération ont été confronté-e-s de plein fouet à l'**explosion de la demande de soins**. Mesuré par la profession des parents, le recrutement social de cette génération s'est démocratisé par rapport aux générations précédentes. On peut d'ores et déjà dater symboliquement la fin de cette « **quatrième génération** » avec l'arrivée de la première promotion issue de la réforme des études au niveau du **Master** en 2018, après l'année creuse de 2017.

Avant de procéder à l'analyse des entretiens avec les orthophonistes, notons que nous avons également interviewé **trois responsables associatifs** (un coordinateur d'un réseau de périnatalité chargé de dépister des troubles de l'audition, une orthophoniste chargée d'un dispositif médico-pédagogique de la ville de Paris et une responsable d'une fédération d'associations de parents d'enfants dyslexiques) et **deux parents de patient-e-s** consultant l'orthophoniste. Faute de place, nous ne pourrons analyser ces entretiens dans cette section[7], dont chacun a pourtant contribué à la mise en forme de cette enquête. En complément de l'analyse des entretiens avec les orthophonistes, présentée plus bas, nous invitons cependant le lecteur à consulter la retranscription de ces deux derniers **entretiens en annexe**[8], qui donnent un témoignage rare sur la détresse à laquelle sont confrontées de nombreux-ses patient-e-s et leurs familles dans l'accès aux soins orthophoniques.

Trois grandes thématiques avaient émergé de la comparaison d'une première série d'entretiens, que nous avions défini en repérant des « **catégories émergentes** » mobilisées par au moins deux interviewé-e-s [Glaser et Strauss, 1967] : la question de l'«autonomisation » de la profession à travers la revendication d'une **identité professionnelle et d'une déontologie** ; la question de la définition et du maintien de ses « frontières » à travers la gestion des **conflits de juridiction avec d'autres professionnel-le-s** ; la question de ses conditions de travail à travers les stratégies adoptées pour gérer la **surcharge de travail** à laquelle les orthophonistes de la région parisienne font face depuis plusieurs années. Des entretiens supplémentaires nous ont permis d'approfondir chacune de ces thématiques et de collecter suffisamment de témoignages pour répondre également

[7] Voir cependant le témoignage de l'une de ces responsables associatifs à la fin de la section « De la "pléthore" à la "pénurie" : l'évolution de la démographie des orthophonistes en Île-de-France »
[8] Voir l'entretien avec Mme O. dans l'annexe 1 et celui avec Mme S. dans l'annexe 2.

à deux questions d'intérêt pour l'avenir de la profession : **Comment devient-on orthophoniste**, par quelles dispositions sociales, biographiques et familiales s'opère la rencontre avec le métier ? **Comment évolue le métier aujourd'hui,** comment concilier le travail sur l'« **humain** » et l'emprise croissante de la « **technique** » sur l'activité des orthophonistes ?

Nous traiterons ces deux questions en premier, suivies des trois thématiques précitées (autonomisation de la profession, conflits de juridiction et surcharge de travail), avant de conclure cette analyse par une dernière série de questionnements qui nous ont semblé révélateurs des tensions auxquelles sont confrontées de nombreux-ses orthophonistes aujourd'hui : comment trouver le **juste équilibre entre la prise en charge et le suivi des patient-e-s**, pour des rééducations qui durent parfois toute une vie, et la **gestion de listes d'attente qui s'allongent**, les orthophonistes voyant arriver de plus en plus de patient-e-s atteint-e-s de « pathologies lourdes » ou en provenance d'institutions où l'offre de soins orthophoniques se raréfie ? Pour reprendre les termes employés par les orthophonistes elles-mêmes, comment « **apprendre à dire non** » et mettre fin à une rééducation sans que ces patient-e-s se retrouvent « **lâché-e-s dans la nature** » ? Ou pour faire plus court : comment décider qui doit être sauvé-e ?

2.2. Devenir orthophoniste : transmission familiale et choix du métier

En analysant quarante années de promotions d'écoles d'orthophonie, *Le Métier d'orthophoniste* avait mis en évidence une surreprésentation des groupes des « **cadres et professions intellectuelles supérieures** » et des « **professions intermédiaires** » chez les pères des diplômé-e-s, qui tendait à s'accroître dans le temps. Ces catégories étaient également surreprésentées parmi les mères des diplômé-e-s, qui étaient de plus en plus nombreuses à exercer une activité professionnelle. Plus précisément, un certain nombre d'orthophonistes de l'échantillon de l'enquête Kalliopé étaient issu-e-s de **pères médecins** et de **mères institutrices**, avec une double tendance à la reproduction sociale et sexuée des positions familiales [Bretin 2016].

Les orthophonistes les plus âgé-e-s que nous avions interviewé-e-s avaient souvent des **professions médicales** dans leur famille, parfois sur plusieurs générations comme cette orthophoniste installée depuis 34 ans dans une ville pavillonnaire de l'Essonne :

> « *Je viens d'un milieu médical, je suis du sérail. Comme l'orthophonie était une profession très jeune, c'était l'occasion de se démarquer vis-à-vis des cousins et cousines, des oncles et tantes qui ont fait médecine* […]

On fait les manifs en famille, c'est amusant. J'ai tellement d'hérédité familiale : des cousins chirurgiens, des beaux-frères aussi… » (Mme Leconte).

Nous avons toutefois constaté un **autre modèle de transmission familiale** dans nos entretiens : **le père occupant une profession technique ou commerciale**, souvent indépendante (ingénieur, cadre du privé, chef d'entreprise, etc.) et la mère une **profession intellectuelle ou d'intermédiaire culturelle**, souvent en lien avec le langage ou l'écrit (enseignant-e, chercheur-se, expert-e comptable, secrétaire, etc.).

Profession du père	Profession de la mère
Ingénieur	Chercheuse en ethnologie au CNRS
Ingénieur	Expert-comptable
Cadre dans une banque	Au foyer
Ingénieur	Institutrice
Ingénieur en travaux publics	Puéricultrice
Arboriculteur	Secrétaire comptable
Ingénieur technico-commercial	Employée de banque
Directeur d'une agence commerciale	Institutrice
Thermicien gérant d'un cabinet d'études	Enseignante dans le secondaire
Employé à Saint-Gobain	Enseignante dans un lycée professionnel
Médecin généraliste	Enseignante dans le secondaire
Ingénieur automobile	Secrétaire
Directeur d'une imprimerie	Secrétaire

Figure 13. Professions du père et de la mère de quelques orthophonistes interviewées.

Les **domaines d'élection de chaque sexe étaient parfois inversés**, sans pour autant remettre en cause la **hiérarchie entre les sexes**, l'emploi du père étant presque toujours de statut supérieur à l'emploi de la mère comme l'illustrent les couples « père chercheur au CNRS en physique/mère employée de banque », « père enseignant dans un lycée professionnel/mère tailleur », « père enseignant dans le secondaire/mère secrétaire », etc. **Cette transmission familiale se retrouvait souvent chez les autres membres de la fratrie**, comme par exemple chez cette orthophoniste au père cadre dans une agence bancaire et à la mère au foyer, qui avait « *un frère ingénieur, un frère qui a fait psychomot et qui travaille actuellement à la direction d'une mutuelle, et une sœur enseignante* » (Mme Picard).

Certaines orthophonistes avaient reproduit ce schéma en **épousant des ingénieurs ou cadres du privé** (par exemple conjoint « ingénieur financier », « assureur », « chef de projet en informatique » ou « consultant pour un éditeur informatique ») ou des membres des **professions libérales** (par exemple époux « chirurgien-dentiste »). Alors que nous faisions remarquer à une orthophoniste dont le père était commercial et l'époux ingénieur que nous avions retrouvé ce schéma chez plusieurs de ces collègues sans nous l'expliquer, celle-ci voyait un rapport possible avec cet héritage dans **le rôle du maniement du langage chez les professions commerciales** :

> « Q : Quel était le métier de votre père ?
> *Il était dans le commerce. Directeur d'agence dans le commerce.*
> Est-ce que vous avez des frères et sœurs ?
> *J'ai deux frères. Ils sont tous les deux dans le commerce.*
> Q : […] J'ai beaucoup d'orthophonistes que j'ai rencontré qui avaient aussi un ou deux de leurs parents qui étaient commerciaux. C'est marrant parce que je vois pas le rapport, mais c'est intéressant [*rires*].
> *Si le bagout, la tchatche* [rires]. *La facilité de s'exprimer…* » (Mme Lesage).

Le couple « **père technico-commercial/mère dans la transmission** » nous semble également particulièrement ajusté à **l'exercice libéral**, qui permet de concilier l'**ethos entrepreneurial du père** et l'importance accordée à la **transmission du langage et du capital culturel de la mère**. Plusieurs orthophonistes ont ainsi insisté sur l'importance pour elles d'avoir un « **métier** » dans le choix de faire des études paramédicales **plutôt que de poursuivre des études dans les facultés de lettres ou de sciences humaines** ou plusieurs orthophonistes au profil « littéraire » avaient suivi des cours de psychologie, de linguistique ou même de sociologie avant de présenter le concours :

> « *Depuis très longtemps j'avais envie de faire quelque chose entre le médical et le paramédical, et en même temps avec l'impression que je pourrai pas le faire parce que j'étais pas très, très scientifique moi. Et pour tout vous dire en sortant du bac j'ai fait des études de socio !* [rires] *À l'époque, j'y suis allée un petit peu comme ça, par défaut, en socio.* […] *C'était pas assez poussé hein, je suis allé jusqu'en licence, mais le fonctionnement, ça ça m'est resté quand même, y'a des choses qui m'ont aidé pour la suite, c'est ça que je veux dire. Mais bon, c'est quand même par défaut, et c'est surtout qu'il restait toujours l'envie d'avoir un métier, et puis toujours le goût de ce qui tournait autour du médical* » (Mme Perrot).

> « *J'ai fait un bac de secrétaire médicale, un bac F8. Et puis à la fin du bac on me proposait soit d'être secrétaire ce qui m'allait pas du tout, soit être infirmière, et j'aimais pas du tout. Donc il fallait que je trouve autre chose, et puis en réfléchissant, j'avais pensé à psychologue* […] [*J'ai fait*] *une fac de sciences où les profs ont fini par me dire qu'avec mon bac F8 de toute façon ils avaient ordre de m'éjecter, et après j'ai fait une fac de langues, mais vraiment pour faire quelque chose, sans plus de conviction. Et après j'ai fait une prépa, prépa ortho* » (Mme Page).

Peut-être fallait-il avoir **un père au profil « scientifique » et une mère plus « littéraire »** pour combler l'écart entre ces « **deux cultures** » qui étaient particulièrement étanches dans le système éducatif français [Snow, 1968]. En choisissant un **métier aux frontières des cultures scientifique et humaniste**, les orthophonistes franchissaient cette division fondamentale qui se réfractait en une série d'oppositions secondaires constitutives du rapport à la profession : **technique/humain**, **soin/rééducation**, **cabinet/institution**, **libéral/salariat**, **privé/public**, etc.

D'autres orthophonistes avaient cependant été attiré-e-s très tôt par les **sciences**, comme cette interviewée qui voulait être **ingénieure** avant de devenir orthophoniste et qui avait été marquée dans son enfance par la correction des copies de son **père enseignant de mathématiques** dans un lycée professionnel :

> « *Mon père était dans l'automobile, dans un lycée professionnel privé, Peugeot – Simca à l'époque – prof de maths, après toujours dans la même entreprise il est devenu chef d'atelier, donc rien à voir. Si ce n'est que ça m'a beaucoup servi parce que comme il était prof de maths on travaillait beaucoup les corrections de ses copies, donc j'ai gardé la bosse des maths et je peux faire du logico-mathématique aussi. C'est une façon de se mettre un peu dans le métier* » (Mme Guérin).

Hélène Bretin notait que l'orientation vers le métier d'orthophoniste s'apparentait souvent à un « **second choix** », effectué à la faveur de cursus qui favorisent l'intérêt pour la profession (lettres, sciences cognitives, psychologie) ou d'un échec en première année de médecine [Bretin, 2016 : 100]. Nombreux-ses étaient les orthophonistes qui se destinaient également à des **concours de grandes écoles** en dehors du concours de médecine, voie qu'ils et elles avaient dû abandonner pour des raisons variées : École du Louvre, École normale d'institutrices, École nationales des ponts et chaussées, etc.

Parmi les « **cadres sociaux** » de la rencontre avec le métier d'orthophoniste, Hélène Bretin identifiait des **contextes familiaux** « caractérisés par l'ouverture relationnelle ou encore l'apprentissage de la musique et/ou du chant, des jeux de culture générale, la pratique des langues étrangères, l'amour du français » [Bretin, 2016 : 100]. Aussi cette interviewée faisait part de son **amour de la lecture** et de son sentiment d'injustice éveillé par le fait « *que les gens ne puissent pas s'exprimer et qu'ils ne puissent pas accéder à la lecture* » :

> « *J'étais extrêmement lectrice, et je pense ce qui m'avait vraiment touché c'est que les gens ne puissent pas lire, ça me paraissant épouvantable* [rires] *et qu'on puisse aider des gens à entrer dans la lecture je me disais quelle belle chose. Que les gens ne puissent pas s'exprimer et qu'ils ne puissent pas accéder à la lecture ça me paraissait tellement horrible, que voilà ça m'a paru assez évident, et j'avais lu – on en parlait avec des collègues récemment – j'avais lu l'histoire d'Helen Keller, cette jeune fille qui était sourde, aveugle, muette, voilà, la rééducation, etc., donc ça a été une sorte de révélation et c'est drôle parce qu'on en parlait avec des collègues récemment et je suis pas la seule* [rires] » (Mme Roux).

Un autre cadre de rencontre avec le métier, plus conjoncturel, est le rôle joué par les **expériences précoces de rééducations orthophoniques**. Plusieurs interviewé-e-s nous ont ainsi confié avoir assisté dans leur enfance à la **rééducation d'un proche**, qui a joué un rôle plus ou moins déterminant dans leur orientation professionnelle :

> « *Je voulais faire Ponts et chaussées, mais y'a 35 ans de ça, Ponts et chaussées c'était pas une carrière de femme, donc j'ai cherché autre chose. Il s'avère que j'ai une cousine qui est sourde, qui a mon âge. Et quand elle était toute petite elle devait aller chez l'orthophoniste et elle n'y allait pas, parce qu'elle n'aimait pas ça. Donc une de mes occupations le jeudi, le mercredi, c'était de l'accompagner chez l'orthophoniste. Donc j'ai fait des séances d'orthophonie très, très jeune, avec cette cousine sourde, avec un casque – très sourde hein.* » (Mme Guérin).

> « *À la sortie du bac j'ai fait une fac d'ingénieur en matériaux plastiques et métalliques. Rien à voir avec le métier d'orthophoniste. C'est au fur et à mesure de l'année que je me suis rendu compte que les débouchés étaient pas du tout ce que j'attendais de faire de ma vie en fait. Je me voyais pas utile. Et du coup je me suis renseigné classiquement au CIO, que faire des professions, parce qu'à la sortie du bac on est pas très au fait* […] *Et de fil en aiguille par des amis de mes parents qui étaient orthophonistes, j'ai été faire de petits stages là-bas, ça m'a plu, d'autant plus que mon grand-père aussi a côtoyé une orthophoniste en rééducation* » (M. Martin).

« *En classe de cinquième, j'avais entendu parler de ce métier, je crois que j'avais un petit cousin qui était suivi par une orthophoniste, et puis ça m'a attiré ce métier sur le langage, sur la parole, ça m'a fait envie* […] *Je me suis finalement renseignée assez tôt sur ce métier, plus sur quelques autres, puis je me souviens très clairement qu'en tout cas quand je suis entrée au lycée je savais clairement que je voulais faire ça. J'avais pu en rencontrer une aussi, enfin quand y'avait des portes ouvertes j'allais souvent rencontrer des métiers de la santé, mais particulièrement orthophoniste. Je savais que je voulais faire un métier de soin* » (Mme Fleury).

D'autres orthophonistes avaient été confrontées au **handicap d'un proche** (aphonie, infirmité motrice cérébrale) qui, sans être nécessairement suivi chez l'orthophoniste, avait influencé leur orientation ou leur **spécialisation dans le traitement de certaines pathologies** :

« *J'ai eu un père qui a eu beaucoup de périodes d'aphonie, donc peut-être que ça m'a aidé. C'est des périodes, il est resté jusqu'à neuf mois* [elle baisse la voix] *à parler comme ça, voix basse. Et donc, peut-être que…*
Q : Il faisait une rééducation ?
Non, non non, on lui a même pas proposé.
Q : Mais du coup vous avez peut-être été sensibilisée…
Voilà, ça m'a peut-être aidée dans l'orientation » (Mme Page).

« *Pour les pathologies je pense que ça a dû me venir de là, j'avais un cousin infirme moteur cérébral donc peut-être que… Voilà ça peut venir de là aussi, je sais pas, mais la neuro, le champ est tellement vaste que finalement moi j'ai fait tous mes stages là-dedans* […] *depuis que je travaille j'ai toujours fait des adultes en neuro, les enfants on en a moins* » (Mme Roux).

« *J'en ai entendu parler très jeune* [*du métier d'orthophoniste*] *parce que mon frère avait vu une orthophoniste pour un trouble d'articulation je devais avoir 6 ou 7 ans. Du coup la première orthophoniste que j'ai vu j'étais quand même assez jeune, et je pense que c'est un métier que j'ai toujours connu parce que c'est un peu au carrefour de la profession de mes deux parents : ma maman est professeur dans un collège et mon papa médecin généraliste.* » (Mme Lévêque).

D'autres interviewé-e-s encore avaient découvert le métier en ayant **elles-mêmes bénéficié d'une rééducation dans leur enfance**, ce qui était fréquent pour les orthophonistes-logopèdes formé-e-s en Belgique :

« *J'étais une grande dysorthographique. […] En France j'aurai jamais pu faire mes études parce qu'il y a un concours d'entrée, et en Belgique on vous dit juste que vous devez vous faire rééduquer. Et donc ça m'a servi pendant trois ans d'être suivie par une logopède, pour moi, d'être rééduquée* » (Mme Lesage).

« *Déjà quand j'étais enfant j'ai bénéficié d'une prise en charge orthophonique, une rééducation pour des troubles de la déglutition, donc ça a été une première découverte de ce métier. Mon frère cadet a eu besoin d'une prise en charge orthophonique parce que lui avait des soucis d'apprentissage, voilà. Donc j'ai connu l'orthophonie par ce biais, je me destinais pas du tout à ce métier puisqu'à la fin du lycée moi j'avais comme désir de devenir médecin* » (Mme Weber).

À défaut de transmission familiale directe, la rencontre avec l'orthophonie passait parfois par le biais du **capital social des parents**. C'était comme on l'a vu plus haut le cas de cet interviewé qui avait été en stage chez des « *amis de ses parents orthophonistes* », ou de cette autre interviewée dont la **marraine** était « *l'une des premières orthophonistes de France* » :

« *Ma marraine était une des premières orthophonistes de France, elle s'appelle ***. Elle était assez connue à l'époque, maintenant plus le temps passe moins elle est connue, mais bon c'était quelqu'un… Pour les vieux,* [*Pierre*] *Ferrand et tout ça, ils la connaissaient. Je crois même, je me demande dans les petites histoires qu'elle m'a donné y'a un personnage qui s'appelle ***, je me demande si ça vient pas d'elle enfin bon, c'est assez drôle, et je crois que j'avais jamais capté… Pourtant elle s'est beaucoup occupée de moi jusqu'à six ans. Donc le destin était aussi là !* » (Mme Blanchet).

Dans d'autres cas la relation était plus lointaine, comme chez cette interviewée qui avait découvert le métier auprès de la **marraine de sa sœur** :

« *J'ai la marraine de ma sœur qui est orthophoniste. Donc ça aide un peu, même si on la voit pas beaucoup.* […] *J'ai été en stage chez elle pour voir, et comme elle est en province elle fait beaucoup de domiciles, donc elle a pu me montrer différentes faces du métier* » (Mme Page).

Plus rare était l'hérédité familiale directe, comme chez cette interviewée de 40 ans établie en Essonne, qui avait un « *grand-père kinésithérapeute, une mère orthophoniste et une sœur ergothérapeute* », et qui se souvenait avoir joué avec les patient-e-s de sa mère orthophoniste dans son enfance, **à une époque où le cabinet et le domicile familial n'étaient pas encore séparés** :

« Q : Devenir orthophoniste, ça vous est venu comment ?
C'est familial, ma mère était orthophoniste. […] *Elle a eu son bac en 69 et diplômée trois ans après, donc elle a dû commencer en 72 ou 73. Elle est à la retraite de cette année* […]
Q : Donc quand vous étiez petite vous aviez le cabinet pas loin où vous étiez déjà allée ?
Elle travaillait à la maison. Donc effectivement avec les patients des fois je jouais avec eux dans le jardin quand ils attendaient leur rendez-vous. C'était un peu familial [rires]. […] *Et elle avait pas de ligne téléphonique particulière donc je répondais aux patients quand j'étais plus grande. À l'époque tout n'était pas séparé* » (Mme Orange).

Les interviewé-e-s faisaient part de deux motivations principales dans le choix du métier : **faire un métier de soin ou de la rééducation** pour les un-e-s (« *Je savais que je voulais faire un métier de soin* », « *J'ai toujours en envie de faire un métier dans le soin* […] si *on peut aider les gens, on peut aider les gens quoi* », « *J'étais vraiment parti plus vers le médical dans le sens où aider les gens ça me bottait bien* », « *le truc c'était vraiment de faire un métier de la rééducation, ce qui m'intéressait c'était le suivi avec les patients* », etc.), **travailler avec des enfants** pour les autres (« *Je voulais quelque chose qui soit avec des enfants mais pas que, et qui soit pour aider* », « *Ce que je voulais c'est travailler avec les enfants, c'était pas du tout la pathologie* », etc.). **Les deux intérêts se rejoignaient souvent** comme chez cette interviewée qui avait passé le concours avec un an d'avance à 17 ans et qui exerçait en libéral depuis qu'elle avait 20 ans dans différentes communes de Seine-Saint-Denis :

« *Moi j'ai toujours voulu être enseignante au départ instit, et puis en terminale par hasard j'étais au CDI et y'avait quand même la partie médicale qui m'intéressait, je voulais travailler avec des enfants alors après je me suis dit je pourrai être pédiatre, et puis en regardant les fiches je me suis dit qu'orthophoniste ça avait pas l'air mal, parce qu'en même temps ça faisait et la partie médicale, et la partie enfants* » (Mme Joubert).

La volonté d'« aider les autres » par son métier était une motivation très répandue, comme le montre *a contrario* ce témoignage d'une orthophoniste qui revendiquait maintenir « *une certaine distance* » avec ses patient-e-s :

« *J'ai pas du tout démarré avec un projet de vie, en même temps tout en étant quelqu'un de très pragmatique, mais comment dire… L'idée d'avoir une place sociale tout ça, c'est une chose qui fait que, avec les parents que j'ai eus et mon éducation et tout ça, ça m'a jamais traversé l'esprit.* […] *J'avais suffisamment avec mes soucis, j'avais pas envie de m'occuper des soucis des autres. Donc très souvent la motivation que j'entends*

d'"aider les autres", non moi c'était pas du tout ça. Et je pense que ça caractérise beaucoup ma façon de travailler après, ça donne une certaine distance qui est pas forcément mal » (Mme Blanchet).

2.3. L'évolution du métier : les études, la technique et l'humain

Les orthophonistes interviewé-e-s qui avaient été formé-e-s dans les années 1970-1980 ont presque toutes souligné un **relèvement important du niveau scolaire exigé** dans la formation de leurs jeunes consœurs et confrères aujourd'hui, que ce soit dans le niveau du **concours d'entrée** ou dans le niveau des **études** elles-mêmes :

« *Voilà, j'ai décidé de passer le concours y'a 34 ans, on le passait y'avait une dictée, c'était rien par rapport à maintenant, c'était vraiment un concours facile. Moi j'y suis allée j'avais 39 de fièvre en me disant "Je vais me planter, c'est pas grave je saurai ce que c'est l'année prochaine" et je me suis inscrite en médecine, en me disant au moins je ferai pas une année à glandouiller. Et je suis partie en vacances en Espagne et par hasard j'ai appelé une copine qui m'a dit "Mais non, t'es reçue"* » (Mme Joubert).

La même orthophoniste qualifiait à deux reprises de « **préhistoire** » la formation qu'elle avait reçu à Paris au milieu des années 1980 comme on peut le voir dans le long extrait d'entretien suivant, qui mérite d'être cité dans son entier tant il laisse entrevoir quelques-unes des évolutions fondamentales qu'a connu le métier sur les trente dernières années : **montée en puissance des neurosciences, recours croissant à la formation continue, égalisation des relations avec les stagiaires, normalisation des bilans et actes orthophoniques**, etc.

« *Les études ? Euh c'était bien mais j'ai l'impression que c'est la préhistoire quand je suis en train de vous parler, tout ce qu'on a appris est dépassé, vraiment. Mais heureusement qu'on se forme, moi je me forme tout le temps, et c'est pour ça que j'ai pris un boulot salarié parce que ça permet de voir d'autres choses, parce que toute seule là on se rabougrit un petit peu, voilà j'ai l'impression que c'est la préhistoire, et qu'en ce temps-là on prenait un peu les stagiaires… Bon assez de haut, j'ai l'impression de ça, on était pas vraiment intégré comme maintenant j'ai l'impression qu'on l'est au niveau des stagiaires. Et puis voilà c'est totalement dépassé, ça c'est sûr c'est un autre temps.*

Q : Dépassé dans les méthodes aussi ?

Complètement.

Q : C'était plus psy ?

Non c'était… C'était par exemple je vois tout ce qui est rééducation du langage écrit ou du langage oral, on avait l'impression presque d'être un peu proche de l'instit quoi, on était capable de faire des dictées aux enfants, des trucs comme ça. Maintenant y'a toutes les recherches au niveau des fonctions cognitives où on est autour, on ne travaillera jamais le langage écrit directement. On travaille tout ce qui est autour et puis on faisait pas obligatoirement les examens complémentaires qu'on demande maintenant, y'avait pas ces choses-là qui étaient aussi ancrées quoi, on avait pas cette démarche. Et puis les bilans [elle tape dans ses mains]*, les bilans avant…*

Q : C'était pas normé comme maintenant ?

Ah ben non. Je veux dire on voyait le gamin moi je vois bien mes comptes rendus de bilan, déjà c'était à la main, et c'était vraiment "Il sait à peu près lire gnagnagna", maintenant on est effectivement dans des trucs très étalonnés mais à la limite c'est très bien hein. Je sais que y'a des orthos qui n'ont pas pris ce virage-là, il en reste, mais voilà les bilans ça n'a plus rien à voir. » (Mme Joubert).

L'extrait ci-dessus révèle également l'existence d'un **conflit générationnel latent** entre les orthophonistes converti-e-s aux méthodes de rééducation issues des dernières recherches en **neurosciences** (« *Maintenant y'a toutes les recherches au niveau des fonctions cognitives* ») et certain-e-s des orthophonistes issues des anciennes générations (« *Je sais que y'a des orthos qui n'ont pas pris ce virage-là* »), formées à une époque où le rôle de l'orthophoniste se distinguait difficilement de **l'instituteur-trice** (« *on avait l'impression presque d'être un peu proche de l'instit quoi, on était capable de faire des dictées aux enfants, des trucs comme ça* »). Plusieurs orthophonistes ont évoqué l'existence d'un tel conflit entre les modernes et les ancien-ne-s resté-e-s dans la « **naphtaline** », pour reprendre l'expression utilisée par une orthophoniste lors d'une réunion du comité de pilotage de l'enquête.

Toujours selon Mme Joubert, alors que le métier s'apprenait « **en le faisant** » pour sa génération, les orthophonistes de la nouvelle génération qu'elle recevait comme **stagiaires** lui semblaient être particulièrement « **savant-e-s** » :

« *Quand je compare – je reçois des stagiaires assez régulièrement – quand je compare le contenu de mes études avec le leur je me dis qu'est-ce qu'elles sont savantes par rapport à moi, elles vont arriver avec plein de connaissances que moi j'avais pas…*

Q : C'est vrai ça a évolué aussi rapidement ?

Ah ouais ça a beaucoup évolué, ça a beaucoup évolué. Moi j'ai vraiment eu l'impression d'apprendre mon métier en le faisant. Moi j'ai eu la chance de commencer à travailler comme collaboratrice chez une orthophoniste qui était extrêmement compétente et qui partageait volontiers, c'est quasiment avec elle que

j'ai appris mon métier. Je pense que quand j'ai été diplômée j'étais capable de l'apprendre, voilà. Moi j'ai eu l'impression que mes études d'orthophonie m'avaient servi à acquérir les bases qui allaient me permettre d'apprendre mon métier après. Alors que maintenant les étudiantes j'ai l'impression qu'elles ont un bagage beaucoup plus important que le mien. » (Mme Joubert).

Les orthophonistes qui s'opposaient à ces évolutions invoquaient souvent la **prééminence de l'humain sur la technique** pour justifier leur résistance, à l'image de Mme Blanchet qui avait travaillé comme animatrice socio-culturelle dans le monde du théâtre pendant une dizaine d'années avant d'obtenir son diplôme d'orthophoniste en 1992, et qui partageait son cabinet et sa résidence principale dans un appartement donnant sur un vaste jardin insoupçonné, au rez-de-chaussée d'un petit immeuble situé en face d'une cité de grands ensembles de Seine-Saint-Denis. Évoquant une de ses consœurs que nous avions interviewée comme étant plus proche du pôle « technique » de la profession, elle revendiquait pour elle-même une position d'« **artisan** », contre l'« **entreprise** » représentée par cette dernière :

« *Vous avez vu Mme *** ? Ben elle et moi on a pas du tout la même façon de travailler. […] Elle, elle est à l'aise en groupe, elle a une dynamique qui est très intéressante aussi, on a chacun nos qualités. Et elle a une technique sur plein de domaines que moi j'ai pas […] Alors là c'est le jour et la nuit, moi je suis l'artisan et elle c'est l'entreprise quoi. Non on a pas du tout la même façon de travailler, mais les deux sont valables pour moi* » (Mme Blanchet).

Mme Blanchet concluait ainsi l'entretien par cette confidence : « *Pour moi un patient c'est sacré* », avant de proclamer, une fois l'enregistreur éteint : « *Le subjectif doit prendre le dessus sur la technique* ». **Ces oppositions ne recoupaient que partiellement les différences de générations** : des orthophonistes entré-e-s plus récemment dans la carrière comme Mme Fleury pouvaient aussi revendiquer « *plus d'humain dans la soin* », contre la vision d'une orthophoniste qui suivrait plein de patient-e-s en même temps « *comme les élevages en batterie* » portée par l'essor de la e-santé :

« *Le travail change, et il va falloir s'y adapter, mais d'après moi pas s'y adapter en faisant un logiciel d'orthophonie à distance parce que c'est ça qui est en train de se passer, y'a e-orthophonie, qui est sorti, avec la promesse de pouvoir suivre plein de patients en même temps, vous voyez comme les élevages en batterie-là – justement je pense qu'il faut plus d'humain dans le soin donc là je suis un peu remontée sur le sujet – et donc la promesse c'est que justement, comme il y a plus assez d'orthophonistes, l'orthophonie ça serait que des exercices à faire. Ce serait juste des données. Ce qui est un peu à la mode aujourd'hui, tout est transformé*

en données, or non moi quand je rencontre des gens, je rencontre des gens. Je rencontre des humains avec leurs problématiques, avec leurs imperfections, avec leurs désirs, toute la complexité de l'humain quoi » (Mme Fleury).

Il serait tout aussi faux d'opposer un âge d'or « humaniste » de la profession à un présent crépusculaire qui verrait la « technique » l'emporter sur toute considération humaine. Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce rapport, **l'intégration sociale des personnes handicapées est une tendance historique lourde que l'essor de l'orthophonie a accompagné**, ainsi que le montre l'expérience de Mme Guérin, qui avait débuté sa carrière en exercice mixte au début des années 1980, partageant ses journées entre son cabinet et un hôpital psychiatrique de l'Oise où elle avait été témoin du mouvement d'**ouverture de la psychiatrie**, laquelle avait dépassé les seules **activités occupationnelles** (« *Comment occuper ces enfants autrement qu'en les laissant regarder les catalogues toute la journée ?* ») pour reconnaître le **droit à l'éducation des enfants handicapé-e-s,** depuis inscrit dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées dite « Loi Handicap » :

« *Avant on éduquait pas ces gens-là. Quand vous voyez à la télé un reportage sur un enfant autiste, il va à l'école, il a un code de communication, il a une tablette…Mais ça fait quoi, ça fait quinze ans, vingt ans* […] *Maximum. Quand j'ai commencé à travailler en psychiatrie, on faisait de l'occupationnel. Les infirmiers, les éducateurs, faisaient de l'occupationnel. C'était toute la journée avec un catalogue de* La Redoute […] *Toute la journée ils tournaient les pages. Ce qui comptait c'est qu'ils fassent pas de bruit, se mutilent pas, et qu'ils fassent pas caca partout. Ça c'était ça l'ambiance de la psychiatrie à une époque.*

Q : Ça a changé quand donc il y a une vingtaine d'années ?

Oh quand même un petit peu avant parce qu'il y a eu les hôpitaux de jour. Avec l'ouverture de la psychiatrie, y'a eu quand même quelque chose qui s'est passé […] *Quand je suis arrivée à l'hôpital à* [Ville], *la première chose qu'on m'a demandé de faire c'est d'aller au vestiaire. J'ai récupéré ce qu'on appelait une capote, c'est-à-dire le grand manteau bleu marine, et un double tablier : une blouse et un tablier par-dessus, un petit peu comme les bouchers. Et tout de suite après je suis passée à la serrurerie. Et là on m'a donné un trousseau de clés. Un kilo. Un kilo de clés. Parce que sur le trousseau de clés il y avait les clés de tout l'hôpital. C'était la tradition.* […] *Donc avec les changements des professionnels, l'ouverture de la psychiatrie, moi je suis arrivée en 81 à l'hôpital, ça a un petit peu changé on s'est posé la question de "Comment occuper ces enfants autrement qu'en les laissant regarder les catalogues toute la journée ?"* » (Mme Guérin).

Mme Guérin rappelait dans le même entretien une dimension importante du rôle social de l'orthophoniste, qui était d'**accompagner ses patient-e-s vers une relative « autonomie » pour soulager les familles et les aidants.** Ainsi l'accompagnement des personnes âgées atteintes de **maladies neurodégénératives** se justifiait davantage selon elle d'un point de vue « **humain** » que d'un point de vue strictement « **rééducatif** » :

> « *Il y a un moment où ça se conçoit plus de soutien orthophonique ou de la rééducation chez les personnes âgées, Alzheimer ou Parkinson, à moins de faire de l'accompagnement jusqu'à… Jusqu'à la mort quoi, y'a un moment où ça sert plus à rien quoi – ça sert plus à rien d'un point de vue rééducatif. D'un point de vue humain, soutien des aidants, conseil c'est toujours justifié. Mais dans la prise en charge avec le patient lui-même, c'est moins justifié.* » (Mme Guérin).

La question se posait également pour les **enfants atteint-e-s de déficience intellectuelle ou de troubles du comportement sévères**. Si l'orthophoniste ne pouvait espérer les amener à « **l'autonomie totale** », elle pouvait au moins les amener à « **exprimer des besoins** » ce qui était vécu comme un point essentiel pour **soulager les familles** :

> *« J'aime bien quand y'a des troubles du comportement, ou quand y'a une déficience intellectuelle. J'ai pas beaucoup de petits mignons tous propres, autistes mais qui vont pouvoir communiquer et devenir des super-bêtes en mathématiques ou en physique, ou en dessin… Non, j'ai pas beaucoup ce type de patients, plutôt des régressifs.* […] *Un moment je me suis vraiment posé la question, si j'avais pas choisi ce type de patients parce que de toute façon, on arriverait pas à les emmener à quelque chose d'extraordinaire.* […] *Je me dévalorisais un petit peu quand même.* […] *Je pense que quel que soit le travail qu'on peut faire avec ceux-là, bien sûr on les amènera pas ni à la lecture ni à l'autonomie totale, mais déjà qu'ils réussissent à exprimer des besoins, c'est essentiel. C'est essentiel pour eux, c'est essentiel pour la famille.* » (Mme Guérin).

Cette **justification sociale de l'activité** allait apparaître plus clairement quelques semaines après cet entretien quand nous avions revu Mme Guérin pour passer des questionnaires aux patient-e-s de son cabinet et à leurs accompagnants[9]. Alors que nous venions de nous entretenir avec la mère de l'un de ses patients autistes âgé de 17 ans, une femme au foyer vivant seule avec ses deux enfants et disposant de peu de ressources, Mme Guérin nous expliquait que **le seul moment de la semaine où celle-ci disposait de temps libre, sans devoir s'occuper en permanence de son fils, était pendant les 45 minutes où ce dernier était suivi au cabinet**. Ainsi, quand la plupart des

[9] Sur cette enquête, voir *infra*.

accompagnants demeuraient en salle d'attente le temps de la séance, il arrivait souvent à celle-ci de sortir faire des courses, ou juste de s'asseoir sur un banc pour se reposer dans le parc d'en face, pendant que son fils était pris en charge.

2.4. L'orthophoniste, un-e clinicien-ne comme les autres ? La revendication d'une identité professionnelle et d'une déontologie

L'un résultats qui nous ont le plus frappé quand nous avons débuté les entretiens et interrogé les orthophonistes sur le contenu théorique de leur **formation** ou sur les **méthodes** de rééducation qu'ils ou elles privilégiaient, était leur attachement à leur **expérience clinique**. Celle-ci va de pair avec une grande **diversité** des situations rencontrées (immanquablement présentées comme une « richesse » du métier) et des **solutions pratiques** mises en œuvre (toujours « en fonction du patient »). On retrouve ici l'approche « centrée patient » qui caractérise, depuis quelques années, d'autres professionnel-le-s de santé, comme les médecins généralistes :

> « *J'ai pas de méthodes en particulier. Enfin j'ai fait beaucoup de formations donc j'ai beaucoup d'outils, mais après l'outil il est fonction du patient* » (Mme Weber).

> « *J'utilise en fonction du patient, y'a des patients plus réceptifs que d'autres à certaines méthodes* » (M. Martin).

> « *C'est vraiment en fonction de la pathologie, en fonction de la personne, en fonction de ses prérequis, de ce qu'elle peut faire, de ce qu'elle peut pas faire, de la situation, de ce dont elle a besoin, de ce qui est accessible, pas accessible* » (Mme Renaud).

> « *Je m'adapte, je m'adapte au patient. Chaque personne va être plus sensible peut-être à l'auditif, au visuel et en fonction de ça et de ce qu'il y a à travailler je vais utiliser le canal le plus adapté* » (Mme Marchal).

> « *Au cours d'une même séance, on passe son temps à s'adapter. C'est ce que je leur dis "Aujourd'hui, on va faire du sur mesure, cousu sur l'année"* » (Mme Roux).

> « *Je tiens pas particulièrement à mettre tous mes œufs dans le même panier, maintenant, faut quand même un tout petit peu être aguerri aux méthodes qui sont préconisées on va dire, et qui ont surtout fait leurs preuves* » (Mme Perrot).

Cet attachement à l'expérience de première main du ou de la praticien-ne, aux méthodes « *qui ont fait leurs preuves* » par opposition à la connaissance théorique ou livresque du ou de la savant-e, renvoie à ce que le sociologue Eliot Freidson appelait la « **mentalité du clinicien** » (*clinical mentality* ou *clinical mind*) dans ses enquêtes sur les médecins américain-e-s des années 1960 [Freidson, 1970 : 68-69]. L'identité professionnelle du ou de la clinicien-ne se définit ainsi sur le modèle de ce que Freidson appelait les « **professions consultantes** » (*consulting professions*), tournées vers une **relation de service** à destination de client-e-s profanes, par opposition aux « **professions savantes** » (*learned professions*), qui ont pour premiers client-e-s leurs collègues auprès desquel-le-s elles font valoir un savoir ésotérique.

Ainsi, lorsque l'on demandait aux enquêté-e-s de revenir sur ce qui les avaient marqué-e-s pendant leurs études, les orthophonistes parlaient avant tout de leurs **premières expériences cliniques lors des stages en milieu hospitalier**, vécues sur le mode d'une révélation (« *le grand choc avec la pathologie* »), notamment en service de **neurologie ou de réanimation auprès de jeunes enfants** :

> « *J'ai fait des stages en clinique de réadaptation* […] *qui recevait des patients, surtout des patients AVC, donc de la neuro. Donc là c'était quand-même le grand choc avec la pathologie, c'était très formateur* […] *Surtout que c'était des patients jeunes, des pathologies lourdes effectivement, mais très, très formateur j'ai beaucoup aimé, d'ailleurs vous voyez je fais toujours de la neuro donc c'est bien* » (Mme Gautier).

> « *J'étais dans l'hôpital avec les deux orthophonistes qui travaillaient auprès des enfants, c'étaient des enfants qui avaient eu soit des grosses pathologies neurologiques, soit des accidents, des traumas, des choses comme ça. Y'avait une petite partie… Y'avait un enfant qu'elles allaient voir en réa je me souviens c'était assez… Un petit garçon qu'était dans le coma, c'est difficile…* » (Mme Roux).

> « *J'ai été très marquée par mes stages en neurochir, parce que y'avait beaucoup d'accidentés jeunes, ça ça m'avait beaucoup marqué, et aussi par l'ORL, tout ce qui était cancéro, laryngectomie, ça m'avait tellement marqué que l'année d'après j'avais arrêté de fumer, définitivement* [rires], *c'était le bon côté des choses* » (Mme Lesage).

> « *On était envoyé par exemple en réanimation, c'est troublant quand même. On est dans des rapports de vie et de mort* […] *on sentait bien que le patient était complètement dépendant du corps médical, ça c'est des choses quand on a 25 ans on est pas préparé à ça* » (Mme Perrot).

Cette insistance sur l'expérience clinique rejoignait ce que le sociologue interactionniste Erving Goffman appelait le « **travail sur l'homme** » dans son étude sur les hôpitaux psychiatriques et autres institutions totalitaires, qui se différencie du travail sur l'objet inanimé en ce que « la personne est presque toujours considérée comme une fin en soi » [Goffman, 1968 : 123]. Dans cette perspective, **les méthodes de rééducation n'étaient qu'un moyen en vue d'accomplir un « travail sur l'homme » comme fin**. Comme le disait une orthophoniste, « *la maladie elle est là, certes, mais on s'adresse à une personne et du coup on fait pas de la mécanique* » :

> « Q : Est-ce que vous privilégiez une méthode de rééducation en particulier ?
> *Tout ce qui marche c'est bien.*
> Q : Tout ce qui marche, vous faites au cas par cas…
> *Ah oui oui, moi j'ai pas de… J'ai jamais… Enfin à partir du moment où c'est un truc un peu… Voilà une école de pensée machin et tout, ça me dérange. Moi j'ai toujours été cherché un peu partout et quand ça marche.* […] *Je crois que c'est la particularité de l'orthophonie, franchement parce qu'on est dans la communication on s'adresse à une personne, et pas à un trouble ou à une maladie — la maladie elle est là, certes, mais on s'adresse à une personne et du coup on fait pas de la mécanique, on est obligé de se servir de tout* » (Mme Roux).

Si le diagnostic orthophonique se construisait par la passation de bilans normés, qui devaient respecter depuis quelques années une architecture rédactionnelle, **l'élaboration du diagnostic ne pouvait reposer uniquement sur des outils techniques ou des « systèmes experts »** [Cicourel, 2002b] mais était bien une **activité collective, centrée sur la personne**, qui nécessitait la coordination de différent-e-s professionnel-le-s de santé et qui était toujours susceptible d'évoluer dans le temps :

> « O*n peut commencer une rééducation, et s'apercevoir que ça évolue pas après comme on pensait. Et là, là on peut envoyer. Collègues ou hôpital, souvent je demande au bout d'un moment un bilan psychométrique, savoir si ce gamin il est dans la normalité au niveau QI, audiogramme moi je le demande avant, systématiquement. Dès qu'on m'appelle je demande un audiogramme. Donc le QI, par exemple moi j'ai un enfant les dysphasiques, pour poser le diagnostic faut quand même être sûr de soi, donc j'envoie chez un pédiatre, un neuropédiatre, qui regarde, qui fait un électro-encéphalogramme et ainsi de suite et quand on me dit "Ben non, y'a rien… _Et ben voilà, il est peut-être dysphasique cet enfant", voilà* » (Mme Joubert).

Pour d'autres orthophonistes **le diagnostic était inséparable de la rééducation en elle-même**, un **lien émotionnel** fort se développant avec l'enfant dès la passation du bilan :

> « *J'estime que dans un bilan y'a vraiment déjà plein de choses que l'on voit indépendamment des tests et des résultats, au niveau de la relation, au niveau… émotionnel, de l'enfant, y'a vraiment un lien qui se créé à ce moment-là, et moi je sais que je n'aime pas créer ce lien et dire "Ah ben non, c'est quelqu'un d'autre qui va s'occuper de toi".* » (Mme Lesage).

Quand nous leur demandions de décrire en quelques mots leur **patientèle,** les orthophonistes insistaient, toutes et tous, sur sa très grande **diversité**, comme si celle-ci était irréductible à une catégorisation sociologique :

> « *La patientèle elle est variée, j'ai tous les niveaux sociaux* » (Mme Weber).

> « *Ce qui fait que je trouve que c'est intéressant de travailler ici c'est qu'on a quand même une diversité de personnes, on a des gens riches on a des gens de classe moyenne on a des gens modestes et on a des gens pauvres, voilà c'est une grande diversité de population.* […] *C'est très hétérogène. Très, très* » (Mme Perrot).

Aussi ces descriptions générales cédaient souvent la place à des **descriptions de cas** :

> « *J'ai de tout. Ça va de l'hôtesse de l'air à Air France, au médecin, à l'employée, la femme de ménage, aux personnes qui n'ont pas de travail parce qu'elles ont été licenciées, c'est vraiment très vaste, ça englobe ici une population vraiment très riche et très diverse même au niveau des cultures, j'ai des gens de toutes origines* […] *En ce moment je fais une rééducation d'un petit patient autiste de trois ans, dont la maman est Chinoise, née en Chine arrivée ici il y a trois, quatre ans, et parle très peu le français, c'est assez… Sympa* [rires] *et très costaud pour se faire comprendre. C'est vraiment très, très varié* » (M. Martin).

Si tou-te-s les orthophonistes interviewé-e-s revendiquaient la primauté de leur expérience clinique sur le **modèle de la profession médicale**, certain-e-s faisaient également valoir leur appartenance aux **professions libérales**, tant pour l'autonomie dans le travail et la **liberté** de disposer de son temps qu'offre le mode d'exercice libéral (en permettant par exemple d'exercer à mi-temps en « pré-retraite » ou pour s'occuper d'un jeune enfant), que pour les **perspectives financières** qu'il offre :

« *Le libéral me convenait, d'un point de vue personnel, très bien, voilà la liberté que ça offrait* » (Mme Lesage).

« *Je suis d'un caractère assez indépendant donc en fait à 24 ans je travaillais pour moi* » (Mme Fleury).

« *Très vite j'ai su que je ne voulais pas être salariée, que le fonctionnement en structures n'allait pas du tout, à partir des stages que j'ai pu faire, sans même parler du côté financier que je trouvais ridicule* » (Mme Weber).

Pour la génération des orthophonistes femmes nées dans les années 1950, la possibilité de **disposer librement de son temps** (« *j'avais cette obligation personnelle de temps, d'avoir du temps* ») permettait aussi de vivre une certaine **émancipation** par rapport aux contraintes sociales qui avaient marqué la génération précédente :

« *J'ai pas du tout démarré avec un projet de vie, en même temps tout en étant quelqu'un de très pragmatique. Comment dire, l'idée d'avoir une place sociale tout ça, c'est une chose qui fait que, avec les parents que j'ai eus et mon éducation, ça m'a jamais traversé l'esprit. J'ai eu une histoire qui faisait que… Mais par contre avec une réalité concrète très fort c'est-à-dire qu'il fallait pas manquer d'argent »*, plus loin : « *J'avais pas d'enfant, pas de famille, donc vous voyez, j'avais pas d'obligation matérielle très forte hein, par contre j'avais cette obligation personnelle de temps, d'avoir du temps. Le but c'était d'avoir du temps, de pouvoir faire autre chose, pas que ça. Je me souviens même pas d'avoir pris la décision* [*de l'exercice libéral*] *tellement c'était évident. On m'aurait dit qu'il fallait que j'aille en hôpital j'aurais pas dit non forcément si vous voulez, mais de toute façon il y avait rien qui allait contre cette direction donc ça s'est fait facilement* » (Mme Blanchet)

D'autres orthophonistes qui avaient connu des exercices mixtes ou salariés sont partagé-e-s entre leur **intérêt pour le travail en équipe ou de recherche** en institution et les **contraintes organisationnelles de l'exercice mixte** :

« *Intérêt professionnel, travail en équipe, formation continue, travail de recherche,* […] *c'était passionnant* » (Mme Gautier).

« *Le luxe de l'institution de pouvoir s'enfermer dans une pièce et de parler deux heures ensemble.* […] *Je me suis beaucoup partagée entre l'intérêt et la découverte et le plaisir de travailler dans ces conditions, et le*

fonctionnement de la grosse machine que peut être l'hôpital, de ce que c'est d'être fonctionnaire malgré tout » (Mme Perrot).

« *Dans les EHPAD comme ça, c'est les rois de la réunionite. Ils sont en réunion tout le temps, et moi ce qui m'intéresse c'est le patient* » (Mme Lesage).

Plusieurs enquêté-e-s sont ainsi revenu-e-s sur la **charge administrative** représentée par l'exercice libéral, notamment au démarrage de l'activité :

« *J'avais peur du côté administratif, qui me paraissait insurmontable* » (Mme Perrot).

« *Compta, compte rendu de bilan, les impôts à déclarer, des factures à payer, des courriers aux mutuelles, des courriers à la Sécu, les demandes d'entente à envoyer, j'en passe et des meilleures, de temps en temps une instit qui appelle, un coup de fil à un médecin. Y'a de l'occupation* ! » (M. Martin).

L'exercice libéral en maison de santé se révèle ainsi un compromis efficace pour allier l'enrichissement intellectuel du travail en équipe et l'attractivité financière de l'exercice libéral, comme chez d'autres professions de santé dont le renouvellement générationnel pose question dans certaines zones périurbaines ou rurales, à l'instar des médecins généralistes :

« *Il y a quelques années avoir un exercice mixte, qui me paraissait très enrichissant, salarié/libéral. Je me rends compte que c'est pas possible, le libéral on a beaucoup de choses à gérer* […] *Et salarié dans le sens où on est dans des hôpitaux, l'exercice est très enrichissant, mais d'un point de vue financier est beaucoup moins attractif,* […] *c'est pour ça que je me suis lancé vers l'exercice libéral mais en maison de santé, je me dis que c'est peut-être un bon compromis d'avoir cette pluridisciplinarité* » (M. Martin).

La majorité des orthophonistes interviewé-e-s **partagent leur cabinet avec un collègue**, à titre d'associé-e ou de collaborateur-trice en s'acquittant d'une redevance, ce qui peut donner lieu à des phénomènes de **spécialisation informelle** :

« *Lui il est dyscalculie, moi je suis tout. Omnipraticien* » (M. Martin).

« *Ma collègue a plus d'enfants autistes, et handicapés, moi j'ai plus d'adultes* […] *je suis passé à autre chose, c'est la richesse de notre métier de pouvoir aussi allez là où on a envie* » (Mme Weber).

« *On voit en fonction, j'ai une collègue qui aime plus les petits donc on va plus lui orienter les petits, moi je suis plus spécialisée dans les troubles de la lecture et de l'écriture, donc les défauts d'apprentissage, ma collègue qui vient d'arriver elle est plus sur la logico-mathématique* » (Mme Page).

Plusieurs orthophonistes disent aussi s'appuyer sur leurs collègues non seulement pour partager des informations ou des conseils, mais pour **échanger mutuellement leurs patient-e-s** :

« *On mangeait le midi au moins une fois par semaine, pour se parler des cas, pour… Je lui disais "Oh la la, j'arrive à rien avec celui-là tu veux pas le prendre ?" "Oui mais alors tu me prends celui-là", voilà !* » (Mme Gautier).

« *On peut s'appeler pour des cas, parce que des fois on peut être coincé, on a pas forcément d'idée, ou pour échanger, pour dire "Voilà, est-ce que t'as pas de la dispo ?"* » (Mme Weber).

La fréquence des **relations formelles** (syndicat, associations professionnelles, « réunions de synthèse ») **ou informelles** (dîners, coups de téléphone) **entre collègues**, souvent étendus à d'autres professions de santé, explique sans doute que l'identité professionnelle des orthophonistes interviewé-e-s s'appuie sur des **règles déontologiques largement partagées** bien que souvent implicites, tant il est vrai que la régulation éthique d'une profession est moins une affaire de « morale » personnelle que d'organisation du travail [Freidson et Rhea, 1963]. Quasiment tou-te-s les orthophonistes interviewé-e-s avaient ainsi évoqué le problème déontologique qui consisterait à faire passer des **bilans sans possibilité de suivi** :

« *Ici au cabinet, après je sais pas comment fonctionnent mes autres collègues mais généralement, si c'est un bilan urgent, y'a une prise en charge ensuite, si c'est un bilan moins urgent qu'on fait pendant les vacances, si y'a besoin il faut attendre un peu, et si y'a pas besoin, y'a pas besoin. Mais on dit jamais "Vous vouliez un bilan, y'a besoin mais allez voir ailleurs nous on vous prendra pas"* » (Mme Weber).

« *J'ai pas le temps de caler un bilan. Et si le bilan est positif tant mieux, si le bilan est négatif, il a besoin d'une prise en charge, je vais dire au patient "OK votre enfant a un problème, on va trouver un orthophoniste moi j'ai pas de place pour le prendre" et ça déontologiquement… J'ai des collègues qui le font mais…Mais non, quand j'ai un absent ben voilà, tâches administratives tout ça, quand j'ai deux absents, trois absents*

d'affilée pourquoi pas. Là je peux prendre un bilan tout en prévenant le patient "Oui je fais un bilan, mais je pourrais peut-être pas le prendre après si c'est positif" » (M. Martin).

Une autre de ces règles déontologiques largement partagée, quoi qu'implicite, consistait à **refuser de prendre des patient-e-s trop éloigné-e-s du cabinet** :

« *Si j'avais vu que l'adresse était au fin fond de l'Oise, je leur aurai dit "Non mais cherchez autour de chez vous", c'est pas… Moi je suis pas là pour avoir un môme qui dort sur la table* » (Mme Page).

« *J'encourage pas trop les gens à venir de trop loin parce que c'est pas faisable à long terme. Faut se mettre à leur place hein* […] *Moi des fois ça me rend malade, les trajets que font les gens* » (Mme Gautier).

On mesure ici l'impact, en termes de conditions de travail et de qualité de la prise en charge, d'une **offre restreinte** liée à la démographie et aux zones d'installation de la profession en Ile-de-France : le caractère « sous doté » d'une zone élargit *de facto* le périmètre de la patientèle, ce qui **entre en tension avec les conditions d'une *bonne* prise en charge** aux yeux des orthophonistes interviewé-e-s.

Plusieurs enquêtées ont également fait part à ce sujet de leur sentiment d'une **dégradation de leurs « rapports confraternels » avec la nouvelle génération d'orthophonistes**, qui était parfois vécue comme une **menace sur la déontologie** de la profession :

« *J'ai l'impression que ça se perd un peu aussi les rapports confraternels. C'est oublié ça dans l'éthique professionnelle, dans la déontologie* […] *Parce que dans le temps quand on s'installait on allait voir les collègues. On se présentait aux médecins, on se présentait aux collègues. Et les rapports de bonne confraternité c'était ça. Maintenant, on peut mettre sa plaque n'importe où* […] *on aura de la patientèle. Comme y'a une pénurie partout, donc plus besoin de causer à personne. Même pas aux médecins. Les médecins me disent d'ailleurs, plus personne ne se présente.* » (Mme Gautier).

2.5. Ni « psy », ni « pédagogue » : la gestion des conflits de juridiction

L'identité professionnelle des orthophonistes ne se définit pas uniquement en référence à la figure valorisée du « médecin », mais aussi en **opposition aux figures du « psychiatre » et du**

« pédagogue » [Barrusse et Vilboux, 2016a], qui étaient constituées en repoussoirs par certain-e-s interviewé-e-s :

> « *Moi je me prends pas pour une psy* [grave]. *Je suis pas psy. Je suis orthophoniste. Non mais j'écoute les gens, mais c'est pas moi qui va me prendre pour une psy* » ; plus loin dans le même entretien : « *Je suis un peu circonspecte avec les enseignants qui comprennent pas toujours le sens de notre travail, qui nous prennent soin pour des super-pédagogues* » (Mme Gautier).

Les **conflits de « juridiction »** [Freidson, 1970 ; Abbott, 1988], ces luttes professionnelles visant à la défense d'un domaine d'expertise contre l'intrusion d'autres professions (appelées par euphémisme les « partenaires »), sont cependant plus fréquents avec **l'institution scolaire** qu'avec la **psychiatrie**, qui semble avoir définitivement perdu du terrain au profit des **sciences cognitives** dans la formation comme dans la boîte à outils des orthophonistes [Morel, 2010], comme en témoignent plusieurs enquêté-e-s qui avaient vécu cette transformation de l'intérieur, s'agissant par exemple des débuts du traitement de la maladie d'**Alzheimer** dans un grand hôpital psychiatrique :

> « *C'était l'époque où Alzheimer on la diagnostiquait chez les personnes jeunes, après les vieux on disait c'est une démence sénile, après ça a évolué. Et lui* [*le professeur*] *il a tout de suite pensé que l'orthophonie ça pouvait rendre des services, plus que le psychologue. Parce qu'il y a quand même eu beaucoup d'hypothèses sur le dérèglement psychique, au début, puis ensuite ça s'est affiné, c'était l'époque où on commençait à connaître un peu Alzheimer.* » (Mme Gautier).

Une **ascension irrésistible de la neurologie** était décrite par une autre enquêtée, au sujet du traitement de l'**hyperactivité** dans un CHU parisien :

> « *Je suis arrivée au moment où la neurologie avait déjà pris l'ascendant sur tout ce qui était de l'ordre de la prise en charge de l'enfant* […] *C'était l'école américaine : les nouvelles tendances, le cognitif, les neurosciences – on appelait pas ça comme ça à l'époque –, les bilans normés, les traitements médicamenteux, moi je participais par exemple en tant que stagiaire on nous demandait de faire des évaluations, juste des passations sur des questionnaires type, ça s'appelle le "Conners" et c'était pour la Ritaline, dont on a beaucoup parlé ensuite, l'hyperactivité, c'était vraiment les premiers protocoles en France, donc on était vraiment loin, loin de l'orthophonie qui était sortie des grandes institutions psychiatriques et autres, on quittait le relationnel pour le pure rééducatif* » (Mme Perrot)

Globalement rejetées pour leur valeur thérapeutique (« *ce n'était pas pertinent* » avait simplement répondu une interviewée au sujet de l'abandon de la méthode Foucambert dans l'apprentissage de la lecture), les usages des « **méthodes relationnelles** » semblent ainsi se limiter à l'**accompagnement du ou de la patient-e** :

> « *Globalement c'est quand même des prises en charge qui ont un lien au niveau cognitif, neuropsychologique, sur les fonctions exécutives, des choses comme ça.* […] *Voilà, moi je suis quand même relativement dans une démarche de quoi il* [le patient] *a besoin pour réussir cette tâche-là, et on vérifie si tout fonctionne ou pas, et petit à petit… Mais ça n'exclut pas, c'est pas anti-relationnel, c'est juste que voilà si le patient aphasique il arrive en pleurant parce qu'il a pas su commander sa baguette à la boulangerie, ou la personne bègue parce qu'elle n'a pas su dire « pain » et qu'elle s'est retrouvée avec une miche parce que c'est le seul mot qu'elle a réussi à avoir, et ben on va parler, on va déjà discuter du ressenti, des émotions, parce que de toute façon sinon on peut pas travailler, parce qu'elle sera toujours préoccupée, voilà, ça va ensemble* » (Mme Weber).

L'institution scolaire fait l'objet d'un rejet plus massif, marquant une volonté ancienne de la profession de se distancier à l'égard de l'école [Woolven, 2015] : les orthophonistes interviewé-e-s évoquaient sans exception des « **rapports compliqués** » avec l'Éducation nationale, voire marqués par la « **confrontation** », faisant part de leur sentiment de « **ne pas être compris** » par les enseignant-e-s, de « **perdre du temps** » dans les réunions avec les **équipes éducatives**, sans voir leurs efforts reconnus en contrepartie. Nombreux-ses étaient les orthophonistes qui disaient alors avoir **renoncé à se battre contre l'école** :

> « *On est pas sur la même longueur d'onde. Donc c'est compliqué, on a des rapports compliqués avec le corps enseignant. Par ignorance, la plupart du temps* […] *On arrive plus à se parler à un moment. Là moi le dernier, la dernière chose où je finis par dire "Bon ben stop, on arrête", parce que ça sert à rien, voilà, je suis pragmatique, j'ai pas le temps. J'en ai marre de gaspiller ce temps-là, c'est les rapports avec le collège.* » (Mme Perrot).

> « *Au niveau de l'enseignement ça suit pas. C'est-à-dire qu'on va pénaliser l'orthographe mais seulement au niveau de la préparation on fait plus de dictées tous les jours* […] *Par contre, on va plus faire de dictées, en 6e ils font plus de dictées ils font du français, mais y'a le brevet. Et y'a quand même une dictée. Mais c'est pas une aberration ?* […] *Donc là je me bats un peu, j'ai pas envie de me battre contre des moulins à vent non plus, je préfère dépenser mon énergie pour des choses qui peuvent être réparables* » (Mme Bouvier).

« *Au début j'allais aux équipes éducatives pour des patients qui étaient vraiment de gros, gros cas, maintenant j'ai plus le temps… C'était bénévole hein, c'était bénévole, nous on était pas du tout rémunérés là-dessus, du coup j'étais obligé d'annuler des patients, je prenais du temps sur mon travail, mais l'école trouvait ça normal* » (M. Martin).

Parmi les plaintes les plus fréquemment adressées à l'égard de l'Éducation nationale, les enseignant-e-s se voyaient reprocher de **déléguer leurs missions d'apprentissage** aux orthophonistes :

« *C'est pas toujours facile pour eux de comprendre pourquoi on apprend à lire à un gamin, alors qu'eux c'est leur boulot de leur apprendre à lire* » (Mme Gautier).

« *Moi je ne peux pas faire grand-chose dans le sens où faudrait que j'intervienne dans la classe et c'est pas mon rôle quoi, le souci ça se situe à l'école c'est pas vraiment de la rééducation dont il besoin* » (M. Martin).

« *Dès qu'un enfant sait pas parler français, mais l'enfant c'est pas parce qu'il parle pas français qu'il a un trouble orthophonique… L'école a du mal à comprendre que nous ne sommes pas là pour leur apprendre le français, on est là pour soigner quand y'a besoin* » (Mme Page).

« *Je trouve qu'au niveau de l'école ils ont peu forcé quand même. Un enfant qui confond un son c'est le rôle de l'école. Donc faut pas non plus dès que y'a un "p" et un "b" confondu envoyer en bilan orthophonique* […] *Ça m'est arrivée une année d'avoir vraiment une demi-classe* [*en rééducation*].*Si déjà il y avait plus de soutien à ce niveau-là.* » (Mme Bouvier).

Si le sentiment prévalent dans plusieurs entretiens était bien que les enseignant-e-s envoyaient aux orthophonistes des **enfants qui n'ont pas besoin de soins mais de soutien scolaire**, pour d'autres les enseignant-e-s ignoraient des enfants porteurs-ses de « troubles des apprentissages » tant que ceux-ci et celles-ci parvenaient à dissimuler ces problèmes derrière de bonnes performances scolaires :

« *On a des enfants, on a vu qu'ils étaient dyslexiques, dysorthographiques, on sait qu'ils vont avoir du mal, et pourtant c'est des enfants qui vont plutôt être pas mauvais* [à l'école]. […] *Donc moi j'ai des profs qui m'ont répondu que c'était leur accorder un privilège quand même, à ces enfants « dys », donc y'a un moment*

où… On arrive plus à se parler quoi. Donc là y'a un problème effectivement de formation des maîtres, sur ces problèmes-là, et y'a aussi je pense une espèce de chasse gardée, l'enseignement leur revient et c'est difficile d'admettre qu'il y a des élèves qui ont des difficultés qui sont autres, et que tout le monde ne fonctionne pas [de la même façon]*, ça c'est compliqué* » (Mme Perrot).

Plusieurs interviewé-e-s reprochent également aux enseignant-e-s d'être responsables d'une partie de la **surcharge de travail** des orthophonistes, en leur demandant des comptes rendus de bilan, voire de rédiger les « plans d'accompagnement personnalisé » des élèves, sans respecter leurs obligations de **secret professionnel** vis-à-vis de leurs patient-e-s :

« *On est souvent en confrontation aussi, ils veulent des écrits, et les écrits on peut pas leur donner, sauf si on passe par les parents* [...] *normalement l'école n'a pas à les avoir. Puisque c'est une pièce du dossier médical. Donc ça, ils arrivent pas à le comprendre* » (Mme Page).

« *J'ai essayé d'expliquer ça à des parents j'ai dit "Mais écoutez, je peux pas remplir ça !", ils me demandent de faire un bilan, bon déjà je fais pas le bilan comme ça il faut que j'aie fini mes séances pour justifier à la sécurité sociale que je leur demande un bilan quoi, pour voir si on continue la séance avec leur enfant. Et du coup l'Éducation nationale va exploiter un travail financé par le ministère de la Santé, je suis aussi confronté au secret professionnel, donc je ne peux pas transmettre un bilan à l'Éducation nationale, et ça ils ne comprenaient pas. Non non, non non, ils ne comprenaient pas* » (M. Martin).

Si les relations avec les **autres professionnel-le-s de santé** semblent plus apaisées (même si plusieurs orthophonistes déplorent le « manque de formation » des médecins), certain-e-s interviewé-e-s s'inquiètent du **risque de perdre des « pans entiers » de la profession au profit d'autres professionnel-le-s de la « rééducation »** (psychomotricien-ne-s, ergothérapeutes), qui se voyaient déjà déléguer certains actes relevant des domaines de compétence des orthophonistes du fait de la **surcharge de travail** de ces derniers :

« *Je suis un peu pessimiste, dans la mesure où le fait d'être surchargés nous fait déléguer certains actes aux psychomotriciens, aux ergothérapeutes, et que cette délégation va nous enlever des pans entiers de notre profession.* […] *On va avoir des problèmes, on va avoir l'introduction de métiers intermédiaires, donc les métiers intermédiaires ça va être "rééducateur du langage écrit", un peu comme orthopédagogue à la canadienne hein. Orthopédagogue je pense que c'est pas une bonne évolution pour l'orthophonie…* » (Mme Gautier).

2.6. L'orthophoniste sous pression : gérer la surcharge de travail

Les orthophonistes interviewé-e-s vivent et désignent diversement la « **surcharge de travail** » à laquelle elles et ils sont confronté-e-es depuis plusieurs années : si elles et ils reconnaissaient volontiers être « surchargé-e-s », ou être sous « pression », une seule interviewée a dit vouloir éviter le « *burn-out* » pour justifier l'arrêt récent de son exercice mixte, mais de façon générale ce genre de qualificatif est réservé aux autres : ainsi les professeur-e-s des écoles sont « **débordé-e-s** », les fonctionnaires hospitaliers sont « **tout sauf des fainéants** », les orthophonistes stagiaires dans un grand CHU parisien sont victimes d'un « **abattage** », voire d'un « **esclavage** », et les médecins sont souvent excusé-e-s quand ils ne trouvent pas le temps de lire les bilans orthophoniques…

Il existe pourtant bien des **traces matérielles** de cette « surcharge de travail », que les orthophonistes montrent volontiers à l'enquêteur : cahiers d'appel, agendas, tableaux et autres « Zap Books » remplis d'écritures et de codes plus ou moins ésotériques, dossiers médicaux, demandes administratives et « paperasses » en tout genre qui s'accumulent sur le bureau… Pour rendre compte de cette surcharge de travail, les orthophonistes préfèrent parler d'« **heures de travail gratuites** », de « **listes d'attente s'allongeant de plus en plus** », de leur impossibilité de « **répondre à tous les demandes** », ou encore de journées de travail comparées à des « **tunnels** » :

> « *Je compare souvent mes journées à des tunnels. Le grand tunnel commence généralement à neuf heures* […] *C'était une des raisons pour lesquelles aussi j'ai lâché l'institution parce que les temps de rédaction, d'organisation, de choses comme ça, j'en avais ras le bol de courir dans tous les sens, et de me disperser.* […] *J'en étais là, je me suis dit que je voulais pas le burnout, voilà* » (Mme Perrot).

> « *On peut pas prendre tout le monde. Dans notre coin c'est pas possible, maintenant je pense que sur Paris elles ont peut-être plus d'opportunités de vouloir répondre à toutes les demandes* […] *Je prends le téléphone trois jours par semaine, sur trois jours par semaine – j'ai pas de répondeur parce que je ne veux pas rappeler les gens – donc sur trois jours par semaine je refuse quatre rendez-vous par jour.* […] *C'est énorme, quatre rendez-vous par jour ça fait quatre fois trois douze, ça fait douze rendez-vous vous voyez. Alors les gens rappellent périodiquement, c'est peut-être les mêmes j'en sais rien* » (Mme Weber).

À plusieurs reprises lors de mes visites, les entretiens ont été interrompus par des **appels téléphoniques de patient-e-s ou de collègues**, auxquels les orthophonistes essayaient tant bien que mal de répondre :

« *Non, du tout madame, ni moi ni ma collègue* […]
Oui c'est horrible, vous êtes où ? […]
*Sur *** vous allez avoir du mal, vous avez essayé avec *** ?* […]
Non je ne peux pas vous dire, je n'ai pas leurs coordonnées » (Mme Gautier).

Une grande variété de stratégies sont développées pour faire face à la « **surcharge cognitive** » **représentée par la prise de rendez-vous** [Cicourel, 2002a] : certain-e-s orthophonistes ne répondent au téléphone que certains jours de la semaine, d'autres se partagent une ligne téléphonique et un cahier d'appel avec leur collaborateur-trice, d'autres encore ont développé différents systèmes de notation pour **hiérarchiser l'information** contenue dans leur agenda : des points de marqueur de couleur orange notent par exemple des absences, les points de couleur verte la fin d'une rééducation, les urgences sont entourées au stylo rouge, etc. Ces diverses « ficelles » ou « bricolages » ont pour point commun de rendre objectivement constatables les files d'attente et la surcharge de travail.

Les semaines des orthophonistes sont ainsi bien remplies : les 50 heures hebdomadaires sont **devenues la norme**, avec des journées pleines de 10 heures de travail au cabinet, parfois sans pause déjeuner, **cinq ou six jours par semaine**, sans compter les diverses **tâches administratives** (rédaction de bilans, comptabilité, factures, etc.) qui peuvent être poursuivies le soir ou le week-end au domicile, mais qui sont le plus souvent effectuées durant les « **trous** » (quand un-e patient-e annule son rendez-vous par exemple), les **visites à domicile** (généralement concentrées sur un après-midi) et les multiples **réunions professionnelles** (réunions d'équipes éducatives, commissions paritaires, réseaux de santé, etc.).

Les causes de cette surcharge de travail sont bien connues. Plusieurs orthophonistes ont ainsi désigné un coupable idéal, la « **pression scolaire** », cette course à la « **performance** » dans laquelle s'engageaient les familles de plus en plus tôt pour assurer la réussite de leurs enfants :

« *Il y a le vieillissement, il y a tous les prémas qu'on sauvait pas* [*autrefois*]*, il y a la pression sociale qui fait qu'il y a une grosse pression scolaire, voilà, tout ça c'est des petites choses qui s'agglutinent et après ça devient exponentiel* », plus loin : « *les enfants de ma génération, ben on était mauvais en maths on était mauvais en maths, ma foi… Et puis il n'y avait pas cette pression scolaire quoi, on faisait boulanger, on allait à l'usine comme papa, c'était pas déshonorant* »(Mme Weber).

« *Il y a les écoles énormément qui mettent la pression sur les parents. Énormément, énormément, et des écoles qui moi j'ai l'impression, ne prennent plus aucune responsabilité, dès qu'ils ont un doute ils conseillent aux patients* [sic] *d'aller voir un orthophoniste. Même un petit patient de petite section maternelle qui a un trouble articulatoire, il faut que ce soit tellement parfait que « Allez voir un orthophoniste ! ». Donc on a des patients paniqués…* » (Mme Page).

« "*Il y a plus de place pour les bras cassés" disait un de mes collègues qui travaille dans l'industrie. Il y a plus de place pour les bras cassés, voilà, il faut que tout le monde soit hyper-performant, et les familles le savent bien ils demandent des performances à leur enfant très tôt, ce qui est effectivement important. Bon, on peut comprendre les familles qui s'inquiètent très rapidement, parce que la vie est de plus en plus dure quoi, pour l'insertion…* » (Mme Gautier).

« *Je trouve qu'ils font un boulot difficile* [*à l'école*] *et qu'ils ne sont pas non plus soutenus eux [*rires*], le manque de moyen, voilà à leur décharge vraiment ils sont pas aidés, ils sont pas aimés… Mais ceci dit il y a une sacrée pression quoi. Moi je récupère les parents, les enfants – enfin les parents plus et puis les enfants par contrecoup, avec des pressions scolaires énormes, vraiment énormes… Et puis tôt, moi quand je prends les gamins en maternelle et qu'on fait chier les parents parce qu'ils viennent pas, parce que les enfants sont pas là…* [le téléphone sonne] *Qu'est-ce que je dis à ceux qui sont au collège alors* » (Mme Pelletier).

En conséquence, ces enfants sous pression étaient devenu-e-s « **beaucoup plus stressé-e-s** » et développaient davantage de **troubles de l'attention** comme le suggérait Mme Bouvier, qui avait ouvert son cabinet dans une zone pavillonnaire de l'Essonne il y a plus de 40 ans :

« *Par rapport à avant aussi je trouve que les enfants sont vraiment très stressés. J'ai l'impression qu'ils ont beaucoup de pression même en maternelle. Avant la maternelle c'était un lieu de découverte, mais maintenant il faut des résultats. En petite section, parfois dans certaines écoles si un enfant n'écrit pas dans l'interligne on l'envoie voir un psy ou un orthophoniste, je trouve que ça va plus* […] *Et les enfants je les sens moins joyeux, et avec beaucoup de problèmes d'attention. Ils peuvent pas rester très longtemps sur les activités, ça c'est de plus en plus. Des enfants qui bougent, qui peuvent pas rester en place, qui peuvent pas se concentrer très longtemps. J'avais pas tous ces problèmes d'activité* [*avant*] *– alors je dis pas hyperactivité parce que c'est un trouble spécifique, paraît-il inventé par les psychiatres mais ça c'est autre chose !* » (Mme Bouvier).

Pour séparer « ce qui relève du soin » de ce qui a trait au « soutien scolaire », les orthophonistes sont amené-e-s à **« trier », « filtrer » ou « hiérarchiser » les demandes**, comme elles et ils le reconnaissent elles-mêmes :

> « *C'est nous qui faisons le tri entre ce qui relève du soin et… Des fois ils ont du mal à l'entendre ça, que votre enfant effectivement il est pas top mais il est juste normalement intelligent mais ça ne relève pas de l'orthophonie ça, ça relève peut-être d'Acadomia ou d'un soutien scolaire X, mais ça relève pas du soin* » (Mme Perrot).

> « *Je filtre aussi donc j'ai beaucoup moins de langage écrit, j'ai de plus en plus de neuro-dégénératifs, des troubles de la voix, des troubles du spectre autistique j'en ai quelques-uns qui sont là* […] *La déglutition j'en ai moins en ce moment. Ben c'est parce que c'est des prises en charge très rapides, c'est que j'ai pas le temps* » (Mme Page).

> « *Le fait que je prenne les rendez-vous moi-même par téléphone, sur 20 bilans, j'en prends 19. Ben oui parce que je fais déjà un tri téléphonique. Si la maman me dit "Vous savez, il zozote", je lui dis "Ben écoutez c'est pas ça qui… Est-ce qu'il confond les sons quand il les lit ou quand ils les écrit ?" "Non" "Ben écoutez ça va passer hein, expliquez-lui qu'il faut mettre sa langue derrière ça va passer". Si elle me dit "Écoutez il est en CM2 il sait pas lire", bon ben je fais un bilan et je suis sûr qu'il va falloir le prendre quoi* » (Mme Weber).

Si le **triage** est devenu pour les orthophonistes cet « acte médical à la fois indispensable et nécessaire » [Lachenal *et al.*, 2014 : 3], c'est qu'au moment où la « **pression scolaire** » s'étend, plusieurs orthophonistes ont déclaré faire face à de plus en plus de « **pathologies lourdes** », qui étaient d'autant plus **difficiles à refuser déontologiquement** :

> « *Après c'est aussi le serpent qui se mord la queue, ça se sait qu'ici on prend les urgences, donc du coup les gens vont appeler plus, les collègues vont se décharger en disant "Appelez ***, parce qu'elles, elles vous prendront" et du coup ça devient compliqué. […] Et puis quand ils appellent en disant "Vous êtes la vingt-cinquième…" c'est dur de refuser, et comme on a de plus en plus de pathologies lourdes, on a moins de turnover, donc on a moins de place qui se libère et on finit par se dire…* » (Mme Weber).

« *On est en face de la détresse des gens. Ils trouvent pas, ils trouvent pas, "Vous êtes la dernière de la liste que j'appelle", voilà. Je leur dis "Inscrivez-vous sur ma liste d'attente, mais surtout si vous aviez aimé, continuez à chercher ailleurs, prenez la première place qui se présente"* » (M. Martin).

La présence d'un **secrétariat**, au sein d'une institution ou d'une **maison médicale** pour les orthophonistes exerçant en libéral, s'avère un atout précieux pour faire face à ces demandes, l'une des interviewé-e-s décrivant la secrétaire de son institution comme le véritable « **pilier** » de son équipe, tandis qu'elle **délègue la liste d'attente** à l'une des secrétaires de la maison médicale où elle exerce à mi-temps :

« *Ce que je délègue c'est la liste d'attente [à la maison médicale] donc j'ai une secrétaire en particulier, avec qui je vois quand j'ai une place de bilan, qui se charge de rappeler les gens, de préciser de venir avec la carte vitale, la mutuelle si y'en a, la CMU, avec l'enfant.* […] *Je vois avec la secrétaire je lui dis "Là j'ai une place plus pour un adulte, est-ce qu'il y a des adultes sur la liste d'attente", voilà on discute bien, elle est bien briefée, et elle déroule… Alors ce qu'elle fait c'est qu'elle appelle la liste d'attente, mais si elle tombe sur un répondeur elle laisse pas de message, jusqu'au moment où il y a quelqu'un qui répond et elle donne les places au fur et à mesure.*
Q : Et là il n'y a pas de hiérarchie, en fonction de l'urgence des cas…
Alors si, si quand même je lui dis "Ben là, je vais essayer de voir plus ceux qui sont en CP, pour éviter de les voir pendant dix ans" » (Mme Page).

Pour d'autres orthophonistes, la gestion de l'emploi du temps constituait à l'inverse une « **liberté absolue** » qui faisait partie des atouts de l'exercice libéral, ne voyant pas l'utilité d'un secrétariat médical :

« *C'est une liberté absolue de gérer soi-même son emploi du temps. Je réponds si je veux répondre je réponds pas si je veux pas répondre, je donne un rendez-vous si je veux et peut-être que d'habitude tous les vendredis je veux bien finir à 19 heures mais pas celui-là. Donc je donnerai pas de rendez-vous… Voilà ça permet d'être extrêmement précis avec son planning soi-même. Donc je sais pas si ça aiderait vraiment, non si elle pouvait faire les comptes rendus à ma place, mais je crois ça va pas le faire* [rires]. » (Mme Roux)

Comme l'expliquait une orthophoniste, « *Travailler sous pression, c'est aussi des gens qui manquent de savoir-vivre* ». **La pénurie d'orthophonistes a ainsi des incidences sur les relations avec la patientèle** : c'est toute la mécanique des rapports humains au cabinet qui se dégrade, les

professionnel-le-s épuisé-e-s ayant affaire à des familles de plus en plus impatientes, sinon irrespectueuses. Plusieurs orthophonistes ont ainsi fait part d'un **changement d'attitude de la part de leur patientèle**, qui se mettrait à **revendiquer le droit** d'être prise en charge :

> « *Travailler sous pression, c'est aussi des gens qui manquent de savoir-vivre, des actes de dégradation, des parents qui ne saluent pas quand on va les chercher dans la salle d'attente. […] Une très grande agressivité de la clientèle, ça va pas assez vite, on attendu trop longtemps, c'est cher… Oui, les gens me disent que c'est cher ! Ma grand-mère est décédée d'une crise d'appendicite à 30 ans en 1932, alors quand les gens me disent que les médecins sont des fainéants ! Une dégradation de la clientèle qui compte qu'elle paye des cotisations donc tout est du* » (Mme Leconte).

> « *J'ai constaté une grosse différence d'attitude de la patientèle.* […] *Par exemple quand les gens téléphonent, depuis une dizaine d'années les gens disent "Ah ben je suis pas sûr de venir à ce rendez-vous mais je le prends", et puis ils viennent pas au rendez-vous, des choses comme ça. Quand on leur dit qu'il n'y a pas de place ils disent "Ah ben dites-moi comment je fais ?", "Ben madame je peux pas vous dire comment vous faites, tout ce que je peux vous dire c'est que moi j'ai pas de place", "Bon, oui mais alors dites-moi, on me demande ça comment je fais"… C'est un droit, c'est-à-dire qu'on doit être à la disposition du public, et ils comprennent pas très bien que quand on voit un patient pour 30, 50, 100 séances, et bien c'est 30, 50, 100 séances qui sont bloquées, même jour, même heure. On peut pas déroger* » (Mme Gauthier).

La présence d'une maison médicale pouvait accroître ces tensions avec la patientèle comme en témoignait Mme Page, qui signalait le cas de patient-e-s qui profitaient de consultations médicales pour venir « **squatter** » devant la porte de son cabinet :

> « *J'ai des familles qui squattent devant ma porte. Alors ils viennent, ils viennent consulter un médecin et ils en profitent, ils ont toujours une question à poser… "Mais là, je pourrai le prendre là ?", "Ben non, je suis avec quelqu'un…", "Mais vous arrêtez ? », non non, en libéral ils sont beaucoup plus insistants, beaucoup plus. Des fois c'est même presque du harcèlement parce que… Alors là ils me disent "Bon ben, la fille ça va mieux, bon ben je vous ramène le frère à la place ?", "Non mais c'est pas interchangeable quoi, je vais pas…", "Alors bon là quand vous aurez fini avec ma fille y'a son cousin aussi alors il va prendre sa place", "Non non, ça marche pas comme ça"…*
>
> Q : Et ça à quoi vous l'attribuez est-ce que ce serait des familles qui seraient très inquiètes ou angoissées pour la réussite de leurs enfants ?

Non, ils ont une place, ils ont trouvé une place donc on se la passe comme ça, c'est comme un droit. Et plus la famille est… Je dirai "aidée", plus elle est exigeante : "J'ai la CMU vous avez une obligation de me prendre", "Ben non"… » (Mme Page).

Une orthophoniste ayant son cabinet au centre de Rougeville évoquait quant à elle deux mots pour décrire sa patientèle, le « **social** » et l'« **absentéisme** » :

« *C'est la période où j'ai eu le plus d'absentéisme, ça a été difficile de créer entre guillemets une patientèle "correcte" et qui correspondait, parce que j'avais pas envie de travailler dans le vide, du coup j'ai vraiment donné des règles à mes patients, la règle type c'était par exemple au bout de deux séances sans prévenir, y'a plus de séances. Y'a plus de prise en charge. Et ça je m'en suis tenu, ça a été difficile parce que je trouvais ça un peu rude, mais au final pour vraiment créer quelque chose de correct et un travail possible, ça a été la seule façon que j'ai eu. Et à partir de là ça a été très bien parce que les personnes que j'ai eu étaient vraiment des gens motivés* » (Mme Lévêque).

La bonne patientèle était ainsi typiquement décrite dans des termes psychologiques comme une patientèle « **motivée** », de même que les personnes qui ne renonçaient pas été décrites comme étant « **pugnaces** » ou de « **bonne volonté** », bien que comme nous le verrons plus loin dans l'analyse des questionnaires adressés aux patient-e-s et à leurs familles, **l'accès aux soins dépendait de déterminants sociaux** au moins aussi puissants, notamment en termes de rapports de genre et de classe.

Ces constats répétés au sujet du **comportement « irrespectueux » ou de l'absentéisme des patient-e-s d'origine populaire** étaient toutefois nuancés par d'autres orthophonistes qui faisaient preuve d'un certain relativisme culturel dans leur analyse :

« *Dans l'ensemble c'est des gens gentils, ouais. On râle toujours sur les trois ou quatre canards boiteux qui nous pourrissent la vie, mais par rapport au nombre de gens qu'on voit dans l'année c'est des gens gentils, pas toujours euh, respectueux, machin, qui comprennent pas toujours qu'on a pas que d'eux à s'occuper, qu'ils pourraient peut-être appeler pour prévenir qu'ils viennent pas, enfin voilà des choses aussi bêtes que ça* » (Mme Perrot).

L'absentéisme largement attesté des patient-e-s d'origine populaire pouvait même convenir à certain-e-s orthophonistes, qui tiraient parti de cette irrégularité pour a**ménager plus librement**

leur emploi du temps. C'était par exemple le cas de Mme Renaud, qui s'était installée dans une zone industrielle de Seine-Saint-Denis en 2016 après avoir exercé pendant cinq ans dans le 15e arrondissement de Paris et qui présentait comme une « **souplesse** » cette disposition des patient-e-s d'origine populaire à annuler des rendez-vous, par contraste avec la « **rigidité** » de sa patientèle parisienne, qui avait également tendance à remettre en cause son jugement professionnel :

> « *Alors là-bas* [*dans le 15e arrondissement*] *j'avais une population plutôt âgée, plutôt rigide. C'est-à-dire que si le rendez-vous il est à 10 heures et qu'il est 10h05 c'est la fin du monde* […] *Ici y'a des gens qui sont certes en difficulté, mais qui je trouve sont très investis – alors pas tous mais en tout cas chez moi ce qui viennent ils sont hyper investis, ils sont hyper sympas. Ils sont beaucoup plus souples c'est-à-dire que s'ils peuvent pas venir ou si moi je peux pas venir et ben c'est pas grave et on trouvera une autre solution.* […] *C'est sûr que c'est une population qui est beaucoup moins aisée, mais qui est beaucoup plus souple, et je trouve que c'est agréable de travailler avec eux. Et en plus on est jamais – le problème avec le 15e c'est qu'on dit un truc c'est constamment remis en cause, c'est toujours soumis à négociation, alors que là en général les gens c'est "Vous êtes le médecin je vous écoute, si vous me dites qu'il faut le faire je vais le faire"* » (Mme Renaud).

2.7. Un dilemme moral insoluble : apprendre à dire non, décider qui doit être sauvé-e

Avec l'augmentation du nombre de **patient-e-s handicapé-e-s**, de cas d'enfants **autistes**, de **maladies neurodégénératives** chez les adultes et personnes âgées, parmi d'autres « **pathologies lourdes** » largement attestées par les orthophonistes interviewé-e-s, mais aussi quand ils et elles étaient confronté-e-s aux « **problématiques sociales** » de leurs patient-e-s et familles d'origine populaire, les orthophonistes se retrouvaient souvent devoir **dépasser les limites de leur rôle thérapeutique pour prendre un rôle plus actif dans l'accompagnement des familles**. Ainsi une orthophoniste qui exerçait à Rougeville, Mme Lévêque, disait jouer un rôle d'« **assistant-e sociale** » auprès de certains de ses patient-e-s qu'elle accompagnait dans leurs démarches administratives et avec qui elle avait développé des « liens plus forts », jusqu'à ce qu'ils soient « **accroché-e-s** » à elle :

> « *J'ai été orthophoniste mais j'ai aussi beaucoup été entre guillemets "assistante sociale", j'ai même accompagné une dame qui avait eu un problème de logements à la mairie* […] *parce que les gens sont très démunis, ils ont du mal à s'exprimer au téléphone. Beaucoup de séances des fois pour les orienter j'ai*

téléphoné avec eux. […] *On est un peu la seule personne référente qu'ils voient chaque semaine, du coup c'est sur nous que ça tombe* [rires]. *Ça a eu un côté positif parce que du coup c'est une patientèle avec qui j'ai créé des liens plus forts, parce que socialement on a un autre contact, ils sont plus accrochés à nous, j'ai beaucoup de coups de téléphones de mamans désespérés…* » (Mme Lévêque).

Ces pressions se faisaient cependant sentir chez **toutes les catégories sociales,** y compris chez des patient-e-s traité-e-s pour des troubles du **langage écrit ou oral** : une autre orthophoniste qui avait longtemps exercé dans une commune privilégiée du Val-de-Marne, Mme Lesage, disait ainsi de ses patient-e-s qu'ils et elles s'accrochaient à elle « comme à des bouées », rendant d'autant plus difficile la **clôture des rééducations** :

« *Ils attendent que vous ayez fini un rendez-vous là, ils vous disent "Écoutez je viens pour un rendez-vous", moi j'ai des familles qui pleuraient, les mamans qui pleuraient, qui étaient prêts à n'importe quoi, n'importe quel jour, n'importe quelle heure, n'importe quelle solution, parce que ça faisait un an qu'ils cherchaient, qu'ils étaient sur liste d'attente, rien ne se débloque… Et après on est confronté justement à la difficulté de lâcher une rééducation, quand vous vous dites "Je pense que maintenant c'est prêt, votre enfant…", ils sont tellement terrorisés à l'idée d'arrêter, de ne plus pouvoir trouver de place si jamais y'a une difficulté, ils s'accrochent comme à des bouées, et c'est très difficile aussi d'arriver à clôturer une rééducation sereinement* » (Mme Lesage).

Mme Lesage avait ainsi dû « **apprendre à dire non** » pour ne pas avoir la sensation de se faire « bouffer » par ses patient-e-s (« *on se fait grignoter* » disait une autre orthophoniste) :

« *Les gens arrivent à toucher malgré tout – même quand on a plus de place, qu'on peut pas – une corde sensible, et c'est vrai que finalement on se rend compte que petit à petit "Bon allez je rajoute une séance c'est pas grave, je vais finir à 19 heures, je vais finir à 20 heures". Et en fait arrive un moment donné où on doit vraiment réapprendre à dire non, et à bloquer les choses parce qu'on se fait un peu bouffer, on se fait un peu bouffer* » (Mme Lesage).

Cette capacité à dire « non » apparaissait même comme l'une des ficelles du métier, qui était transmise par les orthophonistes titulaires à leurs jeunes collaborateurs-trices pour leur **apprendre à s'imposer**, comme le montre le témoignage suivant de Mme Joubert, qui exerçait en Seine-Saint-Denis depuis plus de 30 ans, vis-à-vis de sa jeune collaboratrice, qui l'avait rejoint à la sortie de son école en 2014 :

« *Je suis complètement dans l'empathie sur pleins de trucs, sauf que maintenant je donne des cours à* [*ma collaboratrice*]*, pour apprendre à dire non – mais oui mais c'est ça hein, les gens qui viennent deux fois de suite… Moi j'ai une liste d'attente je leur dis maintenant,* [*ma collaboratrice*] *des fois elle vient me voir* [elle prend une petite voix] *: "Je leur dis quoi là, parce que je prends des cours avec* [*Mme Joubert*]*, parce qu'elle est pas bonne des fois", mais c'est vrai qu'il faut apprendre à dire ça* » (Mme Joubert).

Mme Joubert évoquait également le cas d'une **personne âgée atteinte d'une maladie neurodégénérative** qu'elle visitait à domicile et à qui **elle avait dû mentir** pour mettre fin à sa rééducation, se retrouvant forcée de « **rentabiliser** » ses rendez-vous à corps défendant :

« *Y'a encore trois, quatre ans donc une dame qui est décédée l'année dernière, j'allais à Livry-Gargan faire mes domiciles, et ça a été dur d'arrêter avec elle j'ai même dû lui mentir, je lui ai dit que je passais ce jour-là en salarié, parce que j'osais pas lui dire que je pouvais plus, et peu à peu ça s'est arrêté. J'ai des patients qui sont décédés et j'avoue que j'ai pas fait d'efforts pour en reprendre. Je rentabilise quoi. C'est dingue* » (Mme Joubert).

Si les orthophonistes disaient pour la plupart avoir du mal à dire « stop » ou devoir « apprendre à dire non » pour **mettre fin à une rééducation ou refuser de nouveaux et nouvelles patient-e-s**, ce n'est pas seulement parce qu'il leur était difficile de ne pas céder aux pressions des patient-e-s ou de leurs familles mais aussi parce qu'**il ne leur était pas concevable, par déontologie** (par « souci professionnel » disait l'une d'entre elles), **de « laisser » ou « lâcher les patient-e-s dans la nature »**, pour reprendre une expression que nous avons relevé à de nombreuses reprises chez plusieurs interviewé-e-s :

« *La semaine dernière j'ai rencontré une maman pour un enfant de deux ans. Sans pathologie particulière, qui ne parle pas, là je me suis dit c'est de la réassurance. J'ai rencontré, on a fait un bilan pendant une heure, alors par souci… C'est toujours ce que je fais en général, je leur dis "Si vraiment dans six mois ça se résorbe pas y'a un souci vous me rappelez". Je les laisse jamais – par souci professionnel – et puis après le langage c'est tellement évolutif que je me demande toujours si je passe à côté de quelque chose, je trouve qu'on peut pas les laisser comme ça dans la nature* » (Mme Lévêque).

« *C'est pas évident de dire "Stop", y'a toujours des urgences où on se dit "Mince, ça m'embête de laisser ce patient-là dans la nature" […] Du coup, là je prends les patients avec leurs parents et j'essaye de faire plus*

de la guidance parentale, je pense qu'il est là le futur en fait, pour arriver à gérer tout le monde […] pour arriver à être plus efficace, en impliquant plus les parents, après ce qui est difficile c'est de réussir à leur faire garder leur rôle de parents tout en leur proposant un peu un rôle de rééducateur, ça je pense c'est la balance qui va être difficile à trouver » (Mme Marchal).

Cette « **nature** » dont il était si fréquemment question dans les entretiens ne s'opposait pas comme l'on pouvait s'y attendre à la notion de « **culture** » mais bien à la « **structure** » institutionnelle, c'est-à-dire à l'établissement médico-social où les patient-e-s aux pathologies les plus lourdes bénéficiaient jusqu'à une date récente d'une prise en charge orthophonique (CMP, CMPP, IME, etc.), **offre orthophonique en institution qui était devenue aujourd'hui largement insuffisante avec la désaffection des carrières salariées**. Une orthophoniste âgée de 28 ans qui exerçait en Essonne depuis 6 ans et qui allait bientôt partir en **congé maternité**, Mme Marchal, se montrait ainsi rassurée à l'idée de savoir que ses patient-e-s n'allaient **pas se retrouver « dans la nature » mais bien « dans la structure »**, la plupart étant déjà suivi-e-s en IME :

« Q : Vous avez trouvé une remplaçante pour votre heureux évènement ?
Non. Ben non en plus cette année personne ne sort diplômé… Non j'ai personne.
Q : Du coup vous savez comment…
Du coup j'ai la "chance" entre guillemets d'avoir des patients qui sont à l'IME, donc moi je vais arrêter mes prises en charge mais ils seront pas dans la nature, ils seront quand même dans la structure avec des éducateurs » (Mme Marchal).

Ce **lien entre la « nature » et l'absence de « structure »** était fait par une autre orthophoniste pour qui **la dévalorisation des carrières des orthophonistes salarié-e-s** en CMPP avait eu pour conséquence de faire venir en libéral des « cas un peu plus lourds », qui se retrouvaient eux-aussi « lâchés dans la nature », expression que l'on peut interpréter dans ce contexte comme se référant à l'**état de concurrence dans lequel les patient-e-s étaient mis les un-e-s contre les autres pour accéder aux soins en libéral** :

« *Avant on avait des CMPP autour, comme ça coûtait trop cher ils ont fait des contrats à 30h, de 850 euros mensuels, donc les orthophonistes sont partis, et donc on a des cas un peu plus lourds, tous ces enfants-là sont lâchés dans la nature. Et nous on n'est pas carapaçonné dans une structure avec des concertations* » (Mme Leconte).

En pratique, l'orthophoniste se retrouvait placée devant un dilemme moral insoluble, qu'elle devait pourtant résoudre au quotidien : **décider qui a le droit d'être sauvé-e ou non**, dans une logique de « **médecine du tri** » où le triage des patient-e-s n'est plus l'apanage de la médecine de guerre ou humanitaire, mais est bien devenue cette paradoxale « **routine d'exception** » décrite par Guillaume Lachenal [Lachenal *et al.*, 2014].

2.8. Analyse des emplois du temps type des orthophonistes interviewé-e-s

Au cours de chacun de ces entretiens, quand nous le pouvions, nous avons distribué des « **semainiers** » dans une enveloppe prétimbrée pour que les orthophonistes y remplissent, quand elles en trouveraient le temps, un **emploi du temps où serait noté leurs activités professionnelles d'une semaine type : consultations** au cabinet ou en institution, **visites à domicile**, **passation de bilans**, **réunions professionnelles** (institutionnelles, éducatives, syndicales, etc.), **travail administratif** (rédaction de bilans, comptabilité, etc.) et les **autres activités** (temps de pause déjeuner, loisirs, etc.). Nous avons reçu 13 de ces emplois du temps, sur 19 distribués, que nous avons retranscrit individuellement en annexe[10]. Le tableau sur la page suivante présente la synthèse des données collectées par le moyen de ces emplois du temps.

[10] Voir les emplois du temps dans l'annexe 3.

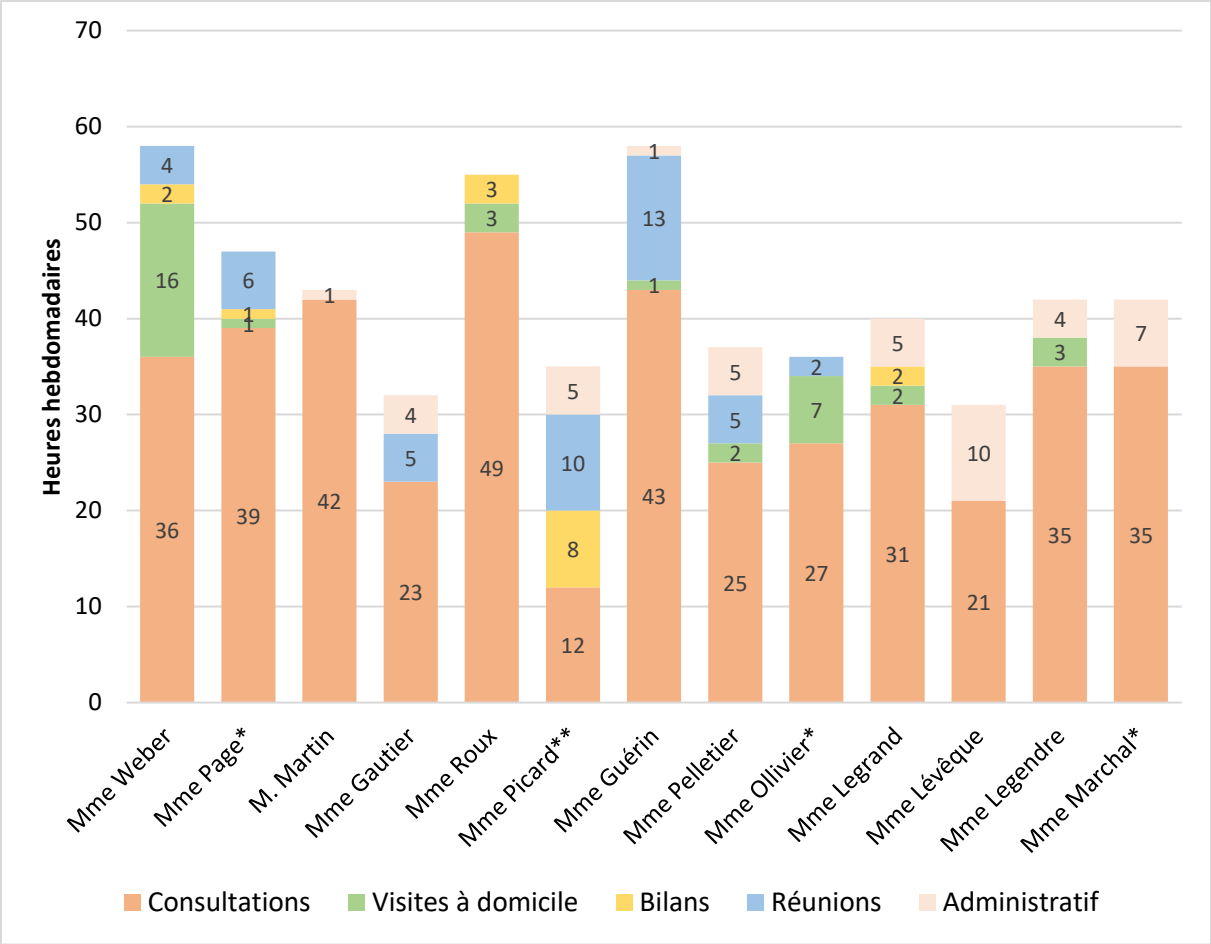


Figure 14. Tableau de synthèse des emplois du temps de 13 orthophonistes interviewé-e-s en 2017.

* Exercice mixte.
** Exercice salarié.

Le temps de travail des orthophonistes exerçant en libéral ou mixte à <u>temps plein</u> qui nous avaient retourné leurs emplois du temps se partageait ainsi, en moyenne[11] :

- **36 heures de consultation** au cabinet ou en institution
- **3 heures et demie de visites à domicile**
- **1 heure de passation de bilans**

Auxquelles s'ajoutaient, parmi les tâches professionnelles non rémunérées :

- **3 heures de réunions professionnelles**
- **2 heures et demie de travail administratif**

[11] Nous avons exclu de ce calcul les emplois du temps retournées par une orthophoniste en « pré-retraite », Mme Gautier, par une orthophoniste à mi-temps de retour d'un congé maternité, Mme Lévêque, et par une orthophoniste salariée, Mme Picard.

Soit **46 heures de travail effectif par semaine** en moyenne, dont 40,5 étaient rémunérées. Dans la mesure où tou-te-s les orthophonistes interviewé-e-s n'ont pas indiqué des horaires consacrés au travail administratif et que nous n'avons vu en entretien que les professionnel-le-s qui avaient pu dégager suffisamment de temps pour nous recevoir, on peut présumer que cette moyenne est en deçà de l'activité réelle des orthophonistes. Si l'on considère la féminisation de la profession, **ces durées moyennes de travail sont du même ordre que celles des médecins généralistes** (57 heures hebdomadaires tous sexes confondus, 53 heures pour les femmes d'après [Barlet et Marbot, 2016 : 18]).

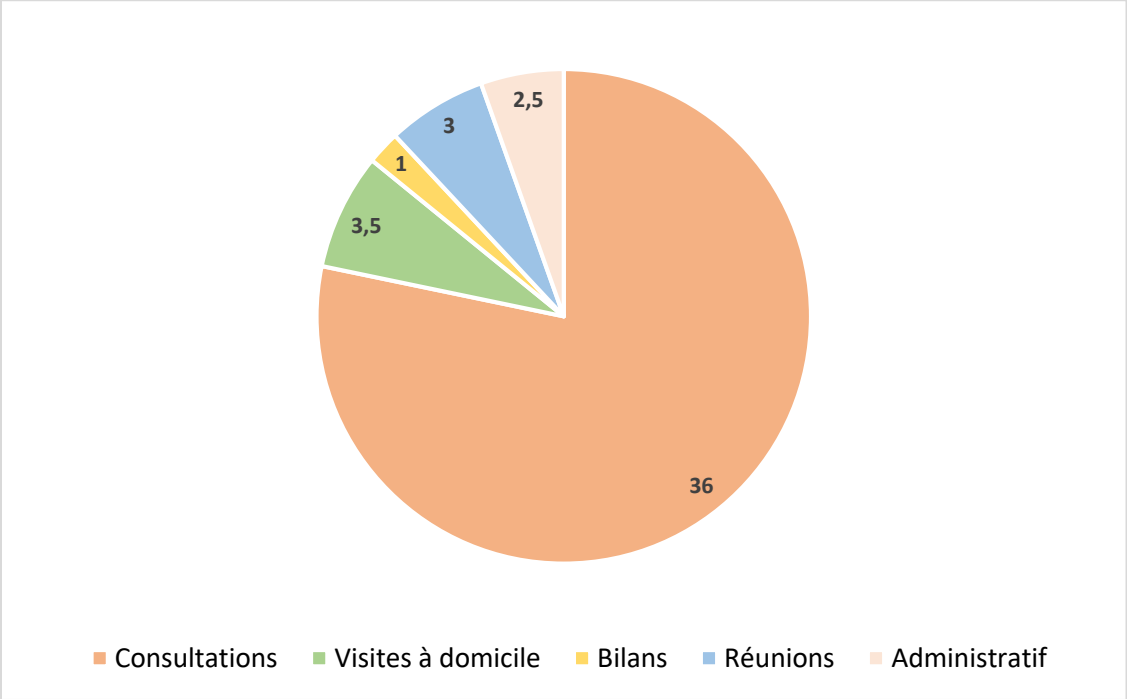


Figure 15. Heures de travail effectifs dans une semaine type des orthophonistes interviewées.

Après avoir consacré les deux premières parties de ce rapport à un **état des lieux de l'offre de soins orthophoniques en libéral**, nous pouvons désormais mieux mesurer les **conséquences de la dégradation de ces conditions de travail sur la demande de soins**, en analysant les résultats d'une enquête par questionnaire réalisée auprès de 232 patient-e-s consultant l'orthophoniste dans deux territoires de l'Essonne et de la Seine-Saint-Denis.

III. ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS DE PATIENT-E-S ET DE LEURS FAMILLES

Méthode d'enquête sociologique par excellence, le questionnaire diffère du sondage en ce qu'il privilégie les questions de « fait » aux questions d'« opinion » et qu'il met en relation des **pratiques** (ici les démarches de soins) et des **déterminants sociaux** (sexe, âge, position sociale, niveau de diplôme, etc.) afin d'isoler des faits sociaux et de révéler des tendances lourdes qui échappent à la conscience des acteurs [Singly, 2012]. Dans cette dernière partie, nous allons rendre compte des étapes et des résultats d'une enquête par questionnaire, afin d'**objectiver des parcours de soins** de patient-e-s consultant l'orthophoniste et de **repérer des inégalités sociales de santé** induites par les bouleversements qu'a connu la profession dans les dernières années.

1. Remarques méthodologiques

Dès l'établissement du protocole de cette enquête, nous avons rencontré un problème qui se pose à toutes les recherches sur le renoncement aux soins et plus généralement sur le non-recours aux politiques sociales [Warin, 2016] : **comment atteindre une population – les « renonçants » – qui par définition échappent au suivi des institutions ?** Que deviennent les familles qui renoncent aux soins orthophoniques ? Plus précisément, que deviennent ces personnes qui crient leur désespoir au téléphone en expliquant « Vous êtes la quarantième orthophoniste que j'appelle », et qui ne parviennent pas à trouver de place disponible pour un rendez-vous ? Cette question nous était posée avec insistance par presque toutes les orthophonistes que nous avons rencontré-e-s au cours de l'enquête, débordé-e-s par l'afflux des demandes de soins et soucieux-ses de savoir ce qu'il advenait de ces patient-e-s « **lâché-e-s dans la nature** », pour reprendre une expression qui revenait fréquemment dans les entretiens.

1.1. Comment enquêter auprès de « renonçants » ?

Pour enquêter sur cette population, nous avions envisagé dans une note d'orientation de **diffuser un questionnaire auprès de patient-e-s**, « en vue de retracer des trajectoires de soins et d'objectiver notamment les délais d'accès aux soins orthophoniques ». Nous avions prévu dans un premier temps de diffuser ce questionnaire « **par l'intermédiaire des prescripteurs-trices** afin de contourner le biais de sélection qu'impliquerait la seule diffusion via les orthophonistes », dans la mesure où par définition les patient-e-s qui consultent chez l'orthophoniste ne sont pas en situation de renoncement aux soins orthophoniques [Pitti et Larchet, 2016].

Il est nous est cependant apparu après plusieurs contacts avec des médecins généralistes qu'une telle enquête serait trop coûteuse, eut égard au temps qui était imparti à l'enquête : tel médecin responsable des centres municipaux de santé d'une commune de Seine-Saint-Denis nous expliquait ainsi ne voir tout au plus que trois à quatre familles par semaine nécessitant des soins orthophoniques, sur une centaine de consultations. Une autre possibilité aurait été de **passer le questionnaire dans des écoles**, mais outre les contraintes du calendrier scolaire et les autorisations préalables qu'une telle enquête aurait nécessité, il est ressorti des discussions en comité de pilotage avec les membres du bureau de l'URPS qu'une telle enquête n'aurait pas été représentative de l'ensemble de la patientèle des orthophonistes, qui regroupe un nombre croissant d'adultes et de seniors.

Afin de comparer la population qui accédait aux soins avec la population qui en était privée, il a été décidé de **passer un questionnaire unique auprès de deux groupes** : un groupe « **accédant** » composé de patient-e-s et de leurs accompagnants qui **consultaient ou avaient consulté chez l'orthophoniste dans les douze derniers mois** d'une part, un groupe potentiellement « **renonçant** » composé de patient-e-s et de leurs accompagnants qui **cherchaient toujours à obtenir un rendez-vous chez l'orthophoniste au moment de l'enquête** d'autre part, que nous avions prévu de contacter dans diverses institutions. L'encadré ci-dessous revient sur les difficultés posées par le volet de l'enquête auprès du groupe « renonçant », qui a dû finalement être abandonnée.

« On peut pas interroger les gens comme ça, c'est pas le lieu adapté » : sur quelques difficultés de l'enquête.

17 institutions avaient été identifiées dans les territoires sélectionnées pour la passation du questionnaire : 8 en Seine-Saint-Denis (4 centres municipaux de santé, 2 CMPP, un CMP et un CATTP) et 9 en Essonne (2 centres de santé, 3 CMP, un CMPP, un CATTP et un centre de PMI). Nous avions d'abord adressé un courrier à la direction de ces établissements, accompagné d'un exemplaire du questionnaire, avant d'appeler leur secrétariat la semaine suivante pour savoir s'ils nous autorisaient à passer le questionnaire parmi leur patientèle. Obtenir l'autorisation des centres municipaux de santé du territoire enquêté en Seine-Saint-Denis n'a pas posé de problème, la coordinatrice scientifique de cette étude étant déjà en contact avec leur directeur médical pour les besoins d'une autre recherche en cours. La médecin chargée de coordonner le Service territorialisé de PMI et de la santé d'une ville du territoire enquêté en Essonne a également répondu favorablement à notre demande, sous réserve que nous nous engagions à restituer les résultats de l'enquête.

Les autres institutions contactées n'ont en revanche pas donné suite à notre demande, malgré nos relances téléphoniques. La directrice d'un CMP en Essonne s'est ainsi justifiée : « Le renoncement aux soins orthophoniques ça ne nous concerne pas puisqu'on n'a pas d'orthophonistes [salariées au CMP] », avant de préciser quand nous lui expliquions que nous cherchions justement à enquêter auprès de personnes ayant renoncé aux soins orthophoniques : « *On est dans un Centre médico-psychologique, on peut pas interroger les gens comme ça, c'est pas le lieu adapté* ». La réponse de la secrétaire d'un CATTP en Essonne est tout aussi caractéristique de cette défiance des institutions psychiatriques : « *Nous on fait pas d'orthophonie on est en psychiatrie.* […] *Nous les patients qui doivent voir l'orthophoniste ici ils le font, c'est fait. Y'a pas de souci à ce niveau-là* ». Enfin, un centre de santé polyvalent en Essonne ne proposait des soins infirmiers qu'à l'occasion des visites à domicile, ne recevant des patient-e-s que pour des soins dentaires : cette orientation nous a paru trop spécialisée pour les besoins de l'enquête.

Nous avions alors prévu de passer les questionnaires auprès des centres municipaux de santé de Seine-Saint-Denis et de deux centres de PMI de l'Essonne. Une demi-journée passée dans l'un de ces centres de santé municipal nous a convaincu du coût élevé de cette entrée eut égard aux résultats obtenus : sur une dizaine de patient-e-s contacté-e-s (dont trois familles), aucun n'était à la recherche d'un-e orthophoniste. Nous n'avons au final pu donner un questionnaire qu'à une patiente, qui le demandait pour une cousine. La directrice d'un centre de PMI de l'Essonne, une puéricultrice, nous avait quant à elle prévenu qu'il était « très rare de voir des enfants en consultation après l'âge de deux ans », en raison de l'engorgement de ce service. Bien que nous comptions contacter par ce biais des mères de famille ayant des enfants plus âgé-e-s qui pourraient nécessiter des soins orthophoniques, deux demi-journées passées dans chacun de ces centres de PMI ne nous avaient permis de ne passer qu'un total de deux questionnaires auprès d'une mère de famille venue consulter et d'une éducatrice de jeunes enfants salariée par le centre – qui par ailleurs étaient toutes deux avaient toutes deux consulté une orthophoniste : aussi, même si nous avions disposé de plus de temps pour l'enquête, il n'est pas dit que nous serions parvenu à toucher les « renonçants » par ce biais.

Si les coûts de passation du questionnaire auprès du groupe potentiellement « renonçant » nous paraissaient trop élevés en termes de temps (à quoi s'ajoutait un problème de calendrier, la période de passation du questionnaire s'étalant de mi-juin à début juillet quand de nombreux-ses professionnel-le-s étaient en formation ou en repos), c'est qu'il paraissait indispensable que l'enquêteur soit présent sur place pour administrer le questionnaire en face à face. À l'inverse, l'enquête auprès du groupe « accédant » a pu bénéficier de l'investissement des orthophonistes dans la passation du questionnaire, comme nous allons le découvrir plus bas.

Comme nous le verrons en détail plus bas, notre échantillon étant constitué quasi-exclusivement de **patient-e-s ou d'accompagnants de cabinets d'orthophonie**[12], nous n'avons eu accès qu'au groupe des « **accédants** ». Toutefois, sur 230 personnes interrogées ayant répondu à la question « *Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer à des soins orthophoniques ?* », **90 % disaient avoir consulté un-e orthophoniste**, **7 % avoir renoncé à consulter et 2 % chercher encore**, réponses qu'on peut attribuer en partie à une mauvaise compréhension de cette question, mais aussi à une lassitude envers les difficultés d'accès aux soins.

Renoncement aux soins orthophoniques	Effectifs	%
Non, j'ai consulté	208	90%
Oui, j'ai renoncé à consulter	17	7%
Aucun des deux, je cherche encore	5	2%
Total général	230	100%

Figure 16. Renoncement aux soins orthophoniques des personnes interrogées.

La première raison invoquée pour expliquer le renoncement aux soins était un **délai d'attente trop long** (citée par 58 % des « renonçants »), loin devant l'**éloignement du cabinet** et les **raisons financières** (12 % chacun). Parmi les autres raisons invoquées figuraient le « **découragement** », ainsi que les mentions « **ils ne prennent pas les enfants autistes** » et « **hospitalisation** ».

À la question « *Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer à d'autres soins ou examens ?* », 85 % des personnes interrogées avaient répondu « Non », 4 % « Je ne sais pas » et **11 % avoir renoncé à d'autres soins ou examens**, parmi lesquels étaient cités par plus de deux répondants le ou la **psychomotricien-ne** (25 %), loin devant le ou la **psychologue** (13 %), l'**ophtalmologiste** (13 %), l'**ergothérapeute** (8 %) et le ou la **médecin généraliste** (8 %).

[12] À l'exception de répondants à des versions de test du questionnaire qui cherchaient encore un-e orthophoniste (n = 2) et de répondants au questionnaire que des orthophonistes avaient recruté-e-s parmi la patientèle d'autres paramédicaux exerçant dans leur cabinet (n = 8), que nous avons décidé d'ajouter à l'ensemble de l'échantillon (n = 232) pour en agrandir la taille et donc les possibilités d'exploitation des données collectées.

Renoncement à d'autres soins	Effectifs	%
Non	193	**85%**
Oui	24	11%
Ne sait pas	10	4%
Total général	227	100%

Figure 17. Renoncement à d'autres soins ou examens des personnes interrogées.

Plus révélatrices sont les réponses à la question « *Avez-vous fait appel à d'autres professionnels de santé ou de la rééducation pour ces soins ?* », qui nous donnent un indicateur des **professions concurrentes de l'orthophoniste** vers lesquelles les personnes interrogées étaient susceptibles de se tourner en cas d'inaccessibilité de ce-tte dernier-e.

Appel à d'autres professionnels	Effectifs	%
Non	156	**71%**
Oui	60	27%
Ne sait pas	4	2%
Total général	220	100%

Figure 18. Appel à d'autres professionnel de santé ou de la rééducation des personnes interrogées.

50 répondants soit 27 % des personnes interrogées avaient répondu « Oui » à cette dernière question. Ici encore le ou la **psychomotricien-ne** venait largement en tête avec plus d'un tiers des réponses (34 %), suivi du ou de la **psychologue** (24 %), du ou de la **kinésithérapeute** (8 %), de l'**ORL**, du ou de la **pédopsychiatre** et de l'**orthoptiste** (6 % chacun).

Autres professionnels	Effectifs	%
Psychomotricien	17	34%
Psychologue	12	24%
Kinésithérapeute	4	8%
ORL	3	6%
Pédopsychiatre	3	6%
Orthoptiste	3	6%
Médecin PMI	1	2%
Ophtalmologue	1	2%
Graphothérapeute	1	2%
Ostéopathe	1	2%
Pluriprofessionnels	1	2%
Ergothérapeute	1	2%
Audioprothésiste	1	2%
Orthodontiste	1	2%
Total général	50	100%

Figure 19. Professionnel-le-s auxquel-le-s les personnes interrogées ont fait appel.

Si les résultats du questionnaire ne nous donnent pas beaucoup plus d'informations sur le renoncement aux soins en lui-même, il nous informe en revanche sur les **conditions d'accès aux soins** : dans la mesure où les caractéristiques du groupe « **renonçant** » peuvent être déduites des caractéristiques du groupe « **accédant** » par comparaison avec la population de référence résidant dans les territoires enquêtés, il nous paraît nécessaire de détailler les procédures de **zonage** et d'**échantillonnage** de cette enquête avant d'en présenter les premiers résultats.

1.2. Zonage et échantillonnage de l'enquête

Pour que la population de l'enquête reflète au mieux la diversité de la population francilienne dans sa composition sociale et résidentielle, il a été décidé pour la passation du questionnaire de sélectionner **deux territoires aux profils sociaux contrastés**, bien qu'étant comparables par leur population comme par leur densité en orthophonistes :

1° Le premier territoire correspond aux limites d'une **commune de Seine-Saint-Denis** (que nous appellerons « Rougeville »), formée d'un cœur ancien de forte densité et de quartiers périphériques à dominante de logements collectifs et sociaux, relativement bien desservis par le métro et le RER. Cette commune est catégorisée par l'ARS comme étant « **sous dotée** » en orthophonistes en libéral (16 orthophonistes pour 100 000 habitants contre 27 en moyenne en Île-de-France) et possède

également une densité médicale inférieure à la moyenne francilienne (61 omnipraticien-ne-s contre 78). Une étude détaillée du recensement de la population francilienne de 2008 classait ce territoire dans un profil social de type « **ouvriers** », qui est majoritaire en Seine-Saint-Denis, avec une **forte surreprésentation d'ouvriers, d'anciens ouvriers et de personnes sans activité** [Clerval et Delage, 2014].

2° Le second territoire a été défini comme l'ensemble formé par **quatre communes mitoyennes de l'Essonne**, où prédomine l'habitat pavillonnaire et qui sont également desservies par le RER. Si la dotation en orthophonistes est ici légèrement inférieure au premier territoire (13 orthophonistes pour 100 000 habitants) cette moyenne cache d'importantes disparités entre les communes considérées. Trois de ces communes sont ainsi catégorisées comme « **intermédiaires** » pour leur dotation en orthophonistes (« Brunville », « Cité-les-Jardins », « Pavillons-le-Duc », cette dernière possédant la plus forte densité en orthophonistes de tout le département pour les villes de plus de 20 000 habitants), la quatrième commune (« Barre-la-Forêt »), au profil plus populaire que les autres, étant quant à elle catégorisée comme « **très sous dotée** » avec zéro orthophoniste exerçant sur son territoire. L'ensemble formé par ces quatre communes se caractérise cependant par une densité médicale légèrement supérieure à la moyenne francilienne (79 omnipraticien-ne-s pour 100 000 habitants). Par contraste avec le territoire de Rougeville, le territoire enquêté en Essonne était classé dans le profil social de type « **ingénieurs et cadres** » dans l'étude précitée du recensement de la population de 2008, lui aussi majoritaire en Essonne, avec une **forte surreprésentation d'ingénieurs** – signe d'un « embourgeoisement » relativement récent puisque l'analyse des recensements de 1990 et 1999 classait ce territoire dans le type « **moyen populaire** » avec une surreprésentation de techniciens et de contremaîtres [Clerval et Delage, 2014].

Département	Commune	Population	Orthophonistes	Densité	Omnipraticiens	Densité
Seine-Saint-Denis	*Rougeville*	*109343*	*17*	***16***	*67*	***61***
Essonne	Barre-la-Forêt	31126	0	0	20	64
	Brunville	28787	5	17	28	97
	Cité-les-Jardins	28687	5	17	16	56
	Pavillons-le-Duc	23565	10	42	25	106
Total Essonne	*Les Pavillons*	*112165*	*15*	***13***	*89*	***79***

Figure 20. Population et densité médicale (pour 100 000 habitants) dans les territoires enquêtés.

Sources : Assurance maladie (SNIIRAM) au 1er janvier 2016, estimations de population INSEE au 1er janvier 2013.

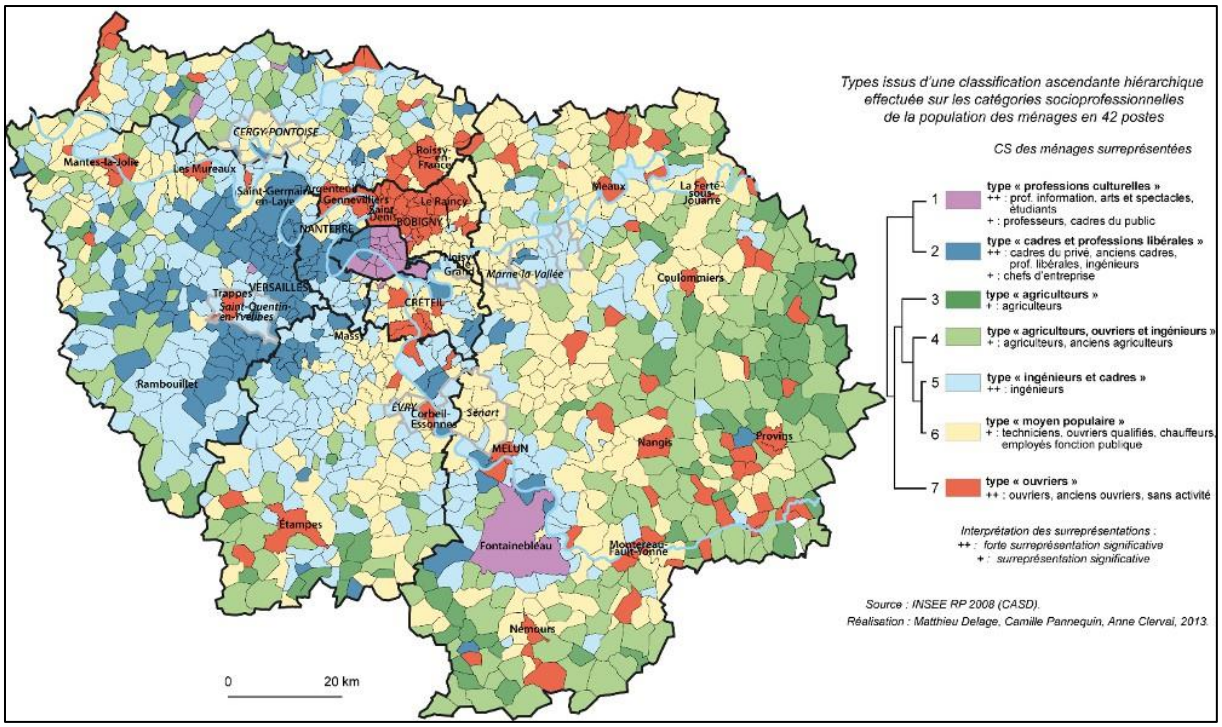


Figure 21. Profil social des ménages des communes franciliennes d'après le recensement de 2008.

Sources : [Clerval et Delage, 2014].

Après avoir prévenu-e-s par email leurs collègues du lancement de notre enquête[13], les membres du bureau de l'URPS des orthophonistes d'Île-de-France nous ont communiqué les coordonnées professionnelles (email et numéro de téléphone, le cas échéant) des orthophonistes exerçant en libéral sur ces deux territoires, que nous désignerons par les termes « **Rougeville** » pour le territoire de Seine-Saint-Denis et « **Les Pavillons** » pour le territoire de l'Essonne par la suite.

[13] Voir encadré ci-dessous

Extrait de l'email envoyé par le bureau de l'URPS aux orthophonistes participant à l'enquête

« Cher(e) Collègue,

Les orthophonistes sont depuis longtemps confronté(e)s à une augmentation des délais de prise en charge, qui peuvent parfois atteindre plusieurs mois. Cette situation est préoccupante pour l'accès aux soins de nos patients.

L'URPS des orthophonistes d'Ile de France, en partenariat avec l'ARS, a donc diligenté une étude sociologique sur les conditions de travail des orthophonistes dans leurs relations au renoncement ou non-recours aux soins orthophoniques, afin d'identifier les enjeux et obstacles auxquels font face les usagers du système de santé dans leurs démarches de soins.

Cette étude, réalisée par un laboratoire du CNRS, a démarré en octobre dernier et entre dans une nouvelle phase d'enquête. Le territoire dans lequel vous exercez, a été choisi pour cette nouvelle phase, c'est pourquoi nous vous sollicitons aujourd'hui pour participer à cette étude, via un questionnaire à destination de vos patients.

M. Nicolas Larchet, sociologue du CNRS, va vous contacter prochainement, afin de vous exposer son propos et les modalités de votre possible participation. Nous vous remercions de lui réserver le meilleur accueil et de lui consacrer un peu de votre temps.

L'URPS des orthophonistes d'Ile-de-France. »

19 orthophonistes exerçant en libéral étaient au final recensées sur Rougeville, regroupées dans 7 cabinets, et 18 orthophonistes aux Pavillons – l'une de ces orthophonistes venait de prendre sa retraite à la fin de l'année 2016, portant à **17 le nombre total d'orthophonistes exerçant aux Pavillons**, regroupées dans 12 cabinets[14].

Au début du mois de juin 2017, nous avons envoyé un email à chacune des orthophonistes recensées par l'URPS pour expliquer notre démarche et solliciter leur participation à l'enquête, accompagné en pièce-jointe d'un exemplaire de la dernière version du questionnaire, intitulé : « **Vous cherchez ou avez consulté un(e) orthophoniste ? Partagez votre expérience** »[15], que nous avions préalablement testé auprès de 3 accompagnantes rencontrées dans la salle d'attente du cabinet de deux membres du bureau de l'URPS en Seine Saint-Denis, et d'une accompagnante qui consultait chez une autre membre du bureau de l'URPS en Essonne, que nous avions rencontrée sur son lieu de travail[16].

[14] Soit deux orthophonistes de plus sur chaque territoire que ne l'indiquaient les données de l'Assurance maladie. Toutes ces orthophonistes étaient des femmes.
[15] Voir l'exemplaire du questionnaire présenté dans l'annexe 4.
[16] Pour disposer d'un échantillon qui soit le plus large possible, nous avons choisi d'intégrer les quatre questionnaires de la version test aux paquets de questionnaires qui nous ont été retournés par les orthophonistes (n=225), dans la mesure où la version test ne variait que sur trois questions par rapport à la version définitive. Nous avons ajouté à cet

« Il faut pas lâcher l'affaire » : reconstituer des trajectoires de soins à partir du test du questionnaire

Si la phase de test du questionnaire nous a permis d'affiner la formulation et l'ordre des questions, les conditions de passation des versions de test du questionnaire, en « face à face » dans la salle d'attente d'un cabinet d'orthophonistes de Seine-Saint-Denis, nous ont également permis de retracer des trajectoires de soins et de collecter un ensemble de données d'« opinion » (subjectives, compréhensives, qualitatives) qui complètent utilement les données de « fait » (objectives, explicatives, quantitatives) issues de l'analyse des seules modalités de réponse aux questionnaires [Singly, 2012 : 60].

Soit le cas de Mme M., 45 ans, une femme au foyer issue de la « *grande communauté des gens du voyage* », comme nous l'expliquait l'orthophoniste qui suivait son fils, un adolescent autiste de 17 ans. En plus de permettre d'interroger une personne qui ne sait ni lire ni écrire, la passation en face à face du questionnaire nous a permis de relancer l'enquêtée pour préciser des réponses insuffisantes ou non prévues parmi les modalités du réponse : ainsi bien qu'elle réponde « *Aucun* » à la question 25 « *Quelle est votre profession ou votre dernier emploi ?* », Mme M. explique qu'elle serait « *plutôt infirmière* » ou « *femme de ménage* » s'il fallait donner une profession, puisqu'elle s'occupe à temps plein de son fils autiste qui ne va plus à l'école depuis qu'il a atteint l'âge de 16 ans, faute de place et d'AVS disponible. De même, quand nous lui demandons « *Avez-vous des professionnels de santé dans votre entourage ?* », celle-ci comprend parfaitement le sens de notre question et précise avoir entendu parler de la possibilité d'un suivi orthophonique par le bouche à oreille sur les marchés qu'elle fréquente avec son mari, ce qui nous donne une autre indication sur son activité professionnelle (« *Dans la communauté on fait beaucoup les marchés, parfois y'a des gens qui connaissent, par l'entourage on se renseigne* »).

La passation peut aussi être l'occasion de recueillir les plaintes des familles accompagnant leur enfant chez l'orthophoniste : soit le cas de Mme J., 31 ans, caissière de supermarché, née aux Comores, mariée avec deux enfants, dont l'aînée, âgée de7 ans, est également sujette à des troubles autistiques sévères : plus nous avançons dans le remplissage du questionnaire, plus celle-ci nous confie ses sentiments d'abandon et de colère face à la situation de sa fille, qui n'est pas allée à l'école cette semaine à cause de l'absence de son AVS : alors qu'il est « *presque impossible* » de trouver une place à l'école, Mme J. pourrait bien être obligée d'arrêter de travailler si elle ne trouve pas de place à la rentrée prochaine, ce qui forcerait son mari à « *faire des ménages le soir* » en plus de son emploi actuel. C'est toute l'inhumanité du système de soins et de protection sociale qui est au final dénoncée par cette mère désemparée : quand elle explique sa situation aux assistantes sociales celles-ci l'envoient « *chier* » en lui disant « *Vous n'êtes pas toute seule* » à attendre, tandis que la seule aide qui leur est proposée est de nature financière, ce qu'elle rejette en l'opposant à un accompagnement humain : « *On veut pas de leur argent, c'est d'aide qu'on a besoin* ».

Une autre mère d'un enfant autiste, Mme K., 47 ans, une assistante de direction originaire de Zagreb en Croatie, nous dévoile les stratégies propres aux classes dominantes pour accéder aux soins : alors que les deux mères évoquées plus haut s'en étaient remises pour l'une au CMP et pour l'autre des à la PMI afin d'obtenir un rendez-vous chez l'orthophoniste, Mme K. a multiplié les démarches en effectuant des recherches personnelles sur internet et en jouant sur les relations haut placées de son époux pour trouver une place au lycée pour son fils autiste : « *Pour les enfants autistes y'a rien en France, c'est dur il faut se battre, mon mari a des connaissances on est allé jusqu'au ministre pour trouver une AVS, je me suis dit il va ouvrir la porte pour les autres enfants* ». Âgé de 17 ans, ce dernier est « *parmi les meilleurs* » de sa classe et va entrer en 1ère S, preuve pour sa mère qu'« *il faut pas lâcher l'affaire* » et continuer le combat.

ensemble un questionnaire passé auprès d'une accompagnante qui consultait chez une membre du bureau de l'URPS en Essonne que nous avions interviewé à son domicile, et deux autres questionnaires passés dans un centre de PMI de l'Essonne, soit 7 questionnaires supplémentaires pour un total de 232 questionnaires.

1.3. Taux de réponse et représentativité de l'échantillon

Bien que nous ayons contacté l'ensemble des cabinets d'orthophonistes de Rougeville et des Pavillons, **l'échantillon de notre enquête ne saurait être considéré comme « représentatif »** de l'ensemble des familles consultant l'orthophoniste sur ces territoires, en l'absence d'un échantillonnage aléatoire de la population d'enquête, alors même que nous avons enregistré un **taux de non-réponse relativement important**, bien que très inégalement réparti. Nous avions envoyé en tout 970 questionnaires à 15 cabinets sur les 19 recensés, faute d'être parvenu à contacter l'un de ces cabinets tandis que nous avions essuyé des **refus d'enquête** de la part de trois autres cabinets : le premier par refus de l'objectivation statistique (« *Je ne veux pas rentrer dans les cases* »), le second invoquant l'incapacité des patient-e-s à remplir le questionnaire (« *On est à Rougeville, une famille sur deux ne parle pas français, ils ne peuvent pas remplir le questionnaire* »), la troisième invoquant le respect de la patientèle et ne voyant pas l'utilité d'une enquête sur un problème déjà connu (« *Non, pas de questionnaire ça perturbe ma clientèle. On va pas se mentir tout s'écroule, y'a de gros problèmes d'accès aux soins, on le sait* »).

Sur les 15 cabinets sélectionnés, seuls 12 nous ont retourné des questionnaires par courrier dans l'enveloppe prévue à cet effet (4 à Rougeville, 8 aux Pavillons) : nous ne pouvons calculer de taux de réponse qu'à partir de ce groupe, ne sachant pas si les autres cabinets ont proposé ou non les questionnaires à leurs patient-e-s. Sur un total de **730 questionnaires envoyés à ces 12 cabinets**, 225 nous ont ainsi été retournés (auxquels nous avons ajouté 7 questionnaires de test), soit un **taux de réponse global de 31 %**, ce qui est dans la fourchette des taux de réponse généralement constatés au cours de la passation de questionnaires aux patient-e-s (un taux de réponse pouvant être considéré comme « **faible** » entre 10 % et 20 %, « **moyen** » de 20 % à 40 % et « **fort** » au-delà). Ce taux de réponse variait significativement selon les territoires enquêtés : il tombait ainsi à **22 % à Rougeville** (49 questionnaires retournés sur 220 envoyés) et atteignait les **35 % aux Pavillons** (176 questionnaires retournés sur 510). S'il n'est guère surprenant que le taux de réponse soit le plus faible à Rougeville, où une orthophoniste avait comme on l'a vu refusé l'enquêté au motif que la moitié de sa clientèle « ne parlait pas français », il reste que **ce taux dépendait largement de l'investissement des orthophonistes dans la passation des questionnaires**, comme en témoigne la grande variation des taux de réponse selon les cabinets, qui pouvait aller **d'un minimum de 10 %** (8 questionnaires retournés sur 80 dans un cabinet de Rougeville et 4 questionnaires retournés sur 40 dans un cabinet de Brunville aux Pavillons) **jusqu'à un taux de**

100 % dans un cas (40 questionnaires retournés sur 40 dans un cabinet de Cité-les-Jardins aux Pavillons).

Une façon de contrôler la représentativité de notre échantillon serait de **comparer la composition sociale de notre échantillon à la composition sociale de la population de référence**, exprimée à partir de la nomenclature des **professions et catégories socioprofessionnelles** (PCS) de l'INSEE. On trouvera sur le tableau ci-dessous la part de chaque principale catégorie socioprofessionnelle dans la population active sur les territoires de Rougeville et des Pavillons, ainsi que dans l'ensemble formé par ces deux territoires :

PCS	% Rougeville	% Pavillons	% Ensemble	*dont % femmes*	*dont % hommes*
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4	4	**4**	*2*	*6*
Cadres, professions intellectuelles supérieures	12	21	**16**	*14*	*19*
Professions intermédiaires	20	28	**24**	*27*	*21*
Employés	37	30	**34**	*49*	*20*
Ouvriers	27	16	**21**	*7*	*34*

Figure 22. Population active selon la catégorie socioprofessionnelle dans les territoires de Rougeville et des Pavillons.

Sources : INSEE, recensement de la population 2014.

À supposer que notre échantillon reflète bien la population des territoires enquêtés[17], **dans quelle mesure Rougeville et les Pavillons sont-ils représentatifs de l'Île-de-France** ? Le tableau suivant permet de comparer la composition sociale de ces territoires avec la composition sociale de la population francilienne et de l'ensemble de la population française. On y voit que ces territoires, à défaut d'être représentatifs de l'Île de France au niveau de leur composition sociale (les cadres y sont par exemple près de deux fois moins nombreux), le sont davantage la France dans son ensemble, avec des **proportions comparables de cadres** (16 % contre 18 %) **et d'ouvriers** (21 % dans les deux cas)[18].

[17] Sur ce point, voir plus bas.

[18] Le groupe des agriculteurs exploitants n'est ici pas pris en compte en raison des faibles effectifs franciliens. La population enquêtée se démarque en revanche fortement de l'ensemble de la population française au niveau de la répartition entre la population de nationalité française et la population étrangère (ou née à l'étranger) : nous y reviendrons.

PCS	% Rougeville et Les Pavillons	% Île-de-France	% France
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	**4**	5	6
Cadres, professions intellectuelles supérieures	**16**	30	18
Professions intermédiaires	**24**	26	26
Employés	**34**	26	28
Ouvriers	**21**	13	21

Figure 23. Population active selon la catégorie socioprofessionnelle dans les territoires de Rougeville et des Pavillons par rapport aux populations actives francilienne et française.

Ce tableau est à comparer avec le tableau suivant, où l'on voit la composition de la population active par catégories socioprofessionnelles de notre échantillon comparée à la population de référence, pondérée par le sexe : dans la mesure où **78 % des répondants au questionnaire sont des femmes** (181 femmes sur 231 sexes déclarés) et où la composition des PCS varie fortement selon le sexe (opposant typiquement l'homme ouvrier à son épouse employée, ou le cadre à son épouse profession intermédiaire), il nous a semblé nécessaire de prendre en compte cette variable pour **décrire plus finement la représentativité de notre échantillon par rapport à la population de référence, à répartition égale des sexes**.

PCS	% Rougeville et les Pavillons *	% Échantillon	Différence
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3	**6**	+3
Cadres, professions intellectuelles supérieures	15	**18**	+3
Professions intermédiaires	26	**27**	+1
Employés	43	**43**	0
Ouvriers	13	**7**	-6

Figure 24. Population active selon la catégorie socioprofessionnelle dans l'échantillon et dans la population de référence des territoires de Rougeville et des Pavillons.

**Répartition selon la catégorie socioprofessionnelle de la population active pondérée par le sexe (femmes = 0,78 ; hommes = 0,22).*

Ce tableau suggère l'existence d'un **gradient dans l'accès aux soins**, qui semble aller croissant avec la hiérarchie sociale, sinon avec l'autonomie dans le travail : les professions indépendantes classées dans le groupe des « **artisans, commerçants et chefs d'entreprises** » étaient ainsi deux fois plus nombreux dans notre échantillon (6 %) que dans la population de référence à répartition égale des sexes (3 %), tandis que les groupes des « **cadres et professions intellectuelles supérieures** » (+ 3 points) et des « **professions intermédiaires** » (+ 1 point) dans une moindre

mesure étaient également surreprésentés. À l'inverse, **le groupe des « ouvriers » est fortement sous-représenté**, avec près de deux fois moins d'ouvriers dans notre échantillon que dans la population de référence (7 % contre 13 %).

Au-delà du revenu, le style de vie : sur les usages sociologiques de la nomenclature des PCS

Instituée en 1954, profondément réformée en 1982 et révisée en 2003, la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de l'INSEE se distingue des nomenclatures socioprofessionnelles utilisées dans les autres pays d'Europe et aux États-Unis, généralement fondées sur une hiérarchie de revenus à l'image de la célèbre échelle de stratification développée dans les années 1930 par le sociologue américain Lloyd Warner (depuis la *lower-lower class* jusqu'à l'*upper-upper class*), par son caractère multi-dimensionnel, faisant se combiner trois logiques de classement : une logique par « métiers », issue des corporations de l'Ancien régime et fondée sur une transmission familiale des savoirs et des patrimoines, une logique de distinction du statut de l'emploi entre salariés et patrons, qui a lentement émergé au cours du XIXe siècle avec la naissance du droit du travail et d'une définition codifiée du salariat, et enfin une logique plus récente fondée sur la qualification de l'emploi, qui s'est imposée à partir des accords Matignon de 1936 sur le modèle des grilles de salaire utilisées dans la grande industrie et la fonction publique, dernière logique à laquelle se superpose la distinction entre emplois publics et privés [Desrosières et Thévenot, 2002].

Mobilisée de façon inventive par Pierre Bourdieu et ses collaborateurs-trices pour décrire un « espace social » caractérisé par l'occupation de positions professionnelles mais aussi culturelles, esthétiques ou politiques communes [Bourdieu, 1979], intériorisée par les acteurs sociaux et les représentants professionnels qui la mobilisent dans leurs « luttes de classement » pour obtenir par exemple la reconnaissance d'un métier au statut de cadre, la nomenclature des PCS est encore fréquemment utilisée de nos jours en sociologie pour montrer des liens entre les positions professionnelles et les styles de vie de ceux qui les occupent.

Deux interprétations peuvent être données de ces différences dans la composition sociale de notre échantillon et de la population de référence, qui ne s'opposent pas nécessairement mais dont l'effet peut se cumuler :

1° **La surreprésentation de catégories sociales fortement dotées en capital culturel** (cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires) mais aussi en **capital économique** (artisans, commerçants et chefs d'entreprise) pourrait être **l'effet d'un biais propre aux enquêtes par questionnaire**, qui présupposent une certaine proximité avec les normes scolaires et qui aurait pu être redoublé ici par les **conditions de passation des questionnaires** (autoadministrés, avec l'aide de l'orthophoniste dans certains cas) : le fait que le taux de réponse soit bien plus important aux Pavillons (35 %) qu'à Rougeville (22 %), où les cadres sont près de deux fois moins nombreux et la population née à l'étranger deux plus nombreuse, semble conforter une telle interprétation.

2° Mais la surreprésentation de ces mêmes catégories peut également être interprétée comme le **reflet de leur surreprésentation dans la patientèle des orthophonistes** : selon cette hypothèse l'accent n'est pas mis sur un biais dans la sélection des **répondants** au questionnaire mais un biais préexistant à l'enquête dans le recrutement des **patient-e-s** consultant l'orthophoniste. Plusieurs travaux sociologiques vont dans le sens de cette interprétation : dès les années 1960 en s'appuyant sur des analyses secondaires d'enquêtes statistiques, des interviews de patient-e-s et des observations de consultations médicales, Luc Boltanski constatait un **accroissement de la « compétence médicale »** (définie comme l'aptitude à identifier les messages du corps et à les verbaliser)[19] **en passant des classes populaires aux classes supérieures**. Ces différences étaient encore plus marquées en ce qui concerne **l'investissement parental dans le soin des enfants** : ainsi seuls 30 % des ouvriers agricoles disaient présenter régulièrement leur enfant au médecin plutôt qu'en cas de maladie seulement, ce taux montant à 37 % chez les agriculteurs, 40 % chez les ouvriers, 44 % chez les employés et 50 % chez les cadres moyens [Boltanski, 1968 ; 1971].

Ces inégalités sociales dans l'accès aux soins persistent aujourd'hui, s'agissant en particulier de **pathologies qui reposent sur la reconnaissance d'un écart aux normes scolaires** (et donc sur l'intériorisation de ces normes), comme le sont les « **troubles des apprentissages** » : une enquête sociologique récente menée auprès d'un échantillon de 603 familles membres de l'Association de parents d'enfants dyslexiques (APEDYS) a constaté une **forte surreprésentation des classes moyennes parmi les élèves dyslexiques** et une quasi-absence des cadres (au capital culturel plus assuré) et des ouvriers (éliminés plus tôt de la compétition scolaire), allant jusqu'à décrire la dyslexie comme une « **maladie de classe moyenne** » [Garcia, 2013].

[19] « Si les malades des classes populaires sont peu enclins à se confier à leur médecin, c'est d'abord qu'ils ne possèdent pas l'équipement linguistique et, plus particulièrement, le vocabulaire de l'introspection et le langage des émotions qui leur serait nécessaire pour s'ouvrir au médecin de leurs problèmes et de leurs soucis les plus intimes » [Boltanski, 1968 : 67].

2. Qui consulte l'orthophoniste ?

Nous allons maintenant analyser plus en détail la structure socio-démographique de notre échantillon, ce qui nous permettra d'affiner ces hypothèses sur **les chances inégales d'accès aux soins orthophoniques**.

2.1. Un profil socio-démographique type : une femme employée, 40 ans, titulaire du bac, mariée deux enfants, qui consulte pour son fils de 8 ans

Les personnes interrogées se différenciaient tout d'abord selon leur **rôle dans la relation thérapeutique** : sur 231 personnes ayant répondu à la question « *Pour qui cherchez-vous à obtenir un rendez-vous chez l'orthophoniste ?* », 207 ont déclaré consulter l'orthophoniste pour leur **enfant** (90 %), 16 pour elles-mêmes (7 %, notés dans le tableau ci-dessous comme « **répondant** »), une petite minorité pour leur **conjoint** (3 %) ou un de leurs **parents** (1 %).

La grande majorité des personnes interrogées ne sont donc pas des patient-e-s mais des « accompagnants » de membres de leur famille : le questionnaire s'adressait en effet explicitement aux personnes ayant entrepris les démarches de soins, qu'elles les aient entrepris pour elles-mêmes ou pour autrui. Comme nous le verrons plus loin, **le degré d'investissement dans les démarches de soins différait significativement selon que le ou la patient-e concerné-e était un-e enfant ou un-e adulte** (répondant, conjoint ou parent), mais aussi selon qu'il était **un garçon ou une fille**.

Patient	Effectifs	%
Enfant	207	90%
Répondant	16	7%
Conjoint	6	3%
Parent	2	1%
Total général	231	100%

Figure 25. Patient-e pour lequel ou laquelle les personnes interrogées ont consulté l'orthophoniste.

Les personnes interrogées se différenciaient également par le **sexe** : comme nous l'avons déjà vu, **les femmes sont très largement majoritaires** dans notre échantillon avec 173 femmes sur 221

sexes déclarés (78 %). La **capacité à se rendre disponible pour consulter** semble jouer un rôle déterminant dans cette inégale répartition des sexes : les femmes sont ainsi particulièrement nombreuses à Rougeville (81 %) où près d'un tiers d'entre elles déclarent être **femmes au foyer** (33 %).

Sexe	Effectifs	%
Féminin	181	78%
Masculin	50	22%
Total général	231	100%

Figure 26. Sexe des personnes interrogées.

Ce qui précède explique que la population enquêtée soit plutôt âgée dans son ensemble, puisqu'elle était très majoritairement composée de **parents**, et surtout comme on l'a vu de **mères de famille** : **l'âge moyen était de 44 ans** (contre 41 ans pour l'ensemble de la population française) et **l'âge médian de 40 ans** (autrement dit 50 % des personnes interrogées étaient âgées plus de 40 ans au moment de l'enquête), tandis que près d'**un tiers des personnes interrogées avait entre 35 et 39 ans**. Ces valeurs centrales cachent le fait que la pyramide des âges des personnes interrogées est particulièrement resserrée du début des années 1960 jusqu'au milieu des années 1940 (de 55 à 75 ans environ), avant de s'élargir légèrement vers son sommet à partir de cette dernière date jusque vers le début des années 1930 (la personne interrogée la plus âgée, née en 1930, avait 87 ans).

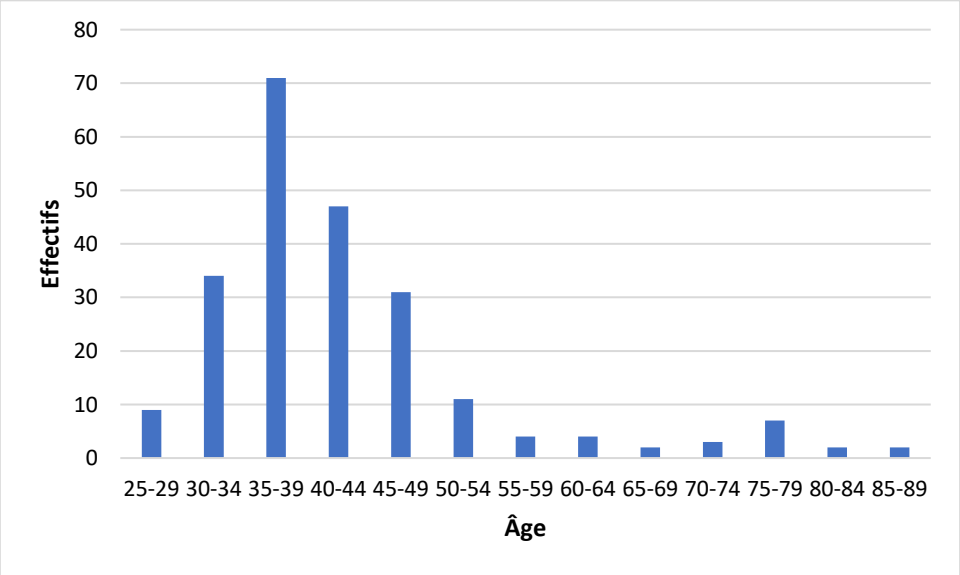


Figure 27. Âge des personnes interrogées.

Les personnes interrogées ne consultaient évidemment pas l'orthophoniste pour les mêmes pathologies selon leur âge, comme nous allons le voir plus loin : l'on pourrait reconstituer la **carrière théorique d'un-e patient-e au cours de son cycle de vie**, qui viendrait consulter pour des « troubles des apprentissages » vers 8 ans, avant d'accompagner son enfant pour les mêmes troubles vers 40 ans[20] et de revenir consulter pour des maladies neurodégénératives vers 75 ans.

L'écrasante majorité des personnes interrogées vivaient **mariées ou en concubinage** (60 % étaient mariées, 20 % en couple, 3 % pacsées, soit 83 % au total), ce qui ne devrait pas étonner dans la mesure où elles consultaient généralement pour de **jeunes enfants**, comme nous allons le voir plus bas. Notons cependant que **le taux de divorce était particulièrement faible** parmi les personnes interrogées (7 %), alors que le taux de divorce prononcé par mariage enregistré atteignait 50 % en Essonne et 43 % en Seine-Saint-Denis : il semble bien que **la coopération des deux parents favorise l'accès aux soins**.

Statut matrimonial	Effectifs	%
Marié	138	60%
En couple	45	20%
Célibataire	18	8%
Divorcé	17	7%
Pacsé	7	3%
Veuf	4	2%
Total général	229	100%

Figure 28. Statut matrimonial des personnes interrogées.

La **taille moyenne des ménages interrogés était de 4,1 personnes** (4,3 pour les ménages mariés ou en concubinage), soit un nombre moyen de **deux enfants par famille**, certaines familles ayant plusieurs enfants suivi-e-s par la même orthophoniste[21].

[20] Des orthophonistes établies dans la même région depuis une vingtaine d'années ou plus nous ont ainsi indiqué en entretien avoir reçu en consultation les deux générations d'une même famille pour des troubles des apprentissages.
[21] Sur 206 familles qui consultaient pour leurs enfants, une famille avait deux enfants suivi-e-s par l'orthophoniste, une autre trois enfants : par convention, nous n'avons pris en compte que les données concernant l'enfant le plus âgé.

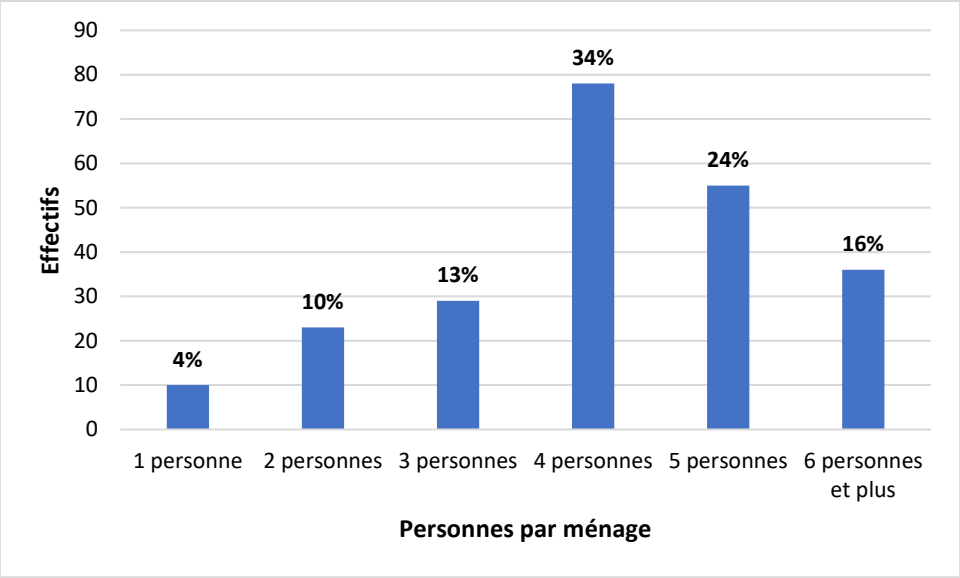


Figure 29. Taille des ménages des personnes interrogées.

Nous avons vu que 90 % des personnes interrogées consultaient l'orthophoniste pour le compte de leur enfant : **l'âge moyen et médian des enfants suivi-e-s était de 8 ans**, le plus jeune ayant 2 ans et le plus âgé 29 ans, la pyramide des âges étant **très concentrée autour de 5 à 10 ans** (seuls 2 % des enfants suivi-e-s avaient moins de 4 ans et 2 % également avaient 18 ans et plus).

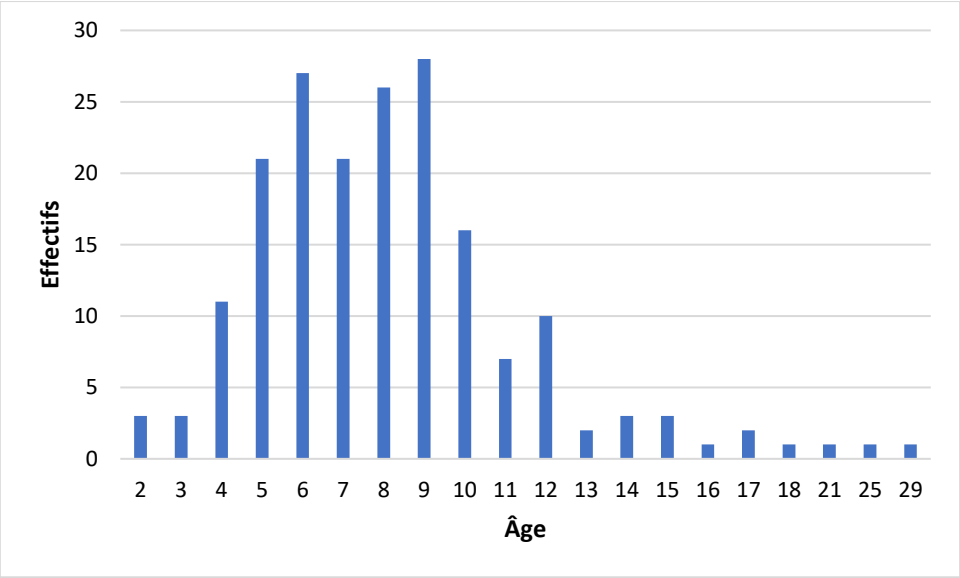


Figure 30. Âge des enfants suivi-e-s par l'orthophoniste.

Les enfants de sexe masculin avaient près de deux fois plus de chance d'être suivis que les petites filles : 131 enfants suivi-e-s sur 206 étaient des garçons (64 %). Comme nous le verrons plus loin, les enfants ne faisaient pas non plus l'objet du même suivi selon leur sexe.

Sexe	Effectifs	%
Féminin	75	36%
Masculin	131	**64%**
Total général	206	100%

Figure 31. Sexe des enfants suivi-e-s.

Les personnes interrogées **résidaient majoritairement dans la ville où ils consultaient** (49 %), mais une grande partie d'entre eux habitaient dans une autre commune du département (46 %) et une petite minorité dans un autre département (4 %).

Résidence	Effectifs	%
Ville	83	**49%**
Département	87	46%
Région	10	4%
Total général	180	100%

Figure 32. Résidence des personnes interrogées.

La population enquêtée se différenciait également selon son origine géographique, qui à l'image de l'âge se distribuait autour de deux pôles : si la **majorité des personnes interrogées étaient originaires d'Île de France**, seules 3 % étaient nées dans la ville où elles résidaient au moment de l'enquête (plus nombreuses à Rougeville qu'aux Pavillons) et 9 % dans le même département, contre 41 % dans le reste de la région. À cette population francilienne s'opposait la **population née à l'étranger, comptant pour près d'un tiers de l'échantillon** (33 %). On peut bien parler ici d'une population clivée entre « locaux » et « étrangers » : ainsi **seules 12 % des personnes interrogées étaient nées en France métropolitaine hors Île-de-France** (Bretagne et Lorraine en tête)**,** tandis que 2 % étaient nées dans les départements d'outre-mer (Antilles et Guyane).

Lieu de naissance	Effectifs	%
Ville	8	3%
Autre département	18	9%
Autre région	92	**41%**
Autre France métropolitaine	31	12%
DOM	6	2%
Étranger	72	**33%**
Total général	227	100%

Figure 33. Lieu de naissance des personnes interrogées.

La population née à l'étranger était ici largement surreprésentée : si d'après le recensement de 2014 la proportion de personnes nées à l'étranger était de 31 % à Rougeville, elle n'était que de 9% aux Pavillons (variant de 5 % à Brunville jusqu'à 14 % à Barre-la-Forêt), soit une moyenne de **20 % de personnes nés à l'étranger dans la population de référence**. Il faudrait analyser plus en détail la composition de cette population pour en tirer des hypothèses sur le rôle éventuel du **bilinguisme** (voire de cas de multilinguisme) dans la demande de soins orthophoniques [Santelli, 2016] et contrôler l'effet de **la position sociale, qui semble jouer un rôle plus déterminant que le pays d'origine des parents** dans l'accès aux soins comme nous allons le voir par la suite.

En l'absence de données détaillées pour la population de référence, nous ne pouvons ici que présenter les **effectifs de personnes nées à l'étranger par pays de naissance** : les pays d'Afrique du Nord venaient largement en tête avec 44% des naissances à l'étranger (Algérie, Maroc, Tunisie), suivis des pays d'Afrique subsaharienne (Mali, Congo-Kinshasa), d'Europe (Portugal, Roumanie) mais aussi d'Asie (Turquie, Inde) et même des Amériques (Brésil, Mexique).

Pays de naissance	Effectifs	%
Algérie	20	28%
Maroc	8	11%
Tunisie	3	4%
Total Afrique du Nord	*31*	***44%***
Mali	5	7%
Congo-Kinshasa	3	4%
Cameroun	2	3%
Comores	2	3%
Congo-Brazzaville	2	3%
Sénégal	2	3%
Cap-Vert	1	1%
Ghana	1	1%
Mauritanie	1	1%
Autre Afrique	1	1%
Total Afrique subsaharienne	*20*	***28%***
Portugal	4	6%
Roumanie	2	3%
Allemagne	1	1%
Croatie	1	1%
Italie	1	1%
Suisse	1	1%
Total Europe	*10*	***14%***
Turquie	3	4%
Inde	2	3%
Pakistan	1	1%
Sri Lanka	1	1%
Syrie	1	1%
Total Asie	*8*	***11%***
Brésil	1	1%
Mexique	1	1%
Total Amériques	*2*	***3%***
Total général	71	100%

Figure 34. Personnes interrogées nées à l'étranger par régions du globe.

Ces pays reflètent en partie la composition de la population née à l'étranger dans l'ensemble de l'Île de France d'après les données du recensement, même si la **quasi-absence de personnes originaires de pays d'Europe de l'Est** (Roumanie et Croatie mises à part) **et d'Asie de l'Est ou du Sud-Est** peut surprendre (absente de nos données, la Chine est pourtant le sixième pays pour les naissances à l'étranger dans la population francilienne, juste derrière la Turquie)[22].

[22] Ici encore il semble raisonnable d'invoquer un biais de sélection des répondants au questionnaire, dans la mesure où les pays de culture francophone (Maghreb, Afrique noire) sont davantage représentés que les autres.

Si nous connaissons déjà la part de chaque grande **catégorie socioprofessionnelle** dans la population active interrogée (6 % de chefs d'entreprise, 18 % de cadres, 23 % de professions intermédiaires, 43 % d'employés, 7 % d'ouvriers), le tableau-ci-dessous inclut dans ce comptage les **retraités et autres personnes sans activité professionnelle** en distinguant les échantillons de Rougeville et des Pavillons, dont on a vu que les profils sociaux étaient très éloignés.

PCS	Effectifs Rougeville	% Rougeville	Effectifs Pavillons	% Pavillons	Ensemble	% Ensemble
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2	4%	8	**5%**	10	5%
Cadres, professions intellectuelles supérieures	2	4%	30	**18%**	32	14%
Professions intermédiaires	6	12%	43	**25%**	49	22%
Employés	21	**42%**	56	33%	77	35%
Ouvriers	3	**6%**	9	5%	12	5%
Retraités	5	**10%**	14	8%	19	9%
Autres personnes sans activité professionnelle	11	**22%**	11	6%	22	10%
Total général	50	100%	171	100%	221	100%

Figure 35. Catégories socioprofessionnelles des personnes interrogées à Rougeville et aux Pavillons.

Les **employés sont ainsi surreprésentés parmi les personnes interrogées à Rougeville** (42 % contre 33 % aux Pavillons), qui compte également trois fois plus de **personnes sans activité professionnelle** autre que les retraités qu'aux Pavillons (22 % contre 6 %, pour la plupart des femmes au foyer), tandis que les **cadres sont fortement surreprésentés parmi les personnes interrogées aux Pavillons** (18 % contre 4 %), comme les **professions intermédiaires** dans une moindre mesure (25 % contre 12 %). Le nombre de personnes interrogées à Rougeville est cependant trop faible pour que l'on puisse pousser plus loin la comparaison : on remarquera surtout que **les professions intermédiaires et les employés sont largement majoritaires dans l'ensemble de l'échantillon**.

Les **niveaux de diplôme** sont également très hétérogènes entre les échantillons de Rougeville et des Pavillons : alors que **70% des personnes interrogées aux Pavillons étaient titulaires d'un diplôme de niveau égal ou supérieur au baccalauréat, ils n'étaient que 47 % à Rougeville** dans ce cas, et 65 % dans l'ensemble de l'échantillon. Notons toutefois que **cette proportion est bien plus élevée que dans la population de référence** : ainsi d'après le recensement de la

population de 2014, seule 49 % de la population non scolarisée âgée de 15 ans ou plus des Pavillons était titulaire d'un diplôme de niveau bac ou supérieur, et 38 % à Rougeville : on peut ainsi affirmer que **la population qui consulte l'orthophoniste est largement plus diplômée que la moyenne**. Encore une fois, cette différence pourrait bien être due à un biais dans la sélection des répondants au questionnaire, mais l'écart est ici tellement important avec la population de référence (9 points à Rougeville, 21 points aux Pavillons) qu'on ne saurait l'imputer à ce seul facteur, a fortiori si on compare ces écarts avec ceux constatés au niveau des catégories socioprofessionnelles.

Diplôme	Effectifs Rougeville	% Rougeville	Effectifs Pavillons	% Pavillons	Ensemble	% Ensemble
Aucun	7	**14%**	5	3%	12	5%
BEPC	6	**12%**	9	5%	15	7%
CAP, BEP	14	**27%**	39	22%	53	23%
Bac	7	14%	32	**18%**	39	17%
Bac + 2	6	12%	34	**19%**	40	18%
Bac + 3	5	10%	25	**14%**	30	13%
Bac + 5	5	10%	29	**16%**	34	15%
Bac + 8	1	2%	4	2%	5	2%
Total général	51	100%	177	100%	228	100%

Figure 36. Niveau de diplôme dans les échantillons de Rougeville et des Pavillons.

Enfin, les personnes interrogées consultaient en majorité pour des « **troubles des apprentissages** » : **29 %** pour des troubles du **langage oral** (articulation, retard de langage, dysphasie), qui pouvaient aller du simple retard de langage aux « *enfants sans langage avec risque de TSA* », **22 %** pour des troubles du **langage écrit** (dyslexie, dysorthographie, dysgraphie), **7 %** pour des troubles du **langage oral et écrit**[23] et 4 **%** pour des troubles **logico-mathématiques**. Dans leur ensemble, ces troubles concernaient ainsi **62 % de la patientèle**, ce qui est une proportion très proche des résultats de l'enquête Kalliopé : les orthophonistes interrogé-e-s en 2002 dans la région lyonnaise consacraient en effet 62 % de leur temps de travail aux pathologies « articulation, parole, langage », « dyslexie, dysorthographie, dysgraphie » et « dyscalculie » [Le Feuvre, 2016a : 50].

[23] Nous n'avons pas codé les autres pathologies multiples, en raison d'effectifs insuffisants, la majorité concernant des situations de handicap.

En revanche, **la proportion d'enfants suivi-e-s pour des situation de handicap semble avoir fortement augmenté ces dernières années :** là où l'enquête Kalliopé montrait que les orthophonistes consacraient en 2002 un peu plus de 7 % de leur temps de travail à la « rééducation du jeune enfant présentant un handicap » (une proportion en baisse par rapport aux années précédentes), **22 % des patient-e-s de notre échantillon étaient suivi-e-s pour des situations de handicap,** qui concernaient essentiellement des **enfants autistes**, mais aussi des cas de **trisomie 21** ou des **syndromes génétiques rares**, et étaient souvent associés à des pathologies multiples[24]. Les **maladies neurodégénératives** (Parkinson, Alzheimer et maladies assimilées)[25] **avaient elles aussi vu leur part augmenter avec 6 % des patients suivi-e-s**, alors que les orthophonistes consacraient moins de 2% de leur temps de travail aux « troubles liés au vieillissement » quinze ans plus tôt d'après l'enquête Kalliopé.

Pathologie	Effectifs	%
Langage oral	65	**29%**
Langage écrit	49	**22%**
Handicap	49	22%
Langage oral et écrit	17	**7%**
Maladies neuro	14	6%
Logico-math	9	**4%**
Bégaiement	8	4%
Aphasie	7	3%
Surdité	6	3%
Voix	3	1%
Total général	227	100%

Figure 37. Pathologies pour lesquelles les personnes interrogées consultent l'orthophoniste.

Un profil socio-démographique type se dégage de cette première analyse : une **femme employée, âgée de 40 ans, originaire de la région parisienne, titulaire du bac, mariée et mère deux enfants, qui consultait dans sa commune pour son fils de 8 ans atteint de troubles du**

[24] Catégorie dans laquelle nous avons codé les troubles envahissants du développement (TED), les troubles du spectre autistique (TSA), les troubles du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) et les réponses « Autre » de type « syndrome génétique » ou « trisomie 21 », la quasi-totalité des patient-e-s pris en charge pour ces troubles bénéficiant d'une allocation aux adultes handicapés (AAH) ou d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), le reste étant constitué de personnes en attente d'une reconnaissance de handicap.

[25] Catégorie dans laquelle nous avons ajouté les troubles de la déglutition en raison d'effectifs insuffisants, ceux-ci concernant essentiellement des personnes âgées ou atteintes de maladies neurodégénératives.

langage oral, lequel avait de plus en plus de chances d'être suivi pour un **handicap**. C'est seulement en examinant le détail des professions représentées dans l'échantillon qu'on pourra se faire une idée plus précise du milieu social et des ressources spécifiques des personnes interrogées, comme nous allons le découvrir à présent.

2.2. Une surreprésentation des professions de l'enseignement, de la santé et du travail social : l'hypothèse de l'homologie structurale

En saisissant les réponses aux questionnaires dans une base de données, un phénomène nous avait frappé : le **grand nombre de personnes occupant un emploi dans les secteurs de l'enseignement, de la santé et du travail social**, professions historiquement issues d'un double processus de laïcisation et de professionnalisation d'une activité initialement exercée à titre bénévole par des prêtres ou congrégations religieuses et que le sociologue du travail Charles Gadéa appelait le « **monde du travail sur l'humain** » [Gadéa, 2013]. Nous avons entrepris de coder cette nébuleuse de professions dans une catégorie spécifique que nous désignerons par l'acronyme « **PESTS** » pour « professions de l'enseignement, de la santé et du travail social ». Sur 180 actifs ayant indiqué une profession[26], 61 occupaient des emplois dans ces secteurs soit **34 % de l'échantillon** (29 % en incluant les personnes sans activité professionnelle).

Ces professions se distinguent des autres professions de l'échantillon par leur **forte féminisation** (95 % des PESTS sont ici des femmes), par leur niveau de qualification généralement reconnu par un **diplôme d'État**, par leur grande proportion d'emplois dans la **fonction publique et assimilés**, et surtout par leur **recrutement social parmi les classes moyennes ou « petites moyennes »** : 49 % des personnes identifiées comme occupant un tel emploi dans notre échantillon se recrutaient parmi le groupe des employés, notamment dans la PCS 56 de l'INSEE des « **personnels des services directs aux particuliers** » où l'on retrouve les professions d'assistant-e maternel-le (4 répondants) et d'assistant-e familiale (3) et ainsi que dans la PCS 52 des « **employés civils et agents de service de la fonction publique** » où sont classé-e-s les aides-soignant-e-s (3 répondants) et les ATSEM (3). Le reste des PESTS se recrutaient ici très majoritairement chez les professions intermédiaires, notamment dans la PCS 43 des « **professions intermédiaires de la santé et du travail social** » (47 %) où l'on retrouve notamment les professions d'infirmier-e

[26] Nous avons exclu de ce comptage les chômeurs n'ayant pas indiqué de profession ou de dernier emploi occupé et avons à l'inverse inclus les hommes et femmes au foyer ayant indiqué le contraire, en considérant que beaucoup de pères et surtout de mères de famille s'arrêtaient de travailler pour s'occuper de leur enfant handicapé.

(5 répondants), d'éducateur-trice spécialisé-e (5), d'assistant-e dentaire (2) et de préparateur-trice en pharmacie (2). La PCS 42 des « **professeurs des écoles, instituteurs et assimilés** » est également bien représentée avec 5 professeur-e-s des écoles.

Fait remarquable, seules 4 % des PESTS de l'échantillon se recrutaient dans le groupe des cadres et professions intellectuelles supérieures, avec 3 enseignant-e-s du secondaire, un enseignant-chercheur et un pharmacien : **en excluant les cadres du groupe des PESTS, ces professions représentent toujours 31 % des actifs de notre échantillon**.

PCS	PESTS	Autres	Total général
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0%	9%	5%
Cadres, professions intellectuelles supérieures	4%	22%	16%
Professions intermédiaires	**47%**	16%	27%
Employés	**49%**	41%	44%
Ouvriers	0%	12%	8%
Total général	100%	100%	100 %

Figure 38. Catégorie socioprofessionnelle et professions de l'enseignement, de la santé et du travail social (PESTS).

Les PESTS sont ici largement surreprésentées par rapport à leur poids dans la population générale : si nous ne disposons pas de données détaillées sur ces professions à l'échelle de notre population de référence ou de l'Île de France[27], les effectifs des PESTS à l'exclusion des cadres dans la France entière peuvent être évaluées à 3 307 0000 personnes d'après l'Enquête emploi de l'INSEE de 2016, soit **12 % de la population active**[28]. Les PESTS non cadres seraient ainsi près de **trois fois plus nombreuses dans notre échantillon que dans la population générale**.

[27] Une étude du GIP CARIF Île-de-France comptabilisait cependant 422 000 actifs exerçant une profession paramédicale ou sociale en Île-de-France en 2007 (44 % dans la PCS 43, 29 % dans la PCS 52 et 27 % dans la PCS 56), ce qui représentait 7 % de l'ensemble des actifs franciliens [GIP CARIF, 2011].

[28] Nous avons additionné ici les effectifs des professions intermédiaires et des employés en activité dans un établissement des secteurs de l'enseignement (977 300 professions intermédiaires et 356 200 employés), de la santé (816 900 professions intermédiaires et 672 500 employés) et de l'action sociale (423 400 professions intermédiaires et 1 337 000 employés) d'après les données de l'Enquête emploi de 2016, disponible sur le site de l'INSEE : <www.insee.fr/fr/statistiques/2841340>. Un comptage plus précis réalisé à partir d'un tableau de la population active ayant un emploi par profession détaillé (455 postes) d'après le recensement de 1990 donne un résultat du même ordre, avec près de 2 541 000 professions sur 22 233 000 actifs, soit 11,4 % de la population active répartie dans les postes suivants : 737 000 instituteurs et assimilés, 747 000 professions intermédiaires de la santé et du travail social, et parmi les employés 221 000 agents de service des établissements d'enseignement, 294 000 aides-soignants, 284 000 agents de service hospitaliers et 258 000 assistantes maternelles, gardiennes d'enfants, travailleuses familiales[Desrosières et Thévenot, 2002 : 105-114]. Nous ne disposons pas de résultats agrégés pour les recensements ultérieurs.

Ce résultat rejoint les observations de la sociologue Sandrine Garcia sur la **construction sociale de la « cause des dys »** : analysant les résultats d'une enquête par questionnaire menée auprès d'un échantillon de 603 familles membres de l'APEDYS en 2011-2012, celle-ci écrit que les élèves dyslexiques « appartiennent à toutes les catégories, sauf précisément celles qui ne sont pas affectées par la baisse généralisée des performances et aux classes populaires (dont on sait qu'elles sont massivement touchées par l'échec et les orientations vers des filières "adaptées") », avant de préciser plus loin : « quand on se penche sur les catégories intermédiaires, on trouve, chez les hommes, une surreprésentation des techniciens (13,1 % contre 6,5 %) et, chez les femmes, une **très forte représentation des "professions intermédiaires de la santé et du travail social"** : 18,3 % dans notre échantillon, contre 6,6 % en France », les **infirmier-e-s** et les femmes **professeures des écoles** étant ici les professions les plus surreprésentées, à l'image de notre échantillon. Ce recrutement social spécifique est également relevé par l'auteur d'un mémoire sur les associations de parents d'enfants dyslexiques pour qui les familles adhérentes sont « issues de la classe moyenne et des couches supérieures des classes populaires » et « disposent d'un certain niveau de ressources sociales, professionnelles et culturelles et qu'il ne s'agit en aucun cas d'une population socialement démunie » [Garcia, 2013 : 133-134].

Sandrine Garcia expliquait ce résultat par un **contexte de baisse généralisée des performances en lecture qui toucherait avant tout les classes moyennes**, les classes populaires étant quant à elles réorientées vers un enseignement adapté : « Il est donc vraisemblable que les élèves de notre échantillon aient, pour la plupart, des ressources sociales suffisantes pour éviter les orientations les plus stigmatisantes, mais largement insuffisantes pour ne pas être concernés par la baisse généralisée des compétences en lecture et en grammaire » [Garcia, 2013 : 139]. Si ces catégories moyennes étaient déjà prédisposées à consulter l'orthophoniste pour des troubles du langage écrit, on peut faire **l'hypothèse que la pénurie d'orthophonistes n'aurait fait qu'accroître dans la patientèle la part des familles disposant d'un minimum de ressources sociales nécessaires pour accéder aux soins**, au détriment des catégories populaires.

Nos données nous amènent cependant à nuancer ce constat d'une **orthophonie ajustée aux dispositions scolaires des classes moyennes**, dans la mesure où on a vu que les groupes des « cadres et professions intellectuelles supérieures » étaient surreprésentées dans notre échantillon par rapport à la population de référence. Il reste que l'on constate ici comme dans l'échantillon de Sandrine Garcia une **surreprésentation des catégories moyennes et supérieures** que la sociologue Agnès Van Zanten appelle les « **médiateurs** » (professions intermédiaires de

l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés, employés de la fonction publique, personnels des services directs aux particuliers), les « **techniciens** » (techniciens, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, artisans et commerçants, employés des entreprises) et les « **technocrates** » (cadres d'entreprise, ingénieurs, chefs d'entreprise) dans une moindre mesure, au détriment à la fois de la catégorie dite des « **intellectuels** » (cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques, professions libérales) et de catégories populaires comme les **ouvriers** [Van Zanten, 2009].

Le schéma suivant, construit autour d'un **axe horizontal selon la structure du capital** détenu par les membres des professions (culturel vers la gauche, économique vers la droite) et le statut de l'emploi (public vers la gauche, privé vers la droite) et autour d'un **axe vertical selon le volume global du capital** (supérieur vers le haut, inférieur vers le bas) [Bourdieu, 1979], permet de visualiser les différentes professions de notre échantillon, représentées par des cercles dont la surface est proportionnelle à leurs effectifs – à l'exclusion du groupe des **ouvriers**, absente de cette typologie des classes moyennes et qui comme on l'a vu est fortement sous-représenté dans notre échantillon (12 individus seulement comptant pour 7 % des actifs de l'échantillon).

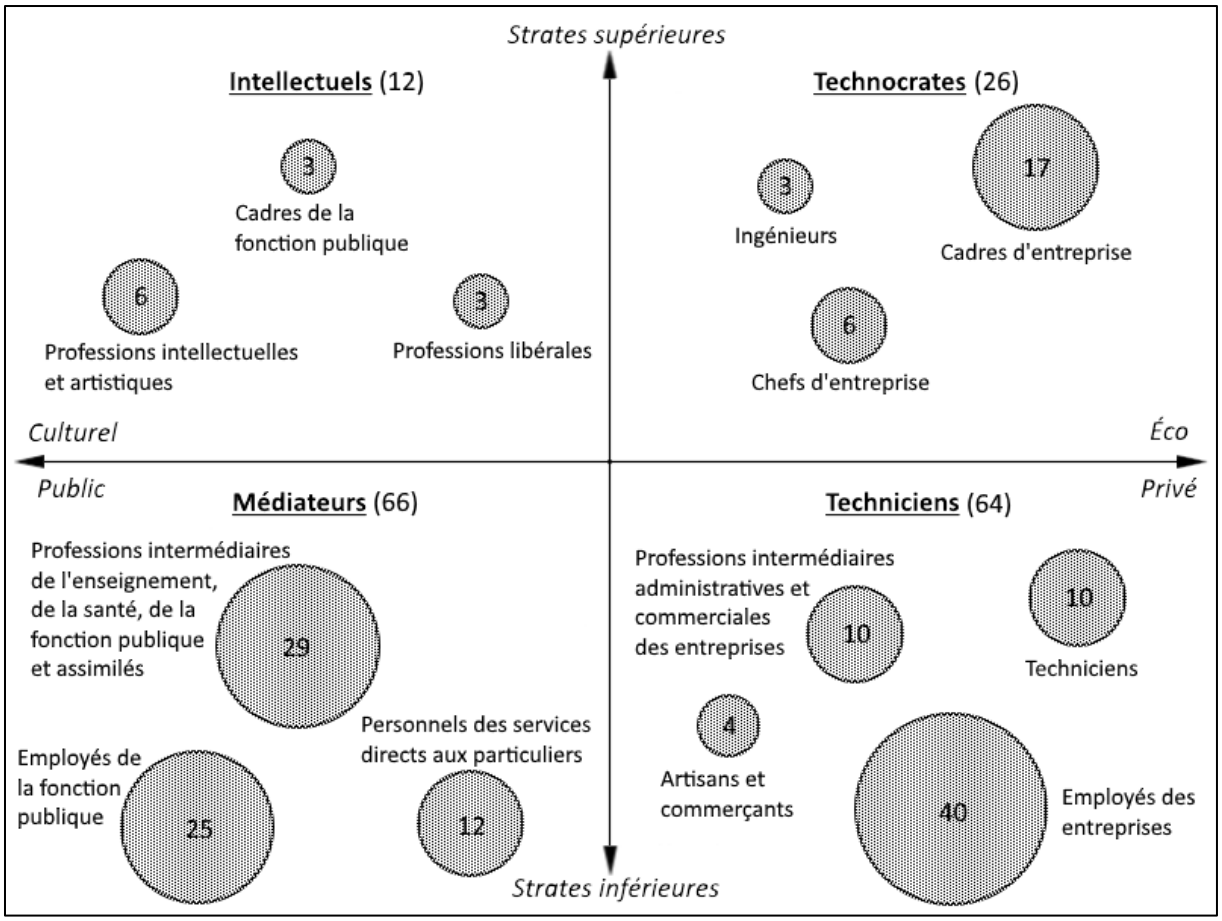


Figure 39. Position des différentes PCS de l'échantillon dans quatre types de classes moyennes

Sources : Schéma adapté de [Van Zanten, 2009 : 20].

Les professions que nous avons appelées **PESTS** se retrouvent très majoritairement dans le type des « **médiateurs** », ou elles composent presque exclusivement les catégories des « **professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés** » (professeur-e-s des écoles, infirmier-e-s, éducateurs-trices spécialisé-e-s) et des « **personnels des services directs aux particuliers** » (assistantes maternelles, assistantes familiales), mais on les retrouve également dans la catégorie des « **employés de la fonction publique** » (aides-soignantes, ATSEM).

Deux facteurs au moins sont à considérer pour expliquer cette surreprésentation des classes moyennes et supérieures, et des PESTS au sein de celles-ci : le premier, que nous avons déjà identifié, pourrait être lié à un **biais de sélection des répondants au questionnaire** : faut-il s'étonner de voir surreprésentées parmi ceux-ci des catégories sociales dotées d'un minimum de **capital culturel**, en particulier si ces personnes travaillent dans les secteurs de l'enseignement, de la santé et du travail social qui sont **déjà habitués à remplir ou à faire passer des questionnaires**

dans leur pratique professionnelle, quand elles n'ont pas elles-mêmes réalisé des enquêtes par questionnaire à l'occasion d'un mémoire de fin d'études d'une formation paramédicale ou d'un cours de licence de sociologie pour un travailleur social par exemple ? D'un autre côté, **l'intérêt pour cette recherche que manifestaient les répondants n'est-il pas la marque d'une plus grande propension à s'investir dans le soin** ? Dans cette perspective, le fait de répondre au questionnaire pourrait être vu comme un indicateur d'une plus grande chance d'accès aux soins, **le biais de sélection s'annulant de lui-même** si l'on se donne pour objectif de repérer les caractéristiques distinctives du groupe « accédant ».

Le deuxième facteur explicatif de cette surreprésentation des PESTS tiendrait non pas à une plus grande familiarité des répondants avec les enquêtes par questionnaire mais à leur **familiarité avec l'offre de soins orthophoniques et le secteur médico-social en général**, qui leur donnerait accès à des ressources professionnelles ou familiales facilitant leurs démarches de soin : aussi sur 217 personnes ayant répondu à la question « ***Avez-vous des professionnels de santé dans votre entourage ?*** », 19 % déclaraient avoir de la famille dans cette situation, 12 % des amis et 4 % de la famille et des amis à la fois, comptant dans l'ensemble pour **35% de l'échantillon, dont** 44 % parmi les PESTS).

PCS	Professionnels de santé dans l'entourage			
	Famille	*Amis*	*Famille et amis*	Total
Professions de l'enseignement, de la santé et du travail social	22%	14%	8%	**44 %**
Autres professions	18%	12%	2%	30 %
Total général	19%	12%	4%	**35 %**

Figure 40. Part des professionnel-le-s de santé dans l'entourage des personnes interrogées selon la PCS.

Alors que la DRESS recensait **1 900 000 professionnel-le-s de santé** en 2015 dans la France entière (soit 6,6 % de la population active)[29], cette proportion peut paraître élevée. S'il nous manque des éléments de comparaison avec la population générale pour le déterminer, nous pouvons en revanche tenter de **mesurer l'effet de cette variable**, parmi d'autres facteurs, sur les chances d'accès aux soins des personnes interrogées, comme nous allons le voir dans la section suivante.

[29] Définition au sens du Code de la santé publique, qui inclut en plus des 1 153 000 membres des professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes) et paramédicales (infirmiers et métiers de la rééducation) des auxiliaires médicaux comme les manipulateurs d'électroradiologie (33 500), les audioprothésistes (3 100), les opticiens-lunetiers (32 200), les prothésistes et orthésistes (3 000), ainsi que les aides-soignants et certains agents de service hospitaliers (plus de 400 000 personnes). Les psychologues (53 900) sont en revanche exclus de ce décompte.

Un troisième facteur explicatif de cette surreprésentation des PESTS peut-être recherché dans ce que Pierre Bourdieu aurait appelé un effet d'« **homologie structurale** » ou, pour le dire plus simplement, d'« **ajustement** » entre l'espace des producteurs d'un bien et l'espace des consommateurs de ce même bien [Bourdieu, 1980]. Développée en sociologie de l'art, cette théorie peut s'appliquer à des biens économiques comme à ce que Bourdieu appelait des « biens symboliques » tels que la culture ou la santé. Autrement dit, les producteurs d'un bien ou d'un service quel qu'il soit tendent à ressembler à leurs clients : les orthophonistes elles-mêmes étant classées dans la PCS 43 des « professions intermédiaires de la santé et du travail social » et travaillant à l'intersection des **champs médical et scolaire,** leur patientèle serait ajustée à leur position dans l'espace social, se recrutant majoritairement chez les **classes moyennes relativement mieux dotées en capital culturel qu'en capital économique** et notamment chez les professions intermédiaires des secteurs de l'enseignement, de la santé et du travail social.

D'après cette hypothèse, les familles consultant l'orthophoniste ressembleraient alors à ce « **patient idéal** » décrit par Dominique Memmi dans son étude des transformations contemporaines du pouvoir médical, pour caractériser des patient-e-s « **assez proches socialement et culturellement pour accepter les normes officielles de santé et se montrer capables de réflexivité raisonnable à ce propos, et en situation d'infériorité supportable face à la compétence technique du praticien** » [Memmi, 2003 : 257]. Maintenant que nous connaissons mieux la patientèle des cabinets d'orthophonistes, nous allons nous intéresser à leurs **parcours de soins** dans une section suivante, afin de repérer d'éventuelles **inégalités sociales de santé** dans l'accès aux soins.

3. Des chances inégales d'accès aux soins orthophoniques

Dans cette section, nous allons **croiser plusieurs variables entre elles pour identifier des inégalités sociales de santé** : c'est ce que les statisticiens et sociologues appellent faire des **tableaux croisés** (ou « tris croisés »), par opposition aux tableaux simples (ou « tris à plat ») comptabilisant les effectifs et leurs proportions, que nous avons analysé jusqu'ici. Un tableau croisé met toujours en relation une **variable indépendante** disposée en lignes et une **variable dépendante** en colonnes : chaque tableau se présentant ainsi vise à mettre à l'épreuve une hypothèse sur l'effet de la variable indépendante (celle dont on pense qu'elle est un **déterminant** d'une pratique) sur la variable dépendante (celle dont on pense qu'elle **dépend de l'action de la première**) [Singly, 2012 : 92-93].

Les sociologues utilisent en règle générale un nombre limité de variables indépendantes : la **classe** ou la **position sociale** est sans doute la plus connue (souvent exprimée à partir de la nomenclature des PCS de l'INSEE), variable classique à laquelle nous ajouterons ici l'**âge**, le **sexe**, le **niveau de diplôme** (qui mesure plus spécifiquement le capital culturel ou scolaire des individus), le **lieu de naissance** (qui peut être la mesure de discriminations fondées sur l'origine mais aussi de ressources sociales comme le capital d'autochtonie)[30] et d'autres indicateurs déterminant par hypothèse l'accès aux soins comme le **capital social** (le réseau de relations d'un individu, par exemple ici la proportion de personnes ayant des professionnel-le-s de santé dans leur entourage).

Ces variables indépendantes sont parfois appelées « **déterminants sociaux** » et sont issues de réponses à des questions généralement placées en fin de questionnaire, après une première partie décrivant des **pratiques** (plutôt que des « opinions ») sur un thème spécifique : c'est ce que les sociologues appellent le « **talon sociologique** » d'un questionnaire, s'agissant de questions d'ordre personnel qu'il est souvent plus facile de poser à la fin d'un questionnaire ou d'un entretien qu'au début[31]. Du point de vue du sociologue, il est regrettable que les questionnaires adressés aux patient-e-s ou aux soignant-e-s qui sont d'usage courant dans les enquêtes de « satisfaction patient », les thèses de médecine ou mémoires de paramédicaux, omettent le plus souvent cette partie du questionnaire (ne serait-ce que sous la forme de questions sur la profession des patient-e-s ou la

[30] Sur cette notion, voir infra.

[31] Voir le questionnaire dans l'annexe 4, qui comporte ce « talon sociologique » depuis la question 14 : « *De combien de personnes se compose votre foyer ?* » jusqu'à la question 25 : « *Quelle est votre profession actuelle ou votre dernier emploi (précisez, par ex. employé(e), technicien(ne) ou cadre) ?* ».

« CSP du père » pour les soignant-e-s), tant **les déterminants sociaux des comportements de santé sont robustes et attestés de longue date** [Boltanski, 1971].

Alors que dans les tableaux simples des sections précédentes nous avons systématiquement présenté les **effectifs** dans une première colonne suivis des **valeurs en pourcentage du total de la colonne**, en règle générale nous présenterons dans les cases des tableaux croisés qui suivent les **valeurs en pourcentage du total de la ligne**[32], qui sont les plus à même de faire apparaître des écarts significatifs entre les variables. Seront alors figurés en gras les plus forts pourcentages de chaque colonne, la force de l'action de la variable indépendante sur la variable dépendante s'exprimant par la **diagonalisation des pourcentages** [Passeron, 1991 : 119].

En croisant différents **indicateurs d'accès aux soins** (délai d'attente, nombre d'appels, distance de recherche, stratégies, diagnostic, etc.) pour différents **déterminants sociaux** (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau de diplôme, origine géographique, etc.) à partir des réponses aux questionnaires que nous aurons préalablement **codées** sous la forme d'un nombre limité de variables dans une base de données, nous recherchons des **régularités statistiques** qui nous permettront d'émettre des hypothèses sur l'existence d'inégalités sociales de santé. C'est ce qu'Émile Durkheim appelait la méthode des « **variations concomitantes** », qui était pour lui la méthode par excellence pour isoler les **faits sociaux**, les circonstances individuelles qui contribuent à la production du phénomène se « **neutralisent mutuellement** » dans l'appareil statistique [Durkheim, 1985 : 9-10].

3.1. Le délai d'attente

80 % des personnes interrogées disaient avoir attendu plus de 3 mois avant d'obtenir un rendez-vous chez l'orthophoniste et **une majorité plus de 6 mois** (59 %), pour un délai d'attente moyen compris entre 6 mois et un an. Cette proportion semble **plus importante que la moyenne nationale** : d'après les premiers résultats d'une enquête sur « le parcours de santé des Dys » réalisée sur internet entre juin et décembre 2015 par la Fédération française des Dys auprès d'un échantillon de 1 000 personnes sur la France entière, seules **40 % des personnes interrogées disaient avoir attendu plus de 3 mois** avant d'obtenir un rendez-vous chez l'orthophoniste [Groh *et al.*, 2016].

[32] À l'exception de la sous-section « Des inégalités de traitement entre garçons et filles ? » où nous présenterons les valeurs en pourcentage du total de la colonne pour différencier les sexes masculin et féminin.

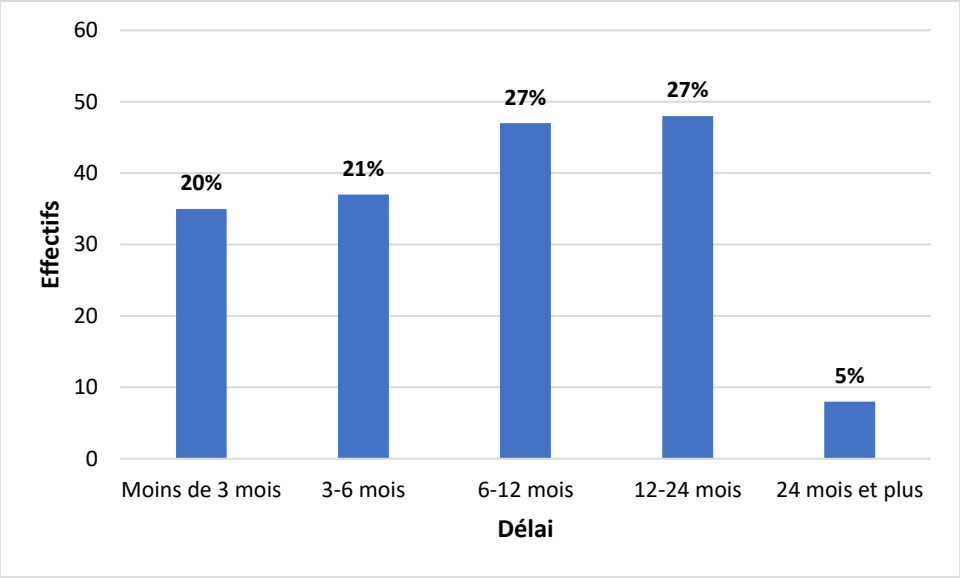


Figure 41. Délai d'attente des personnes interrogées avant d'obtenir un rendez-vous chez l'orthophoniste.

Si ce délai ne variait pas significativement selon la PCS ou le niveau de diplôme, il variait en revanche fortement selon le sexe des personnes interrogées : **quand au sein du couple l'homme entreprenait les démarches de soins le délai d'attente moyen tombait à moins de 6 mois**, contre 6 mois à un an quand la femme entreprenait les démarches. Cette tendance se vérifiait quel que soit le délai considéré : **les hommes étaient toujours plus nombreux que les femmes à avoir obtenu un rendez-vous avant 6 mois** (24 % contre 17 % à moins de 3 mois, 30 % contre 17 % de 3 mois à 6 mois)**,** les femmes toujours plus nombreuses que les hommes au-delà de ce délai : ainsi deux fois plus de femmes que d'hommes avaient attendu entre un an et deux ans (29 % contre 16 %), tandis que **les personnes qui avaient attendu plus de deux ans étaient toutes des femmes**.

Sexe	Moins de 3 mois	3 mois à 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	Plus de 2 ans
Masculin	**24%**	**30%**	22%	16%	0%
Féminin	17%	17%	**26%**	**29%**	**6%**
Total général	19%	20%	25%	26%	4%

Figure 42. Délai d'attente pour obtenir un rendez-vous selon le sexe.

Lecture : 24 % des hommes interrogés ont attendu moins de 3 mois pour obtenir un rendez-vous, contre 17 % des femmes interrogées (les scores de chaque ligne ne totalisent pas 100 % en raison de la prise en compte des non-réponses).

61 % des femmes avaient attendu plus de 6 mois avant d'obtenir un rendez-vous, **contre 38 % des hommes** Ce résultat nous a surpris, alors que nous nous attendions à voir ce délai varier davantage avec la position sociale des personnes interrogées. Nous devons toutefois **analyser ce résultat avec prudence**, comme à chaque fois que nous essayerons de mesurer la relation entre deux variables au cours de cette section, dans la mesure où **nous disposons d'un échantillon relativement réduit qui induit d'importantes marges d'erreurs.**

Avertissement sur la lecture des tableaux croisés : intervalle de confiance, marge d'erreur et tests d'indépendance entre deux variables.

Les statisticiens utilisent la notion d'intervalle de confiance pour calculer la probabilité qu'une estimation tirée d'un échantillon aléatoire corresponde à sa « vraie valeur » dans la population de référence : un intervalle de confiance à 95 % signifiera que cet encadrement a 95 % de chance de contenir la vraie valeur. En sociologie, un intervalle de confiance à 90 % ou 95 % est généralement considéré comme satisfaisant [Martin, 2017]. La taille de cet intervalle, qui contient la fameuse « marge d'erreur » des sondeurs, dépend de la proportion que l'on souhaite évaluer : plus elle se rapproche de 50 %, plus la marge d'erreur sera élevée.

Dans le cas théorique d'une proportion (p) de 50 %, d'une taille de l'échantillon (n) de 232 individus et d'un intervalle de confiance à 95 %, la marge d'erreur (e) est de 6,43 %. Concrètement, à supposer que nous disposons d'un échantillon aléatoire et que celui-ci ne soit pas divisé en sous-groupes plus petits, cela signifie qu'une proportion de 50 % pour une modalité donnée de notre questionnaire aura 95 % de chances de correspondre à une vraie valeur dans la population de référence comprise entre 43,57 % et 56,43 %. Pour réduire cette marge d'erreur à 3 % (le standard retenu par la plupart des instituts de sondage), notre échantillon aurait dû dépasser les 1 000 personnes. Le niveau d'incertitude est ici tel que les résultats que nous allons exposer dans cette section ne sauraient être tenues pour autre chose que ce qu'ils sont, c'est-à-dire des hypothèses de travail, qui demanderaient à être affinées et vérifiées par des enquêtes sur de plus grands échantillons. En règle générale, dans la lecture des tableaux croisés qui suivent, <u>on ne pourra en aucun cas considérer qu'un écart entre deux pourcentages est significatif s'il n'est pas à deux chiffres</u>.

L'analyse de la relation entre deux variables repose également sur le calcul d'intervalles de confiance, qui permettent de définir un écart minimal garantissant la significativité d'une différence entre deux pourcentages pour un échantillon de taille donné. Une série de tests statistiques permettent ensuite de définir si la relation observée entre les deux variables est due au hasard ou si elles entretiennent une relation de dépendance entre elles (covariance, corrélation), comme le test du « khi-deux » (khi^2). Dans le cas du tableau ci-dessus qui croise les variables « délai d'attente pour obtenir un rendez-vous » et « sexe », la valeur du khi^2 est telle qu'il y a 0,5 % de chances de se tromper en rejetant l'hypothèse d'indépendance entre ces deux variables (ce pourcentage est parfois appelée « valeur-p » ou *p-value*). Une valeur-p inférieure ou égale à 5 % étant considérée comme acceptable en sociologie, on peut postuler ici que les variables du sexe et du délai d'attente entretiennent une relation de dépendance entre elles, <u>sans être en mesure de déterminer le sens de cette relation, ni l'existence d'un lien de causalité entre ces deux variables</u> – du moins en théorie, puisqu'il paraît évident dans ce cas précis que le sexe puisse influencer le délai d'attente, et non l'inverse, mais il faudrait <u>prendre en compte le poids d'autres variables pour en être sûr et pouvoir raisonner « toutes choses égales par ailleurs »</u>.

De façon encore plus surprenante, **le délai d'attente ne semblait pas entretenir de lien avec la résidence des personnes interrogées** : ainsi les personnes interrogées qui résidaient dans un autre département que celui où était situé le cabinet attendaient en moyenne moins longtemps pour obtenir un rendez-vous que les personnes qui résidaient dans le département voire dans la ville où était situé le cabinet, ce qui semble **contredire la logique de tri géographique** mis en évidence dans les entretiens[33].

En revanche le **délai d'attente augmentait avec l'éloignement du lieu de naissance** : les personnes interrogées mettaient en moyenne moins de temps à obtenir un rendez-vous si elles étaient nées dans la ville où elles consultaient plutôt que du reste du département, dans le département plutôt que du reste de la région Île de France, dans la région plutôt que dans le reste de la France métropolitaine[34]. Ce résultat invite à considérer le **poids du « capital d'autochtonie » dans l'accès aux soins**, ce capital social prédominant chez les classes populaires défini en sociologie comme « *l'ensemble des ressources que procure l'appartenance à des réseaux de relations localisés* » [Renahy, 2010 : 9]. **Un tel lien ne s'observait pas en revanche pour les personnes nées à l'étranger**, qui n'attendaient pas plus que les « autochtones » avant d'obtenir un rendez-vous.

Lieu de naissance	Moins de 3 mois	3 mois à 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	Plus de 2 ans
Ville	**33%**	17%	17%	17%	**17%**
Autre département	13%	**33%**	13%	27%	13%
Autre région	13%	21%	**31%**	31%	3%
Autre France métropolitaine	19%	24%	14%	**33%**	10%
Étranger	30%	13%	28%	28%	2%
Total général	21%	20%	26%	29%	5%

Figure 43. Délai d'attente selon le lieu de naissance.

Le délai d'attente ne semblait pas non plus varier significativement avec la **disponibilité** des personnes interrogées quand nous leur demandions « *Pouvez-vous vous libérer facilement du temps en semaine pour vos rendez-vous médicaux ?* », bien que les **personnes sans activité professionnelle** étaient plus nombreuses que les autres catégories socioprofessionnelles à attendre moins de 3 mois.

[33] Ce résultat surprenant pourrait cependant être attribué aux faibles effectifs des personnes résidant dans un autre département que le cabinet où elles consultent (voir supra).
[34] Nous n'avons pas pris en compte ici les personnes nées dans les DOM en raison d'effectifs insuffisants.

Enfin, le délai d'attente variait fortement selon la pathologie : **les voix étaient traitées le plus rapidement** (100 % des cas étaient pris en charge moins de 3 moins après leur demande), **les maladies neurodégénératives les plus tardivement** (25 % étaient pris en charge après plus de deux ans d'attente). Le cas des situations de **handicap** et de la **surdité**, pathologies qui étaient le plus souvent prises en charge entre un an et deux ans d'attente, est également révélateur de la **difficile intégration des handicapé-e-s** dans la société française.

Pathologies	Moins de 3 mois	3 mois à 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	Plus de 2 ans
Aphasie	17%	33%	**50%**	0%	0%
Bégaiement	33%	0%	17%	50%	0%
Handicap	29%	17%	17%	36%	2%
Langage écrit	17%	17%	33%	28%	6%
Langage oral	20%	22%	30%	28%	0%
Langage oral et écrit	8%	15%	38%	15%	23%
Logico-math	0%	**71%**	14%	14%	0%
Maladies neuro	13%	25%	13%	25%	**25%**
Surdité	0%	0%	33%	**67%**	0%
Voix	**100%**	0%	0%	0%	0%
Total général	20%	20%	27%	29%	5%

Figure 44. Délai d'attente selon la pathologie.

Ces résultats sont toutefois à nuancer dans la mesure où la **longue durée de certaines rééducations** pourrait être ici déterminante (notamment pour les situations de handicap), induisant un **faible *turnover*** des patient-e-s comme le suggéraient les entretiens.

Avoir des professionnel-le-s de santé dans son entourage produisait un effet ambigu sur le délai d'attente : si **67 % des personnes ayant des professionnel-le-s de santé parmi leur famille et leurs amis avaient attendu moins de 3 mois avant d'obtenir un rendez-vous**, il valait mieux ne pas avoir de professionnel-le-s de santé pour obtenir un rendez-vous entre 3 mois et 6 mois, tandis qu'au-delà d'un an les personnes qui avaient des professionnel-le-s de santé parmi leurs « **amis** » uniquement tendaient à attendre plus que ceux qui n'en avaient aucun dans leur entourage.

Professionnels de santé dans l'entourage	Moins de 3 mois	3 mois à 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	Plus de 2 ans
Famille, amis	**67%**	0%	**33%**	0%	0%
Famille	19%	19%	31%	28%	3%
Amis	10%	14%	19%	**48%**	**10%**
Non	20%	**23%**	26%	26%	5%
Total général	20%	20%	26%	28%	5%

Figure 45. Délai d'attente selon les professionnel-le-s de santé dans l'entourage.

Cette relation est difficile à interpréter : une hypothèse plausible serait d'y voir l'effet d'un **« surdiagnostic » des personnes ayant des professionnel-le-s de santé dans leur entourage, qui tendraient à venir consulter pour des troubles moins urgents**. Un tel phénomène semble effectivement se vérifier pour les pathologies qui étaient jugées les plus « **lourdes** » en entretien : ainsi seulement 11 % des personnes ayant des professionnel-le-s de santé parmi leurs amis consultaient pour des situations de **handicap**, contre 25 % des personnes n'en ayant aucun. De même, 4 % des premiers consultaient pour des **maladies neurodégénératives**, contre 8 % des seconds. À l'inverse, les personnes ayant des professionnel-le-s de santé dans leur entourage étaient 37 % à consulter pour les troubles du **langage oral**, contre 25 % pour les autres.

3.2. Le nombre d'appels

Le **nombre d'appels téléphoniques passé avant d'obtenir un rendez-vous** est un bon indicateur de ce que Luc Boltanski appelait la « **compétence médicale** », dont on a vu qu'elle était très inégalement répartie selon les classes sociales [Boltanski, 1971]. Bien que plusieurs orthophonistes aient confié en entretien avoir reçu des appels de parents désespérés disant « *Vous êtes la quarantième personne que j'appelle* » (ou la « cinquantième », la « soixantième », etc.), l'analyse des résultats du questionnaire permet de remettre en perspective ce témoignage. **La majorité des personnes interrogées disaient avoir passé moins de 10 appels téléphoniques** avant d'obtenir un rendez-vous (51 %), et seules **7 personnes disaient avoir passé plus de 40 appels** (3 % de l'échantillon, dont une personne jusqu'à 80 appels).

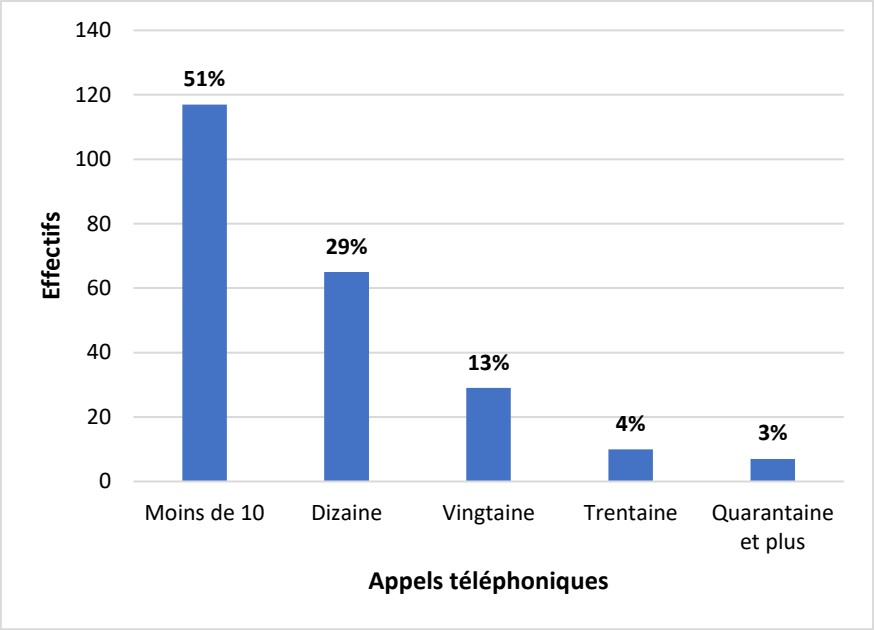


Figure 46. Appels téléphoniques avant d'obtenir un rendez-vous.

Ceci étant dit, **les conditions d'accès aux soins semblent s'être rapidement dégradées selon cet indicateur**. Alors que 51 % des personnes interrogées déclaraient avoir contacté moins de 10 orthophonistes avant d'obtenir un rendez-vous, une **enquête par questionnaire réalisée par la Fédération française des Dys du 19 septembre au 31 octobre 2014** auprès d'un échantillon de 100 personnes « Dys » et de leur famille habitant dans la région Île-de-France avait abouti au résultat de **80 % de personnes ayant répondu avoir contracté moins de 5 orthophonistes**, les personnes ayant répondu plus de 10 voire 20 orthophonistes ne concernant que les dysphasies [Groh et de Bardonneche, 2014]. Ce résultat doit toutefois être analysé avec prudence, ces deux enquêtes n'étant pas comparables ni par leur méthode d'échantillonnage ni par leurs conditions de passation : le questionnaire de la Fédération française des Dys était accessible sur internet et la majorité des répondants habitait dans les Hauts-de-Seine (21 %) et en Seine-et-Marne (33 %).

Plutôt que d'être analysé comme le signe d'une plus ou moins grande « **motivation** » due à un trait de caractère inné, le **nombre d'appels téléphoniques passé avant d'obtenir un rendez-vous variait fortement avec la catégorie socioprofessionnelle des personnes interrogées** : ainsi les cadres et les professions intellectuelles supérieures avaient plus de chance que les autres catégories d'avoir passé 40 appels et plus (c'était le cas de 6 % des cadres contre 4 % pour des professions intermédiaires par exemple), les professions intermédiaires d'avoir passé une trentaine d'appels (17 % contre 13 % des employés), les employés une vingtaine (17 % contre 0 % des ouvriers), les ouvriers une dizaine (45 % contre 28 % des retraités) et les retraités moins de 10 (67 %). **Tout se**

passe comme si chaque catégorie sociale avait un quota limité d'appels qu'elle se sentait capable de passer avant de se sentir « découragée » sinon « intimidée », les retraités formant un cas particulier puisque ces derniers avaient plus de chances de consulter pour des aphasies et maladies neurodégénératives les privant de la parole.

PCS	Moins de 10	Dizaine	Vingtaine	Trentaine	40 et plus
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	60%	40%	0%	0%	0%
Cadres, professions intellectuelles supérieures	53%	22%	16%	3%	**6%**
Professions intermédiaires	46%	27%	13%	**10%**	4%
Employés	48%	27%	**17%**	4%	4%
Ouvriers	55%	**45%**	0%	0%	0%
Retraités	**67%**	28%	6%	0%	0%
Autres personnes sans activité professionnelle	52%	33%	10%	5%	0%
Total général	51%	29%	12%	5%	3%

Figure 47. Nombre d'appels téléphoniques selon la PCS.

De façon plus surprenante, l'on n'observait pas de relation entre le nombre d'appels téléphoniques et le niveau de diplôme ou l'origine géographique, **les personnes peu diplômées ou nées à l'étranger passant un nombre très proche d'appels que les autres**.

Un lien remarquable existait en revanche entre la personne bénéficiaire des soins et le nombre d'appels téléphoniques : **les parents avaient ainsi tendance à passer beaucoup plus d'appels pour leurs enfants que les époux pour leur conjoint** (au-delà de 30 appels seuls les enfants étaient concerné-e-s), qui eux-mêmes avaient tendance à passer plus d'appels que les enfants n'en passaient pour leurs parents devenus âgés, les répondants appelant systématiquement moins pour eux-mêmes que pour des membres de leur famille. Tout se passait comme si **la valeur accordée à chaque membre de la famille dans notre société était indexée sur le nombre d'appels qu'on était prêt à passer pour lui permettre d'accéder aux soins** : l'enfant trônait au sommet de cette hiérarchie, suivie du conjoint, des parents et d'ego.

Patient	Moins de 10	Dizaine	Vingtaine	Trentaine	40 et plus
Enfant	48%	30%	14%	**5%**	**3%**
Conjoint	67%	17%	**17%**	0%	0%
Parent	50%	**50%**	0%	0%	0%
Répondant	**87%**	13%	0%	0%	0%
Total général	51%	29%	13%	4%	3%

Figure 48. Nombre d'appels téléphoniques selon le patient.

Si nous n'avons pas trouvé de relation entre le **sexe de l'enfant** et le nombre d'appels téléphoniques, il n'en allait pas de même pour la **distance que les parents étaient prêts à parcourir** pour consulter un-e orthophoniste, comme nous allons le découvrir à présent.

3.3. La distance de recherche

La majorité des personnes interrogées déclaraient avoir **recherché des orthophonistes dans les limites d'une commune voisine** de leur commune de résidence. **6 %** d'entre elles avaient tout de même recherché des orthophonistes jusqu'à **30 kilomètres de leur domicile** (la distance de la Porte d'Italie à Évry, par exemple) et une jusqu'à **45 kilomètres** (la distance de la Porte de Bercy à Melun), ce qui est **considérable pour des consultations hebdomadaires**, voire deux ou trois fois par semaine dans certains cas.

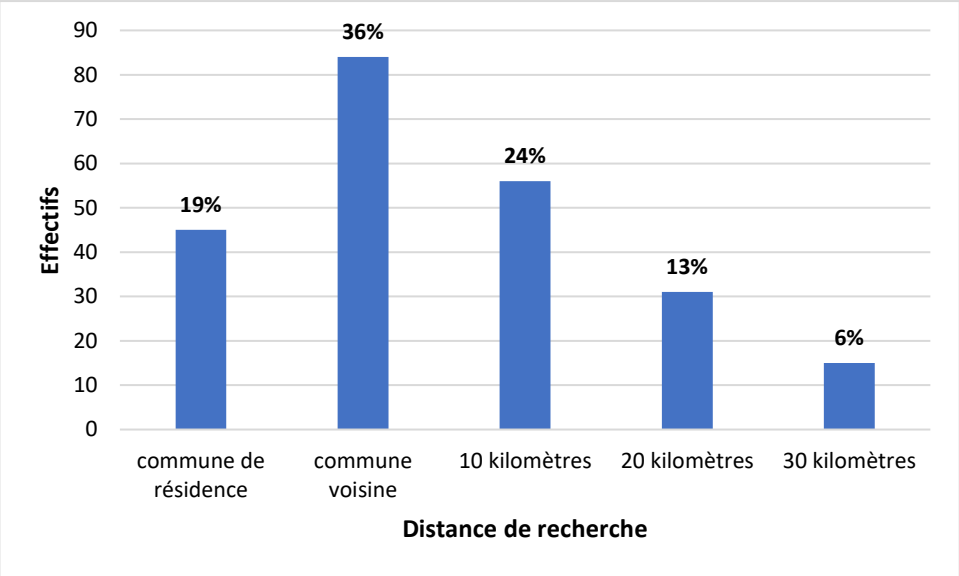


Figure 49. Distance du domicile dans la recherche d'orthophonistes.

Les ménages dont le moyen de transport principal était une **voiture**, sans surprise, étaient prêts à parcourir plus de distance que les ménages utilisant les **transports en communs**[35].

Moyen de transport	Commune de résidence	Commune voisine	10 kilomètres	20 kilomètres	30 kilomètres
Voiture	15%	36%	**26%**	**15%**	**9%**
Transports en commun	**23%**	**43%**	19%	11%	4%
Total général	17%	38%	24%	14%	8%

Figure 50. Distance de recherche selon le moyen de transport.

Cette distance ne variait pas significativement avec la **catégorie socioprofessionnelle**, bien que les **retraités** soient les moins mobiles (aucun d'entre eux ne recherchant d'orthophonistes au-delà d'une commune voisine), suivis des **artisans, commerçants et chefs d'entreprise** (qui ne recherchaient pas au-delà de 10 kilomètres). La distance de recherche variait en revanche avec le **patient** : de la même façon que les personnes interrogées déclaraient passer plus d'appels téléphoniques pour leur enfant que pour leur conjoint et pour leur conjoint que pour leur parent, ils étaient **prêts à parcourir plus de kilomètres pour leur enfant que pour leur conjoint et pour leur conjoint que pour leur parent**.

Patient	Commune de résidence	Commune voisine	10 kilomètres	20 kilomètres	30 kilomètres
Enfant	17%	36%	25%	**14%**	**7%**
Conjoint	**50%**	17%	**33%**	0%	0%
Parent	0%	**100%**	0%	0%	0%
Répondant	40%	40%	13%	7%	0%
Total général	19%	37%	24%	13%	7%

Figure 51. Distance de recherche selon le ou la patient-e.

Les patient-e-s devaient **rechercher un-e orthophoniste plus ou moins loin selon la pathologie** dont ils ou elles étaient atteint-e-s : encore une fois c'est pour des **situations de handicap qu'il fallait chercher le plus loin**, ces pathologies arrivant en tête des recherches

[35] Nous n'avons pas pris en compte ici les personnes interrogées déclarant utiliser le plus souvent la marche à pied, le taxi ou les deux-roues dans leur déplacement quotidien en raison d'effectifs insuffisants.

jusqu'à 30 kilomètres (14 %), et pour les **voix qu'on pouvait chercher le moins loin** (67 % de recherches dans la commune de résidence).

Pathologie	Commune de résidence	Commune voisine	10 kilomètres	20 kilomètres	30 kilomètres
Aphasie	43%	57%	0%	0%	0%
Bégaiement	25%	50%	0%	13%	13%
Handicap	10%	24%	**35%**	16%	**14%**
Langage écrit	22%	39%	22%	12%	4%
Langage oral	17%	37%	26%	14%	6%
Langage oral et écrit	12%	35%	29%	**24%**	0%
Logico-math	11%	**67%**	0%	11%	11%
Maladies neuro	31%	38%	23%	8%	0%
Surdité	17%	33%	33%	17%	0%
Voix	**67%**	33%	0%	0%	0%
Total général	19%	37%	24%	14%	7%

Figure 52. Distance de recherche selon la pathologie.

La distance de recherche variait enfin avec le **sexe de l'enfant** : ainsi les familles étaient disposées à **parcourir plus de kilomètres pour traiter leur garçon** (jusqu'à 10 kilomètres en moyenne) **que pour traiter leur fille** (la majorité ne dépassant pas la commune voisine).

Sexe de l'enfant	Commune de résidence	Commune voisine	10 kilomètres	20 kilomètres	30 kilomètres
Féminin	**20%**	**41%**	**25%**	8%	5%
Masculin	15%	34%	24%	**18%**	**8%**
Total général	17%	37%	24%	15%	7%

Figure 53. Distance de recherche selon le sexe de l'enfant suivi-e.

Nous aurons l'occasion de revenir en conclusion de cette étude sur ce résultat pour le moins surprenant.

3.4. Les stratégies d'accès aux soins

Sur 232 personnes interrogées, 183 ont répondu à la question : « *Comment avez-vous obtenu un rendez-vous (précisez, par ex. avec l'aide d'un proche) ?* », soit **78 %** d'entre elles, un taux de réponse remarquable pour une question ouverte qui suggère que **pour l'immense majorité des patient-e-s, obtenir un rendez-vous chez l'orthophoniste ne va pas de soi**[36]. Les réponses à cette question étaient extrêmement variables, allant de la formulation la plus simple et directe (« *En insistant* », « *Par relation* », « *Par piston* », etc.) aux explications les plus détaillées, du type : « *Je ne travaille pas le lundi et l'école autorise mon enfant à sortir pendant les heures de classe »*, ou : « *Le besoin datait de la maternelle. J'ai persisté. J'ai appelé tous les cabinets une fois par semaine ou une fois par mois pour ceux qui étaient le plus éloignés* ».

Nous avons été frappés en particulier de lire à six reprises le mot « **chance** » dans les réponses à cette question, comme si **accéder aux soins était davantage la marque du hasard ou un privilège qu'un droit universel**. Il est également remarquable qu'à chaque fois que les personnes invoquaient leur « chance » il était question d'une **place qui se libérait à la suite d'un désistement ou d'une fin de rééducation**, marquant par-là le caractère improbable d'obtenir rapidement une place, bien que plusieurs de ses personnes aient dû attendre jusqu'à 6 mois et l'une d'entre elles plus d'un an avant d'être prises en charge

Prenons le cas de cette **retraitée de 74 ans**, ancienne professeure de musique, qui consultait pour son **époux** atteint d'une maladie neurodégénérative à Cité-les-Jardins : « *En téléphonant j'ai eu beaucoup de chance* ». Orientée par un neurologue, elle a obtenu une place dans un cabinet de sa commune après 3 à 6 mois d'attente. Chanceux aussi se disait cet **homme de 36 ans, régisseur lumière** à Barre-la-Forêt, qui cherchaient une orthophoniste pour sa **fille de 8 ans** atteinte de troubles du **langage oral** : « *Nous avons appelé chez une orthophoniste et par chance elle lui restait un créneau horaire »*. Lui aussi avait trouvé au bout de 6 mois chez la même orthophoniste, après avoir téléphoné à une dizaine de cabinets. Une **accompagnant d'élève en situation de handicap (AESH) de Barre-la-Forêt, 43 ans**, avait quant à elle dû passer une vingtaine de coups de fils et recherché dans un rayon de 20 kilomètres de son domicile avant de trouver une orthophoniste qui puisse prendre en charge sa **fille de 5 ans**, atteinte de **bégaiement** : « *Un coup de chance. Mon orthophoniste a eu un départ d'un enfant* ». Cette **manipulatrice en radiothérapie de 28 ans**,

[36] Nous avons cependant comptabilisé dans la stratégie « Liste d'attente » les personnes qui n'avaient pas répondu à cette question mais avaient indiqué à la question précédente avoir été rappelées après s'être inscrites sur une liste d'attente (n = 26). En ajoutant ce groupe, nous pouvons décrire les stratégies de 90 % de notre échantillon.

actuellement en congé parental à Cité-les-Jardins, avait trouvé en moins de 6 mois pour son **fils de 4 ans**, qui avait été diagnostiqué avec un **retard de parole** par le ou la médecin PMI : « *En appelant plusieurs professionnels et par chance elle avait une place qui s'était libérée* ». Il avait également fallu 6 mois à cette **professeure des écoles de Cité-les-Jardins, 37 ans**, pour trouver une place pour son **fils de 8 ans** atteint de troubles du **langage oral et écrit** : « *J'ai eu de la chance d'obtenir une place pour un bilan suite au désistement d'une personne* ». Cette **employée de commerce de Barre-la-Forêt, 46 ans**, qui avait appelé une vingtaine de cabinets et attendu plus d'un an avant de trouver une place pour son **fils dyslexique de 7 ans**, ne se disait pas moins chanceuse : « *La fille de mon voisin finissait ses séances et mon fils a eu la chance de prendre sa place* » – le mot chance était souligné sur le questionnaire.

Nous avons codé ces 209 réponses en neuf variables principales, qu'on peut regrouper en trois grandes catégories : appelons-les les **stratégies individuelles**, les **stratégies relationnelles** et les **stratégies institutionnelles**.

Stratégie	Effectifs	%
Relance téléphonique	58	28%
Liste d'attente	51	24%
Déplacement au cabinet	9	4%
Total stratégies individuelles	***118***	***56%***
Famille	30	14%
Amis	7	3%
Voisins	6	3%
Autres relations (collègues, employeur, nounou…)	13	6%
Total stratégies relationnelles	***56***	***27%***
Professionnels de santé	17	8%
École	11	5%
Autres institutions (CMP, CMPP, PMI, centres spécialisés…)	7	3%
Total stratégies institutionnelles	***35***	***17%***
Total général	209	100%

Figure 54. Stratégies d'accès aux soins orthophoniques des personnes interrogées.

1° Les **stratégies individuelles**, majoritaires dans l'échantillon, regroupent comme leur nom l'indiquent des stratégies fondées, au moins en partie, sur un degré d'**investissement personnel**. La majorité des personnes interrogées y a eu recours. Elles sont de trois ordres : la première, la « **relance téléphonique** » (28 % des répondants), regroupe les personnes ayant répondu : « *En insistant* », « *En persévérant* », « *En prospectant* », « *En rappelant plusieurs fois* », « *En appelant toutes les semaines tous les orthophonistes* », etc. La seconde stratégie, la « **liste d'attente** » (24 %), est plus passive : elle regroupe les personnes ayant obtenu une place à la suite d'un désistement ou d'une fin de rééducation, dont les personnes ayant indiqué avoir « *eu de la chance* » plus haut, ainsi que les personnes qui avaient répondu plus tôt avoir été **rappelées** après s'être inscrites sur une liste d'attente. La troisième stratégie, plus offensive et rare, est le **déplacement au cabinet** (4 %), soit par exemple : « *Je me suis déplacée sur place pour expliquer ma souffrance* », ou : « *En frappant au porte à porte en expliquant le problème de mon enfant* ».

2° Les **stratégies relationnelles** consistent à passer par son réseau de relations sociales pour obtenir un rendez-vous. Un peu plus d'un quart des personnes interrogées y ont eu recours. On peut distinguer d'abord les **relations familiales** (14 %), par exemple : « *Aide de la belle-sœur qui venait au cabinet d'orthophonie* », « *Avec l'aide de l'orthophoniste de ma grande fille* », ou même : « *Grâce à ma fille orthophoniste elle-même* ». Nous avons aussi inclus dans cette catégorie les réponses du type : « *Mon premier fils avait déjà consulté notre orthophoniste donc par connaissance* ». Les **relations amicales** sont moins répandues (3 %), elles regroupent des cas comme : « *Avec l'aide d'une copine qui elle aussi emmène son fils chez l'orthophoniste* », ou : « *Avec l'aide d'un ami qui avait sa fille suivie au cabinet* ». Le cas des **relations de voisinage** est lui aussi marginal statistiquement (3 %) mais particulièrement intéressant à interpréter sociologiquement, comme nous le verrons plus loin : « *Une voisine m'a conseillé de contacter son orthophoniste qui a répondu favorablement à ma demande* », ou : « *Avec un voisin qui a un enfant qui consulte* ». Les **autres relations** (13%) regroupent des cas aussi variés que les **collègues** (« *Par l'aide d'une collègue de travail* »), les **employeurs** (« *J'ai dû demander à mon employeur de me libérer l'après-midi de la prise en charge de mon fils* »), les **nounous** (« *Par le biais de la nounou de mon fils* ») et autres « **connaissances** » sans précision (« *Par des connaissances* »).

3° Par **stratégies institutionnelles**, enfin, nous désignons les personnes ayant fait appel à la recommandation d'un-e professionnel-le de santé ou s'en étant remis aux institutions pour leurs démarches. Les **professionnel-le-s de santé** (8 %), hospitaliers ou libéraux, regroupent en premier lieu le ou la **médecin** traitant-e (« *Avec un courrier du médecin* ») mais aussi des spécialistes comme les **neurologues** (« *Une lettre de neurologue* ») ou des paramédicaux comme les **psychomotricien-ne-s**,

cités à de nombreuses reprises (« *Aide de la psychomotricienne* ») ou d'autres **orthophonistes** (« *Avec l'aide de mon ancienne orthophoniste qui partait à la retraite* »). Les personnels des **écoles** sont également sollicités (5 %), s'agissant aussi bien des **enseignant-e-s** (« *L'aide de la maîtresse* ») que des **psychologues scolaires** (« *J'ai demandé à la psychologue scolaire de me donner le numéro d'une orthophoniste* »). Enfin, nous avons classé dans les **autres institutions** (3 %) les établissements médico-sociaux comme les **CMP**, **CMPP** et centres de **PMI** (« *Le CMPP me faisait parvenir un coupon de réponse afin de savoir si je maintenais mon inscription pour ma fille à la rentrée. Démarche faite pendant trois ans jusqu'à l'arrivée d'une nouvelle orthophoniste et place pour ma fille* ») parmi d'autres **centres spécialisés** (« *Prise de contact par un centre spécialisé en surdité* », « *Par le centre de rééducation de* [ville] »).

Ces stratégies variaient fortement selon la classe sociale et l'activité des personnes interrogées. Dans le tableau présenté sur la page suivante, nous avons fait figurer en lignes des pourcentages qui donnent la proportion de personnes ayant choisi chaque stratégie selon la catégorie socioprofessionnelle. Sans surprise, les stratégies de la « **relance téléphonique** » et de la « **liste d'attente** » arrivaient presque toujours en tête des réponses quelle que soit la catégorie considérée, **à l'exception des ouvriers chez qui ces stratégies avaient le moins de chance de succès**. Si on lit le tableau colonne par colonne en revanche, on s'aperçoit que certaines stratégies étaient privilégiées par certaines catégories : le score de pourcentage reporté en gras donne à voir les **stratégies les plus rentables par catégorie socioprofessionnelle**, c'est-à-dire la catégorie qui était la plus nombreuse à avoir obtenu un rendez-vous après avoir choisi chaque stratégie donnée.

PCS	*Stratégies individuelles*			*Stratégies relationnelles*				*Stratégies institutionnelles*		
	Relance téléphone	**Liste d'attente**	**Déplacement au cabinet**	**Famille**	**Amis**	**Voisins**	**Autres relations**	**Professions de santé**	**École**	**Autres institutions**
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	25%	25%	0%	13%	0%	13%	13%	0%	**13%**	0%
Cadres, professions intellectuelles supérieures	**38%**	38%	0%	**19%**	0%	0%	0%	5%	0%	0%
Professions intermédiaires	24%	33%	0%	9%	3%	0%	**18%**	6%	3%	3%
Employés	22%	24%	7%	**19%**	3%	3%	7%	5%	7%	2%
Ouvriers	0%	11%	11%	0%	**11%**	**33%**	0%	**22%**	11%	0%
Retraités	30%	**60%**	0%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Autres personnes sans activité professionnelle	19%	38%	**19%**	0%	6%	0%	0%	13%	0%	**6%**
Total général	24%	31%	5%	13%	3%	4%	7%	6%	5%	2%

Figure 55. Stratégie d'accès aux soins selon la catégorie socioprofessionnelle.

Lecture : La stratégie « relance téléphonique » était choisie par 38 % des cadres et professions intellectuelles supérieures, qui étaient également les plus nombreux à avoir fait appel à des membres de leur famille (19 %) pour obtenir un rendez-vous. À l'inverse, 0 % des ouvriers ont obtenu un rendez-vous par relance téléphonique : de toutes les catégories socioprofessionnelles, ceux-ci étaient les plus nombreux à faire appel à des amis (11 %) ainsi qu'à des voisins (33 %), et à se faire recommander par des professionnel-le-s de santé (22 %) pour obtenir un rendez-vous.

Quatre cas atypiques émergent de la lecture de ce tableau : les cas des **cadres**, des **ouvriers**, des **retraités** et des autres personnes **sans activité** professionnelle.

1° **Les cadres**. Ce sont les plus nombreux à avoir obtenu un rendez-vous par « **relance téléphonique** » (38 %), devant les retraités et le groupe des artisans, commerçants et chefs d'entreprises. Ils sont aussi les plus nombreux, à égalité avec les employés, à faire appel à des membres de leur **famille** (19 %) pour obtenir un rendez-vous. Après les retraités, les cadres sont aussi les plus nombreux à avoir obtenu un rendez-vous après s'être inscrits sur une **liste d'attente** (38 %). Les stratégies **individuelles** semblent dominer et surtout payer chez ce groupe : soit le cas de cette professeure d'EPS de 38 ans, résidant à Cité-les-Jardins, qui avait autodiagnostiqué des troubles du langage écrit chez sa fille et qui avait obtenu un rendez-vous après avoir passé une dizaine d'appels à force de **persuasion,** avait répondu : « *En expliquant le cas de mon enfant et en insistant compte tenu du nombre de refus précédents* »

2° **Les ouvriers**. Par contraste avec les cadres, les ouvriers sont les seuls à ne pas avoir obtenu de rendez-vous par relance téléphonique, et ce sont ceux qui ont également obtenu le moins de rendez-vous après s'être inscrits sur une liste d'attente. Près de la moitié d'entre eux ont obtenu un rendez-vous grâce à des **relations**, mais la structure de ces relations était significativement différente des relations mobilisées par les cadres : 11 % avaient fait appel à des **amis**, et 33 % à des **voisins**, loin devant la catégorie suivante des artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Le **capital d'autochtonie** » semble ici jouer un rôle déterminant, en substitut au **capital culturel** manié par les cadres pour persuader les professionnel-le-s de les prendre. Ainsi cette femme de 38 ans, née et habitant à Rougeville, titulaire d'un CAP pâtisserie et actuellement en formation pour être traiteur, qui faisait suivre ses trois enfants par l'orthophoniste, avait passé moins de 10 appels et avait préféré s'appuyer sur une voisine pour obtenir un rendez-vous au bout de près d'un an d'attente : « *Une voisine m'a conseillé de contacter son orthophoniste qui a répondu favorablement à ma demande* » expliquait-elle.

Enfin, les ouvriers étaient le groupe le plus nombreux à avoir obtenu un rendez-vous sur la **recommandation d'un-e professionnel-le de santé** (22 %), ici aussi loin devant la catégorie suivante des autres personnes sans activité professionnelle, comme s'il leur fallait davantage **s'en remettre aux institutions faute de ressources sociales suffisantes en dehors de celles-ci**[37]. Notons à ce propos que les ouvriers venaient en deuxième position après les artisans, commerçants

[37] Ces résultats sont à analyser avec prudence car ils peuvent être dus aux faibles effectifs de cette catégorie : seules 12 personnes interrogées ont indiqué une profession qui nous les a fait classer dans le groupe des « ouvriers », parmi lesquelles 9 ont répondu à cette question.

et chefs d'entreprises pour la **recommandation par les personnels des écoles** tels les enseignant-e-s ou psychologues scolaires (11 %), loin devant les employés (7 %), les professions intermédiaires (3 %) et les cadres (0%), résultat qui rejoint des travaux de sociologie de l'éducation qui ont montré que le **recours aux recommandations de l'enseignant-e dans les choix d'orientation diminue à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale** (Saint Martin, 1968).

3° **Les retraités**. Ils se distinguent comme étant la seule catégorie à avoir obtenu la majorité de ses rendez-vous en suivant une seule stratégie : la **liste d'attente** (60%). Ils ne se distinguaient cependant pas que par leur adoption de cette stratégie « passive », mais étaient également les plus nombreux après les cadres à avoir obtenu un rendez-vous par **relance téléphonique** (30 %), une minorité ayant fait appel à des membres de leur famille (10 %). Caractéristique du rapport au temps « élastique » de ce groupe était l'attitude de cette femme de 71 ans, comptable à la retraite résidant à Cité-les-Jardins, qui avait dû attendre plus de deux ans pour trouver une place à son mari dont le ou la médecin traitant-e avait diagnostiqué une maladie neurodégénérative : « *Mon mari était sur une liste d'attente, une place s'est libérée* ».

4° **Les autres personnes sans activité professionnelle**. Sont comptés dans ce groupe les chômeurs n'ayant jamais travaillé, les femmes au foyer ayant indiqué aucune profession ainsi que les personnes invalides. Ce groupe était le plus nombreux à s'être **déplacé au cabinet** pour plaider leur cause (19 %), ce qui indique que cette stratégie était bien la plus **coûteuse en temps**, mais également la stratégie ayant le plus de chances de succès pour **ceux qui n'avaient pas d'autre ressource plus rentable à faire valoir que leur présence physique,** les ouvriers venant en deuxième position et les employés en troisième pour le déplacement au cabinet. Un cas marquant, sinon typique, est celui de cette femme de 33 ans, née au Congo-Kinshasa, titulaire d'un CAP et préparatrice de commandes en invalidité, élevant seule ses trois enfants dont un petit garçon autiste de huit ans suivi en CMPP, qui se rendait en consultation en transports en commun depuis une commune de l'Essonne située à 8 kilomètres du cabinet (près d'une heure de marche et de RER) et qui avait déclaré : « *Je me suis déplacée sur place pour expliquer ma souffrance* ».

Plus ou moins rentable selon la catégorie socioprofessionnelle, **ces stratégies n'avaient pas non plus la même rentabilité à court terme**. L'opposition était remarquable sur ce point entre les patient-e-s qui avaient été recommandé-e-s par un-e **professionnel-le de santé** (médecins traitant-e-s, psychomotricien-ne-s, psychologues, neurologues, etc.), qui avaient le plus de chances

d'avoir trouvé une place en moins de 6 mois (82 %) loin devant toutes les autres stratégies, et les **patient-e-s recommandé-e-s par l'école, qui ne trouvaient jamais en moins de 3 mois et étaient les plus nombreux à avoir attendu plus de 2 ans** (13 %). Les personnes interrogées ayant fait appel à des « autres relations » (collègues, employeur, nounou, etc.) étaient les plus nombreux à avoir trouvé en moins de 3 mois.

Mesurées en taux d'accès à 6 mois, **les stratégies relationnelles dans leur ensemble étaient plus rentables que les stratégies individuelles**, les personnes s'étant déplacés au cabinet ayant dû attendre en moyenne plus d'un an pour **obtenir un rendez-vous**, comme s'il s'agissait d'une stratégie de dernier recours.

Stratégies	Moins de 3 mois	3 mois à 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	Plus de 2 ans
Relance téléphonique	11%	22%	19%	38%	11%
Liste d'attente	21%	19%	36%	19%	4%
Déplacement au cabinet	22%	0%	22%	**56%**	0%
Amis	0%	40%	20%	40%	0%
Famille	25%	20%	25%	30%	0%
Voisins	20%	20%	40%	20%	0%
Autres relations	**36%**	9%	27%	27%	0%
Professionnels de santé	18%	**64%**	9%	9%	0%
École	0%	13%	**63%**	13%	**13%**
Autres institutions	25%	0%	25%	50%	0%
Total général	18%	21%	28%	28%	4%

Figure 56. Délai d'attente selon la stratégie suivie.

Notons que les personnes ayant attendu sur liste d'attente n'ont pas été nécessairement défavorisées, ayant obtenu une place entre 6 mois et un an en moyenne : c'est que **la majorité des personnes ayant opté pour l'une ou l'autre stratégie avaient d'abord été inscrites sur une liste d'attente** (145 personnes, soit 63 % des personnes interrogées).

Au final, **l'inégal succès de ces différentes stratégies, qui étaient plus ou moins rentables selon la classe sociale comme en termes de rapidité de prise en charge**, résume bien les inégalités sociales de santé engendrées par la restriction de l'offre orthophonique, y compris dans des zones de dotation dite « intermédiaire » comme aux Pavillons.

3.5. L'orienteur et le diagnostic

Nous avons vu que les patient-e-s ayant spécifiquement indiqué avoir été recommandé-e-s par un-e professionnel-le de santé avaient plus de chances d'obtenir rapidement un rendez-vous. Nous allons voir plus précisément ce qu'il en était en regardant maintenant qui était à l'« **orienteur** » du parcours de soins orthophoniques**,** c'est-à-dire **la personne qui était à l'origine du diagnostic** ou plus précisément « *la personne qui a suggéré que vous consultiez un(e) orthophoniste* », pour reprendre les termes du questionnaire.

Le codage de la modalité « orienteur » ou comment réduire une information complexe ?

Le diagnostic médical étant un processus socio-cognitif complexe, issu de la négociation entre des acteurs dotés de différents niveaux d'expertise et d'autorité dans la production d'une « connaissance distribuée » [Cicourel, 2002b], le codage de la modalité « orienteur » s'est avéré une opération délicate, notamment quand il a fallu tenir compte du rôle d'autres professionnel-le-s que les seul-e-s professionnel-le-s de santé, s'agissant en premier lieu des enseignant-e-s.

Nous n'avons tenu compte de la mention « médecin traitant », qui risque d'être confondu dans la question avec le ou la prescripteur-trice, que quand il ou elle était le ou la seul-e professionnel-le cité-e. De même, la catégorie « autodiagnostic » regroupe les réponses « Vous-même » quand elles étaient la seule donnée. Quand plusieurs professionnel-le-s étaient cité-e-s (sauf si le ou la médecin traitant-e était le seul cité avec un-e autre professionnel-le), nous avons classé ce diagnostic dans la catégorie « pluriprofessionnel » : dans la grande majorité des cas, il s'agissait de situations de handicap nécessitant le diagnostic de plusieurs experts (par exemple « médecin traitant, médecin PMI, psychiatre, psychothérapeute » pour un garçon de 5 ans atteint de TED). Nous avons regroupé en une seule modalité les médecins scolaires et médecins PMI, dans la mesure où de nombreux parents confondent ce-tte dernier-e avec le ou la médecin scolaire quand il ou elle vient faire sa visite des enfants des écoles maternelles à 4 ans, où est notamment réalisé le test de dépistage des troubles du langage ERTL4. Les spécialités « pédopsychiatre » et « neuropédiatre » ont été respectivement classées avec le ou la « psychiatre » et le ou la « neurologue » plutôt qu'en pédiatrie.

À chaque fois que l'enseignant-e était cité-e avec le ou la médecin traitant-e, nous avons privilégié le jugement de l'enseignant-e dans la mesure où il ou elle est souvent le ou la premier-e à alerter les familles sur la nécessité de soins orthophoniques et que les enfants signalé-e-s par l'école font comme on l'a vu plus haut l'objet d'un traitement différencié par les orthophonistes. Quand il ou elle était cité-e auprès de spécialistes, en revanche, nous n'avons pas tenu compte de l'enseignant-e (il s'agissait le plus souvent de diagnostics « pluriprofessionnels »). Enfin, sous la rubrique « Autre » nous avons regroupé les réponses désignant le ou la psychologue scolaire, le ou la psychomotricien-ne et l'orthodontiste (les psychologues scolaires étaient cité-e-s à de nombreuses reprises mais intervenaient rarement seul-e-s dans le diagnostic : on les retrouve donc ici aussi dans la catégorie « pluriprofessionnel »).

Un autre système de codage aurait donné un tout autre classement que celui présenté dans le tableau ci-après. Parmi les réponses ayant été cochées plus de deux fois, la réponse « Professeur(e) des écoles, enseignant(e) 2nd degré » avait été coché 104 fois, « Médecin traitant, généraliste » 48, « Vous-même » 44, « Médecin scolaire » 29, « Pédiatre » 28, « Neurologue » 27, « Psychiatre, pédopsychiatre » 14, « ORL, phoniatre » 12, « Médecin PMI » 12, « Psychologue scolaire » 9 et « Psychothérapeute » 3 (classés dans la catégorie « pluriprofessionnel » pour ce dernier). Une façon plus satisfaisante de réduire la complexité de l'information recueillie aurait été de demander aux répondants de classer ces professionnel-le-s de 1 à X selon leur position dans la chaîne du diagnostic, ce qui nous aurait permis de hiérarchiser les réponses multiples.

La catégorie de diagnostic la plus répandue était l'alerte donnée par un-e **enseignant-e**, avec 37 % des personnes interrogées. Aucune autre catégorie de diagnostic ne se détachait réellement : le diagnostic « **pluriprofessionnel** » (quand plusieurs professionnel-le-s de santé étaient cité-e-s à la fois), qui était le plus fréquent dans les situations de **handicap**, suivait avec 10 % des réponses, score que l'on retrouvait pour le diagnostic du ou de la **médecin traitant-e ou généraliste** et l'« **autodiagnostic** ». Le ou la **neurologue** intervenait dans 9 % des diagnostics, suivis du ou de la **médecin scolaire ou PMI** (7 %), du ou de la **psychiatre** (4 %) et de l'**ORL** (3 %).

Orienteur	Effectifs	%
Enseignant	86	**37%**
Pluriprofessionnel	24	10%
Médecin traitant, généraliste	24	10%
Autodiagnostic	23	10%
Neurologue	20	9%
Pédiatre	16	7%
Médecin scolaire, PMI	16	7%
Psychiatre	10	4%
ORL	8	3%
Autre	3	1%
Total général	230	100%

Figure 57. Orienteur des personnes interrogées.

Il n'y avait pas de relation évidente entre le professionnel à l'origine du diagnostic et le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, si ce n'est que les **personnes orientées par un ORL obtenaient un rendez-vous le plus rapidement** (80 % en moins de 3 mois), sans doute en raison des durées moyennes de prise en charge plus courtes des troubles de la **voix**, et les personnes orientées par un **pédiatre le plus tardivement** (42 % entre un an et deux ans), juste devant les diagnostics « **pluriprofessionnels** » (38 % entre un an et deux ans) : pour ces deux derniers cas une question de **compétence** peut être invoquée, les orthophonistes prenant rarement en charge des enfants avant l'âge de 4 ans, comme elles et ils étaient peu nombreux-ses à prendre en charge des **pathologies complexes** diagnostiquées par plusieurs professionnel-le-s (TED, TSA, syndromes génétiques et autres situation de **handicap**).

Orienteur	Moins de 3 mois	3 mois à 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	plus de 2 ans
Autodiagnostic	21%	26%	21%	26%	5%
Enseignant	18%	18%	32%	25%	6%
Médecin scolaire, PMI	29%	21%	21%	29%	0%
Médecin traitant, généraliste	27%	**33%**	20%	13%	7%
Neurologue	8%	31%	23%	38%	0%
ORL	**80%**	0%	0%	20%	0%
Pédiatre	8%	8%	**33%**	**42%**	**8%**
Pluriprofessionnel	14%	14%	**33%**	38%	0%
Psychiatre	40%	20%	0%	40%	0%
Total général	21%	20%	27%	28%	4%

Figure 58. Délai d'attente selon l'orienteur.

Le croisement de l'« **orienteur** » et de la **catégorie socioprofessionnelle** des personnes interrogées fait apparaître des relations qui confirment nos résultats précédents. Les **cadres s'opposaient aux ouvriers** dans leur orientation dans le parcours de soins comme dans leurs stratégies adoptées pour accéder aux soins, puisqu'ils tendaient à **multiplier les consultations de spécialistes** avant de voir un-e orthophoniste : ils étaient ainsi les plus nombreux à déclarer avoir consulté **plusieurs professionnel-le-s de santé** (diagnostic « pluriprofessionnel ») et obtenaient également le plus haut score pour les consultations du ou de la **pédiatre** (22 % dans chaque cas), ainsi que le deuxième plus haut score derrière les artisans, commerçants et chefs d'entreprise pour l'« **autodiagnostic** » (17 %).

Les **ouvriers**, à l'inverse, avaient tendance à recourir à la **médecine non libérale**, ayant le plus haut score des consultations du **médecin scolaire** ou du **médecin PMI** (22 %), suivis des employés (17 %), et se distinguaient également par leur faible taux d'« **autodiagnostic** » (11 %), qui n'était plus bas que chez les employés (5 %) et les retraités (0 %).

PCS	Auto-diagnostic	Enseignant	Médecin scolaire, PMI	Médecin traitant	Neurologue	ORL	Pédiatre	Pluripro-fessionnel	Psychiatre
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	**25%**	**50%**	0%	13%	0%	0%	13%	0%	0%
Cadres, professions intellectuelles supérieures	17%	35%	0%	0%	0%	4%	**22%**	**22%**	0%
Professions intermédiaires	12%	46%	7%	5%	7%	2%	10%	2%	**7%**
Employés	5%	40%	16%	10%	3%	0%	5%	16%	5%
Ouvriers	11%	33%	**22%**	0%	11%	**11%**	0%	11%	0%
Retraités	0%	11%	0%	11%	**78%**	0%	0%	0%	0%
Autres personnes sans activité professionnelle	10%	19%	5%	**24%**	5%	10%	0%	14%	14%
Total général	10%	37%	9%	9%	8%	3%	8%	12%	5%

Figure 59. Orienteur selon la catégorie socioprofessionnelle.

L'analyse de la variable « **enseignant-e** » est particulièrement intéressante, puisqu'elle nous donne un indicateur de la plus ou moins grande réceptivité à ce que les orthophonistes dénommaient en entretien la « **pression scolaire** » : à l'inverse de ce qui se passait au niveau des stratégies d'accès aux soins, **plus l'on montait dans la hiérarchie sociale, plus les personnes interrogées étaient sensibles au jugement de l'enseignant-e dans le repérage des « troubles des apprentissages »**. Les personnes sans activité étaient ainsi 19 % à avoir consulté sur les conseils de l'enseignant-e, contre 33 % des ouvriers, 40 % des employés, 46 % des professions intermédiaires, 50 % des artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Le **score dissonant des cadres** (35 %) sur cette échelle peut s'expliquer comme on l'a vu par le fait qu'ils **ne se contentaient pas du seul jugement de l'enseignement mais avaient tendance à multiplier les consultations de spécialistes** avant de consulter l'orthophoniste, et ont donc été plus souvent comptabilisés dans la catégorie du diagnostic « pluriprofessionnel ».

Enfin, les **retraités** avaient sans surprise le moins de chance d'avoir consulté sur les conseils de l'enseignant-e (11%, s'agissant du cas d'un père âgé de 62 ans qui consultait pour son fils atteint de troubles du langage écrit), et avaient pour la plupart consulté l'orthophoniste pour eux-mêmes ou leur conjoint à la suite d'un diagnostic du **neurologue** (78 %).

La prise en compte du niveau de diplôme permettait d'affiner l'analyse : la consultation du ou de la **médecin traitant-e ou généraliste** était la plus importante chez les titulaires d'un **BEPC** (21 % contre 4% chez les bac + 5), du **médecin scolaire ou PMI** chez les titulaires d'un **CAP** (13 % contre 0 % chez les bac + 5), les **spécialistes** étaient davantage consultés au niveau **bac + 2** (ORL, pédiatre, psychiatre), à l'exception du **neurologue** qui était davantage consulté au niveau **bac + 5** (21 % contre 0 % chez les titulaires d'un BEPC). La **tendance à l'« autodiagnostic » était également la plus prononcée chez les bac + 5** (17 % contre 0 % chez les non diplômés, 7 % chez les titulaires d'un BEPC, 10 % chez les titulaires d'un CAP ou du bac, 14 % chez les titulaires d'un bac + 2).

3.6. Le rappel et la disponibilité

Les **patient-e-s inscrits sur une liste d'attente n'avaient pas non plus des chances égales d'être rappelés selon leur pathologie**, comme le montre le tableau suivant où sont classées les pathologies par ordre décroissant de taux de rappel. Comme on l'a déjà vu, les **voix** faisaient l'objet d'un traitement particulier, les personnes interrogées ayant été **rappelées dans 100 % des cas**,

suivies du **bégaiement** (80 %), de l'**aphasie** et des **maladies neurodégénératives** (75 % chacun), pathologies qui avaient toutes en commun d'**affecter l'usage de la parole**. À l'inverse, parmi les pathologies qui faisaient le moins l'objet d'un rappel figuraient les situations de **handicap** (59 %), les troubles du **langage oral** (53 %) et les troubles du **langage oral et écrit** (50 %), sans doute en raison de la complexité des prises en charge et de la longue durée des rééducations pour les premiers et les derniers.

	Rappel de l'orthophoniste		
Pathologies	Oui	Non	Ne sait pas
Voix	**100%**	0%	0%
Bégaiement	80%	20%	0%
Aphasie	75%	25%	0%
Maladies neuro	75%	25%	0%
Logico-math	71%	14%	14%
Surdité	67%	33%	0%
Langage écrit	64%	33%	3%
Handicap	59%	41%	0%
Langage oral	53%	45%	2%
Langage oral et écrit	50%	**50%**	0%
Total général	60%	38%	2%

Figure 60. Rappel de l'orthophoniste selon la pathologie.

Ce taux pouvant être vu comme un indicateur du caractère **prioritaire** accordé par les orthophonistes à telle ou telle pathologie. Si aucune relation claire ne se déduisait du rappel en fonction de la catégorie socioprofessionnelle ou du niveau de diplôme, **les retraités étaient les plus rappelés** (82 %) suivis des **employés** (67 %) et des **autres personnes sans activité professionnelle** (61 %).

Le taux de rappel important des retraités pourrait s'expliquer en partie par la **disponibilité selon la catégorie socioprofessionnelle** : ainsi les **retraités** étaient 92 % à avoir répondu « Oui » à la question « *Pouvez-vous facilement vous libérer du temps en journée (par ex. la semaine entre 9h et 17h) pour vos rendez-vous médicaux ?* », suivis sans surprise des **autres personnes sans activité professionnelle** à 90 %. Notons que les **cadres** étaient défavorisés sous ce rapport, puisqu'ils étaient seulement 43 % à se dire disponibles en journée.

PCS	*Disponibilité en journée*		
	Oui	Non	Ne sait pas
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	71%	29%	0%
Cadres, professions intellectuelles supérieures	43%	**57%**	0%
Professions intermédiaires	49%	49%	3%
Employés	61%	37%	2%
Ouvriers	60%	40%	0%
Retraités	**92%**	8%	0%
Autres personnes sans activité professionnelle	90%	0%	10%
Total général	62%	36%	2%

Figure 61. Disponibilité en journée selon la PCS.

Les personnes qui disaient facilement disponibles en journée avaient ainsi un peu plus de chances d'être rappelées que les autres (62 % contre 56 %). Nous n'avons cependant pas constaté de relation évidente entre la disponibilité en journée et d'autres indicateurs d'accès aux soins (délai d'attente, nombre d'appels, etc.).

3.7. Les pathologies

Nous avons constaté une surreprésentation des **classes moyennes et supérieures** dans notre échantillon, et en particulier des **professions des secteurs de l'enseignement, de la santé et du travail social** (PESTS), ce que nous avons mis en relation avec des travaux sociologiques récents qui avaient mesuré une surreprésentation des classes moyennes parmi les parents d'élèves **dyslexiques**, soit chez ces catégories dont la reproduction sociale n'est pas assurée et qui ne sont pas pour autant éliminées de la compétition scolaire [Garcia, 2013]. Pour vérifier cette hypothèse, nous allons examiner à partir du tableau présenté sur la page suivante la relation entre les **pathologies** des patient-e-s qui consultaient chez l'orthophoniste (à 90 % des enfants) et la **catégorie socioprofessionnelle** des personnes interrogées (leurs parents). Les **professions intermédiaires** formant le cœur des classes moyennes, intéressons-nous d'abord aux pathologies les plus typiques chez ce groupe.

PCS	Aphasie	Bégaiement	Handicap	Langage écrit	Langage oral	Langage oral et écrit	Logico-math	Maladies neuro	Surdité	Voix
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0%	**10%**	20%	10%	**50%**	10%	0%	0%	0%	0%
Cadres, professions intellectuelles supérieures	0%	6%	13%	25%	34%	9%	0%	0%	6%	**6%**
Professions intermédiaires	0%	4%	14%	24%	36%	**14%**	**6%**	0%	0%	2%
Employés	4%	3%	27%	26%	28%	5%	**6%**	1%	0%	0%
Ouvriers	0%	0%	25%	**42%**	25%	0%	0%	0%	8%	0%
Retraités	**12%**	0%	0%	6%	0%	0%	0%	**76%**	6%	0%
Autres personnes sans activité professionnelle	11%	5%	**47%**	5%	16%	5%	0%	0%	**11%**	0%
Total général	3%	4%	21%	22%	28%	7%	4%	6%	3%	1%

Figure 62. Pathologie selon la catégorie socioprofessionnelle.

De toutes les catégories socioprofessionnelles, **les professions intermédiaires** étaient celles qui avaient le plus de chances de consulter pour les troubles du **langage oral et écrit** (14 %) et pour les troubles **logico-mathématiques** (6 %, à égalité avec les employés). **Tous « troubles des apprentissages » confondus** (langage écrit, langage oral, langage oral et écrit, logico-math), **les professions intermédiaires arrivaient en première position avec un score de 80 %,** loin devant les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (70 %), les cadres (68 %), les ouvriers (67 %) et les employés (65 %).

Si nous devons rester prudents dans l'analyse de ce résultat, étant donnés les faibles effectifs représentés pour chaque pathologie, l'écart entre le groupes des professions intermédiaires et les groupes suivants est suffisamment important pour que l'on puisse **confirmer l'hypothèse d'une surreprésentation des classes moyennes parmi les personnes qui consultaient pour des « troubles des apprentissages »**. Notons qu'un écart de 10 points séparait également les PESTS consultant pour ces troubles (77 %) des autres professions de l'échantillon (67 %) : la surreprésentation de ces professions relativement mieux dotées en capital culturel pourrait s'expliquer en partie par un **surinvestissement parental dans les apprentissages scolaires**.

Pour ce qui est des autres catégories socioprofessionnelles, les **cadres et professions intellectuelles supérieures avaient plus de chances de consulter pour la voix** (6 %), ce qu'on peut mettre en rapport avec l'importance accordée à la **prise de parole en public** chez ce groupe : ainsi les deux cadres de l'échantillon venus consulter l'orthophoniste pour la voix occupaient des emplois d'**enseignant-e-chercheur-se** et d'**assistant-e juridique**, tandis que la dernière patiente venu consulter pour la voix était une **professeure des écoles** (classée parmi les professions intermédiaires).

Les **employés** avaient comme on l'a vu le plus de chances de consulter pour les troubles **logico-mathématiques** (6 %), tandis que les **artisans, commerçants et chefs d'entreprise** avaient plus de chances de consulter pour les troubles du **langage oral** (50 %) et le **bégaiement** (13 %), et les **ouvriers** pour les troubles du **langage écrit** (42 %), loin devant les employés (26 %). Ces résultats sont plus difficiles à interpréter, d'autant plus que les effectifs de ces deux derniers groupes étaient particulièrement réduits. La **forte proportion d'ouvriers consultant pour les troubles du langage écrit** pourrait cependant s'expliquer par les **difficultés scolaires** propres à ce groupe, dont les enfants tendent à être « **éliminé-e-s** » le plus précocement de la compétition scolaire (Bourdieu et Passeron, 1964).

Sans surprise, les **retraités** avaient tendance à consulter pour des **maladies neurodégénératives** (76 %) et des **aphasies** (12 %). Enfin, pour expliquer pourquoi les **autres personnes sans activité professionnelle** avaient de loin le plus de chances de consulter pour des situations de **handicap** (47 %) et la **surdité** (11 %), il nous faut inverser le sens de la relation entre la profession et la pathologie : **c'est bien le handicap de leur enfant qui avait poussé ces mères de famille à arrêter de travailler**, comme celles-ci l'avaient indiqué sur les questionnaires. Cette femme de 45 ans, née en Algérie, titulaire d'un doctorat et résidant dans une commune voisine de Cité-les-Jardins, mère d'un petit garçon autiste de 4 ans suivi en CMPP, s'était ainsi déclarée « femme au foyer » avant de préciser à la question sur la profession : « *Je m'occupe de mon enfant car pas encore scolarisé, ni admis en structure de soins* ». Cette autre mère d'un garçon autiste de 9 ans, née au Sri Lanka et résidant à Rougeville, titulaire d'un bac + 3, s'était quant à elle déclarée comme « sans emploi » et avait simplement mentionné dans la marge : « *Je ne travaille pas pour aider mon fils* ».

Certaines **pathologies touchaient exclusivement les enfants** des personnes interrogées comme le **bégaiement** (100 %), les situation de **handicap** (100 %, parfois suivi-e-s jusqu'à l'âge adulte comme cette jeune femme de 26 ans hébergée en foyer occupationnel qui venait consulter à Brunville accompagnée de sa mère pour des TDAH), les troubles **logico-mathématiques** (100 %), et les autres « troubles des apprentissages » dans une moindre mesure : **langage oral** (98 %), **langage écrit** (98 %), **langage oral et écrit** (94 %). Les **maladies neurodégénératives** touchaient plus fréquemment les **conjoints** (36 %) ou les **parents** (14 %) des répondants, tandis que **les patient-e-s aphasiques avaient tendance à venir consulter seuls** (57 %).

Pathologies	Enfant	Conjoint	Parent	Répondant
Bégaiement	**100%**	0%	0%	0%
Handicap	**100%**	0%	0%	0%
Logico-math	**100%**	0%	0%	0%
Langage oral	**98%**	0%	0%	2%
Langage écrit	**98%**	0%	0%	2%
Langage oral et écrit	**94%**	0%	0%	6%
Voix	**67%**	0%	0%	33%
Surdité	**67%**	0%	0%	33%
Aphasie	43%	0%	0%	**57%**
Maladies neuro	7%	**36%**	**14%**	43%
Total général	90%	2%	1%	7%

Figure 63. Patient-e suivi-e selon la pathologie.

Ces pathologies ne touchaient cependant pas les enfants avec la même ampleur selon leur **sexe**. Certains de ces résultats étaient bien connus comme le fait que **les garçons avaient entre quatre et cinq fois plus de chances que les filles de bégayer** (83 % contre 17 %). Les garçons avaient également près de trois fois plus de chances d'être atteint de troubles du **langage oral** (73 % contre 27 %) et deux fois plus de chances d'être en situation de **handicap** (68 % contre 32 %), comme d'être atteints de troubles du **langage oral et écrit** (67 %).

Plus surprenant est le fait que les troubles du **langage écrit étaient équitablement répartis entre les sexes** dans notre échantillon (51 % pour les filles, 49 % pour les garçons), alors qu'il est reconnu que les problèmes de lecture et les troubles « **dys** » associés sont de 1,5 à 3 fois plus fréquents chez les garçons que chez les filles [INSERM, 2007 : 186]. De même, **les filles avaient plus de deux fois plus de chances d'être suivies que les garçons pour les troubles logico-mathématiques** (71 % contre 29 %), alors que les études disponibles mesurent un *sex ratio* de 1/1 pour ces troubles [INSERM, 2007 : 296], comme si les professionnel-le-s se conformaient aux **stéréotypes de genre** dans le diagnostic des « troubles des apprentissages ».

Pathologies	Enfant sexe masculin	Enfant sexe féminin
Bégaiement	**83%**	17%
Langage oral	**73%**	27%
Handicap	**68%**	32%
Langage oral et écrit	**67%**	33%
Langage écrit	49%	**51%**
Logico-math	29%	**71%**
Total général	63%	37%

Figure 64. Sexe de l'enfant suivi selon la pathologie.

La forte proportion de filles suivies pour des troubles logico-mathématiques et du langage écrit dans une moindre mesure pourraient s'expliquer par le fait qu'elles n'étaient pas suivies au même âge que les garçons, comme nous allons l'examiner à présent pour conclure cette section.

3.8. Des inégalités de traitement entre garçons et filles ?

Toutes pathologies confondues, **les garçons étaient suivis beaucoup plus précocement que les filles**, dans l'ordre de plus de **quatre fois plus à l'âge de 6 ans** (18 % des garçons consultaient à 6 ans contre 4 % des filles) et de près de **trois fois plus à l'âge de 7 ans** (13 % contre 5 %), les filles ayant de leur côté plus de deux fois plus de chances que les garçons d'être suivies à l'âge de 10 ans (12 % Contre 5 %) et trois fois plus à 11 ans (7 % contre 2 %).

Âge enfant	Enfant sexe masculin	Enfant sexe féminin	Total général
4 ans	**7%**	3%	5%
5 ans	**11%**	9%	10%
6 ans	**18%**	4%	13%
7 ans	**13%**	5%	10%
8 ans	12%	**13%**	13%
9 ans	11%	**17%**	14%
10 ans	5%	**12%**	8%
11 ans	2%	**7%**	3%
12 ans	5%	5%	5%

Figure 65. Âge et sexe des enfants suivi-e-s[38].

Lecture : 18 % des enfants de l'échantillon de sexe masculin ont consulté à l'âge de 6 ans, contre 4 % des enfants de sexe féminin. 13 % du total des enfants suivi-e-s étant âgés de 6 ans pour l'ensemble des deux sexes.

Alors que nous avons déjà vu que **les familles étaient prêtes à parcourir plus de distance pour faire suivre leurs garçons que leurs filles**, ce dernier résultat nous permet d'émettre l'hypothèse d'un plus grand investissement parental dans le soin orthophonique des enfants de sexe masculin. **Tout se passe comme si la reconnaissance d'un plus grand échec scolaire des garçons**, qui s'étale dans les titres de presse et les étals des libraires (pour ne prendre que quelques exemples récents : « Sauvons les garçons ! », « Les garçons, premières victimes de l'échec scolaire ? », « Nos garçons en danger ! », « Genre à l'école : les garçons en péril ! », etc.), **aurait concentré l'attention des parents et des professionnel-le-s sur la réussite de ces derniers, au détriment des filles**. Nous n'avons en revanche pas trouvé de différence significative selon le sexe des enfants suivi-e-s pour les variables du délai d'attente, du nombre d'appels téléphoniques ou du rappel de l'orthophoniste.

Des différences de traitement apparaissaient en revanche dans les **stratégies d'accès aux soins** : le plus grand écart entre les garçons et les filles se lisait dans la fréquence des recommandations des professionnel-le-s de santé, **les garçons ayant trois fois plus de chances que les filles d'avoir été recommandés par un-e professionnel-le** (10 % contre 3 %), ceux-ci faisant également l'objet de davantage de **relances téléphoniques** de la part de leurs parents (29 % contre 22 %). Le **déplacement au cabinet**, stratégie de dernier recours comme on l'a vu, était à l'inverse près de **deux fois plus fréquent pour les filles** que pour les garçons (7 % contre 3 %), les parents de

[38] Nous ne représentons pas ici les âges extrêmes de la distribution en raison d'effectifs insuffisants.

petites filles tendant également à s'appuyer davantage sur leurs **relations familiales** pour obtenir un rendez-vous (20 % contre 8 %).

Stratégies	Enfant sexe masculin	Enfant sexe féminin	Total général
Relance téléphonique	**29%**	22%	27%
Liste d'attente	26%	26%	26%
Déplacement au cabinet	3%	**7%**	5%
Total stratégies individuelles	***59%***	*55%*	*57%*
Famille	8%	**20%**	13%
Amis	3%	3%	3%
Voisins	3%	**4%**	3%
Autres relations	**8%**	4%	7%
Total stratégies relationnelles	*23%*	***32%***	*26%*
Professionnels	**10%**	3%	7%
École	6%	6%	6%
Institutions	3%	**4%**	3%
Total stratégies institutionnelles	***18%***	*13%*	*16%*

Figure 66. Stratégies d'accès aux soins et sexe de l'enfant suivi.

Le fait que les garçons aient trois fois plus de chances d'être recommandés par des professionnel-le-s de santé que les filles pourrait s'expliquer par **l'investissement différencié des parents dans le diagnostic de leur enfant selon son sexe : les filles avaient tendance à avoir été orientées par l'enseignant-e** (50 % contre 36 %) ou par « **autodiagnostic** » dans une moindre mesure (12 % contre 10 %), tandis que **les garçons avaient systématiquement plus de chances d'avoir été orientés par des professionnel-le-s de santé**, notamment par le ou la **médecin scolaire ou PMI** (10 % contre 3%).

Orienteur	Enfants sexe masculin	Enfants sexe féminin	Total général
Autodiagnostic	10%	**12%**	11%
Enseignant	36%	**50%**	41%
Médecin scolaire, PMI	**10%**	3%	7%
Médecin traitant, généraliste	**10%**	9%	10%
Neurologue	**5%**	4%	4%
ORL	3%	3%	3%
Pédiatre	**9%**	7%	8%
Pluriprofessionnel	**11%**	9%	10%
Psychiatre	**6%**	3%	5%

Figure 67. Orienteur et sexe de l'enfant suivi-e.

Encore une fois, ces résultats doivent être analysés avec prudence : comme on l'a vu, **les filles ayant plus de chances d'avoir été orientées pour des « troubles des apprentissages »** que pour des situations de **handicap** qui nécessitaient souvent un diagnostic « pluriprofessionnel », **il se pourrait bien qu'à pathologie égale celles-ci aient tout autant consulté de professionnel-le-s de santé que les garçons**. Toutefois, malgré cette réserve et les données limitées dont nous disposons de par la taille de notre échantillon, un faisceau d'indices concordants tend à démontrer que **les enfants de sexe féminin étaient relativement défavorisées dans l'accès aux soins orthophoniques**.

Résumé des résultats de l'enquête par questionnaire

En conclusion de cette analyse de 232 questionnaires passés auprès de patient-e-s ou d'accompagnants consultant dans des cabinets d'orthophonistes de l'Essonne et de Seine-Saint-Denis, nous sommes en mesure de formuler les propositions suivantes, qui ont valeur d'**hypothèses** et demanderaient à être confirmées par des enquêtes sur de plus grands échantillons : pour obtenir une place en orthophonie en Île-de-France en 2017, **mieux valait être un homme qu'une femme**, **marié que divorcé, cadre qu'ouvrier, avoir le bac qu'être non diplômé, être doté d'un capital culturel ou d'une « compétence médicale »** suffisante pour être convaincant au téléphone plutôt que d'attendre patiemment son tour, **avoir des relations professionnelles** plutôt que des amis ou des voisins qui connaissaient une orthophoniste, **avoir été recommandé par un-e professionnel-le de santé** plutôt que par l'école, **consulter pour son enfant** plutôt que pour sa conjointe, un de ses parents ou soi-même, et être **le père d'un petit garçon** plutôt que d'une petite fille.

Il nous semble important de signaler toutefois que **nous n'avons pas constaté de cas de discrimination manifeste de la part des professionnel-le-s vis-à-vis de leurs patient-e-s** : l'absence de relation statistique entre les **personnes nées à l'étranger** ou les bénéficiaires de la **CMU**, par exemple, et différents indicateurs d'accès aux soins (délai d'attente, nombre d'appels téléphoniques, rappel de l'orthophoniste, etc.) nous permet d'écarter cette hypothèse. **Les inégalités que nous avons mises au jour seraient imputables à la fois à des stratégies socialement différenciées** élaborées par les patient-e-s ou leurs familles pour accéder aux soins ; et à des **mécanismes intériorisés de la part des orthophonistes**, qui seraient comme nombre de professionnel-le-s de santé portés à privilégier les patient-e-s les plus proches de leurs caractéristiques sociales (hypothèse de l'homologie entre producteurs et consommateurs de soins).

Enfin, il va sans dire que la **rareté structurelle de l'offre de soins orthophoniques**, dont les effets se font sentir jusque dans des zones de dotation dite « intermédiaire » voire « sur dotées », **est à même d'accroître ces inégalités au détriment de la santé, de l'intégration sociale et de la réussite scolaire des catégories les plus vulnérables**, induisant des coûts pour l'ensemble de la société à long terme. Alors que les gouvernements qui se succèdent depuis une vingtaine d'années se sont engagés à faire du « **handicap** » ou de la « **réussite de tous** » une priorité nationale, les professionnel-le-s de santé de première ligne confrontés à la détresse des familles ont été jusqu'ici un levier d'action particulièrement négligé dans ce combat.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'enquête et la rédaction du présent rapport sur le renoncement aux soins orthophoniques se sont étalées sur près d'un an, de novembre 2016 à octobre 2017. Pendant cette année, nous avons rencontré de nombreux-ses **professionnel-le-s**, qu'il s'agisse d'orthophonistes, de médecins, d'enseignant-e-s ou d'éducateurs-trices, mais aussi des **patient-e-s et leurs familles**, ainsi que des responsables d'**associations** représentant ces derniers. Nous ne nous sommes pas contentés de recueillir et d'analyser les **témoignages** des un-e-s et des autres, mais nous avons également produit sur la base de cette enquête de terrain des **données objectivant le travail des un-e-s et l'accès aux soins des autres**.

Nous avons commencé par nous intéresser à l'**offre de soins** par l'étude de l'évolution de la **démographie professionnelle** des orthophonistes mais aussi de l'extension de leurs **champs de compétences** et de leurs **missions**, en retraçant l'histoire récente du cadre réglementaire et législatif de la profession depuis le début des années 1980 à travers des sondages exploratoires dans des archives (revues professionnelles, thèses, études et rapports divers), qui mériteraient un traitement plus systématique. Nous avons relié ces questionnements à la **demande de soins** par le biais d'une **enquête par questionnaire** auprès de patient-e-s et d'accompagnants consultant l'orthophoniste dans deux territoires de l'Essonne et de la Seine-Saint-Denis. Les résultats de cette enquête, dans les limites posées par notre échantillon, nous ont permis de mettre au jour des **déterminants sociaux** de l'accès aux soins, révélant en particulier l'existence de **profondes inégalités de classe et de genre face à la santé** [Gelly et Pitti, 2016], qui tendent à se creuser en contexte de pénurie de l'offre de soins.

Nous voudrions pour conclure revenir sur l'un des principaux résultats de cette enquête qui concerne plus spécifiquement les **conditions de travail des orthophonistes**, dont nous avons longuement documenté le malaise. Les orthophonistes que nous avons rencontré-e-s étaient comme **pris-es en étau entre deux phénomènes qui contribuaient chacun à dégrader leurs conditions de travail,** et qui les portaient à incriminer d'un côté les pouvoirs publics pour la situation d'abandon dont ils et elles s'estimaient victimes, mais aussi certaines catégories de leur patientèle de l'autre, pour les relations qu'ils et elles avaient lentement vu se détériorer au cabinet :

1° **Un phénomène structurel de longue durée**, que nous avons décrit dans la première partie de ce rapport[39] et que nous avons retrouvé sous une autre forme dans les entretiens avec les orthophonistes : **une hausse des revendications portant sur le droit des patient-e-s,** produit de la plus grande reconnaissance des **droits des personnes handicapées** en particulier mais aussi plus généralement de la plus grande reconnaissance d'un **droit à la santé dans l'ensemble de la population**, y compris – ce qui serait un phénomène nouveau – chez les catégories populaires. Ces dernières semblent plus que jamais disposées à recourir aux soins et à l'expertise médicale, bien qu'elles affrontent toujours davantage d'obstacles dans l'accès aux soins comme le montre la **sous-représentation des ouvriers** parmi les répondants au questionnaire, les stratégies différenciées des familles tendant à remplacer les obstacles économiques ou « culturels » dans l'accès aux soins. Tout porte à croire que ce phénomène reflète une **évolution profonde des mentalités** et des représentations liées à la santé et au corps dans notre société, qu'il serait illusoire de vouloir ralentir ou contrer.

2° **Un phénomène conjoncturel**, que nous avons décrit tout au long de ce rapport[40] mais dont les effets sont apparus avec plus de certitude dans l'analyse des résultats du questionnaire : **une pénurie de l'offre orthophonique *globale* en Île-de-France,** le mot « global » désignant ici deux choses. D'une part, cette pénurie touche bien **l'ensemble de la profession, exerçant en libéral, en mixte et en salariat** (hôpital et institutions), la désaffection des carrières salariées se répercutant sur la surcharge d'activité des cabinets libéraux. D'autre part, cette pénurie, si elle ne touche pas toutes les régions françaises ou les touche inégalement, affecte bien **l'ensemble de l'Île-de-France et pas uniquement les zones franciliennes dites « sous dotées »**, la clientèle résidant dans ces dernières zones se reportant selon la même logique vers les cabinets des zones de dotation intermédiaire ou supérieure par un phénomène de « vases communicants ». À l'inverse du premier phénomène que nous avons décrit, le levier d'action est ici à la portée du système de santé et dépend surtout d'un **volontarisme politique**. Si ce volontarisme ne vient pas sans coûts, la situation actuelle porte en elle les germes de coûts sociaux bien plus élevés à long terme du point de vue de la formation de notre jeunesse et de l'intégration sociale des catégories les plus vulnérables.

[39] Voir la section « "La dyslexie entre dans les mœurs" : l'orthophoniste face aux demandes de reconnaissance des droits des personnes handicapées ».
[40] En particulier dans la section « De la "pléthore" à la "pénurie" ? L'évolution de la démographie des orthophonistes en Île-de-France ».

Peut-être qu'une anecdote permettra d'illustrer mieux que tout autre résultat la **position paradoxale et, à bien des égards, intenable dans laquelle soignant-e-s comme patient-e-s étaient placé-e-s**. À de très nombreuses reprises et avec une régularité étonnante, les orthophonistes interrogé-e-s sur leurs rapports avec les pouvoirs publics se sont plaint-e-s des **normes d'accessibilité aux handicapé-e-s** imposées autoritairement par leur municipalité, qui les obligeaient à entreprendre de coûteux travaux d'aménagement de leurs cabinets en installant par exemple des rampes d'accès pour les fauteuils roulants, alors que les orthophonistes viennent précisément en aide au quotidien à des patient-e-s handicapé-e-s… De leur côté, les parents et familles de personnes handicapées ne cessent depuis des années de réclamer la **création de structures et de postes** de professionnel-le-s tel-le-s les auxiliaires de vie scolaire pour accueillir et accompagner leurs enfants dans leurs soins comme dans leurs apprentissages. Ne peut-on pas imaginer de mesures politiques plus ambitieuses qui puissent répondre aux intérêts des patient-e-s comme des soignant-e-s plutôt que de compenser les un-e-s aux dépens des autres ?

Du point de vue de la recherche, beaucoup reste à faire pour **mieux comprendre les logiques du renoncement aux soins** que nous n'avons pu aborder qu'en creux dans ce rapport, par déduction des caractéristiques de la population accédant au soin. Alors que nous avions initialement choisi d'enquêter sur l'offre de soins pour des raisons pragmatiques d'accès au terrain et de contextualisation de nos données, maintenir l'analyse de la **profession** tout en élargissant l'enquête vers les **parcours de soins** s'est avérée une approche originale et plus pertinente qu'elle n'y paraissait à première vue. Les résultats auxquels nous avons abouti invitent en particulier à poursuivre des recherches sur les **« taux de fuite » des soins orthophoniques d'une zone à une autre comme des institutions aux cabinets libéraux**, pour approfondir cette hypothèse de « vases communicants » dans l'offre de soins qui serait en partie à l'origine de la dégradation des conditions de travail des orthophonistes francilien-ne-s et du **creusement des inégalités dans l'accès aux soins**, que nous avons objectivées dans leurs dimensions de classe, mais aussi – ce qui est plus surprenant – de genre.

ANNEXES

1. Entretien avec Mme O.

Essonne, le 24 mai 2017.

Mme O., 41 ans, professeure des écoles, est la mère d'une petite fille qui consulte le cabinet d'orthophonie de Mme Weber dans l'Essonne. Sur la recommandation de cette dernière, je l'ai contactée pour lui faire passer une version de test du questionnaire et la voir en entretien. Nous nous retrouvons à 11h30 devant l'école élémentaire d'une ville pavillonnaire de l'Essonne, sur les hauteurs d'une vallée à proximité d'une gare de RER. Elle m'ouvre la porte de sa classe, nous nous installons autour d'un bureau. De nouvelles tablettes numériques viennent d'arriver pour l'usage des élèves, elles sont rangées dans un meuble à l'entrée de la classe. Les plantes et cultures d'un micro-potager pédagogique dépassent d'un carton près du tableau. Je commence par faire passer le questionnaire à Mme O., avant d'enregistrer l'entretien avec son accord. L'entretien dure 36 minutes. Nous commençons par parler de son expérience d'enseignante confrontée aux problèmes d'apprentissage et aux situations de handicap de ses élèves, avant d'aborder son expérience de parent de patient.

« Je ne suis pas forcément un cas… dans la norme on va dire. En fait je connais la plupart des parents, dont j'ai les enfants à charge. Donc du coup j'ai pas la même relation qu'un enseignant lambda, ça fait être plus facile pour moi d'aborder les choses avec les gens… encore que. Donc dans ma classe y'a une petite dizaine d'enfants qui sont pris en charge à l'extérieur, et pourtant on est dans un milieu favorisé, c'est ça. Une petite dizaine, sur 30, ils ont tous de l'orthophonie et plus, la plupart ont plus que ça.

Vous avez pas d'enfants handicapés ?

Non, j'ai pas d'enfants handicapés cette année mais les années précédentes, tous les ans. Tous les ans. Y'en a toujours enfin c'est… C'est récurrent, tous les ans y'en a à peu près un par classe, on a treize classes dans l'école.

Est-ce que vous aviez des auxiliaires de vie scolaire ?

Oui systématiquement y'a un auxiliaire de vie scolaire. Le problème c'est que les contrats sont sur deux ans et ils ne suivent pas forcément la scolarité de l'enfant. Donc par exemple là dans l'école on a eu le cas, ben juste à la fin, aux vacances, y'a un AVS qui a terminé son contrat aux vacances de Pâques. Donc il a fallu, ils ont réembauché quelqu'un mais au retour des vacances de Pâques, pour finir l'année avec un enfant autiste, c'est très, très compliqué. Très, très compliqué.

Vous êtes enseignante depuis combien de temps ?

Ça fait dix ans que j'enseigne.

Donc vous avez pu constater…

J'ai fait tous les niveaux de l'élémentaire, donc j'ai pu constater oui, une croissance des besoins et des troubles.

Les orthophonistes me disaient souvent que d'après elle l'explosion de la demande de soins, c'était à partir de la loi Handicap de 2005 sur l'intégration des enfants handicapés à l'école, dans le sens où elles disaient que les enseignants étaient débordés, elles ne savaient pas comment s'adapter à ce nouveau public…

C'est ce que j'allais vous expliquer. C'est ce que j'allais vous expliquer. En fait malheureusement dans notre formation, on est très peu formés aux troubles, y'a des formations mais qui durent peut-être trois heures sur l'année, mais c'est pas systématique, c'est pas pour tout le monde… C'est aléatoire hein, c'est en fonction des années, des plans de formation, donc là maintenant on est dans le numérique donc autant vous dire que tout ce qui est trouble de l'apprentissage c'est plus à l'ordre du jour. Donc du coup on sait pas comment faire, ni pour aider les enfants au quotidien, ni pour aider les parents dans l'aide à la maison ou l'aide aux devoirs, on sait pas comment faire. Donc le plus simple effectivement c'est de dire « Ben allez faire un bilan chez l'orthophoniste ». On a aussi des psychologues scolaires qui sont surchargées, surchargées dans le sens où on leur a rajouté des écoles, des villes, à charge.

Y'en a une…

Y'en a une pour… Là dans le bassin doit y'avoir quatre ou cinq communes. […]

Ça veut dire qu'elle a des permanences ici ?

Ah non elle a aucune permanence à [Ville], ah non, non. C'est pas possible. C'est pas possible. Donc ça fonctionne par mail, le médecin scolaire [*bruit de moto*] non. Et puis y'a plus d'infirmières dans les écoles, donc voilà.

Donc vous êtes, moi ce qu'on m'avait dit aussi…

On est isolé hein.

Moi ce qu'on m'avait dit aussi c'est qu'avant y'avait les réseaux, le RASED…

Alors le RASED il a été remis en place, je crois que ça fait deux ans. Mais à force, à force de montrer qu'on avait un réel besoin. Il a été remis en place et on a une maître E qui est là donc c'est de la rééducation pédagogique, et par contre on a pas de maître G. Et elle nous accorde une demi-journée par semaine, sur l'école. Pour 13 classes.

Comment ça se passe ?

Ça se passe… On fait des choix.

C'est en groupe du coup, ou non c'est à chaque fois elle voit un élève ?

Non alors on a fait un choix au niveau de l'équipe pédagogique, on a décidé d'axer sur les CP, l'aide, par rapport à l'entrée dans la lecture. Et donc elle voit des enfants, on essaye de les regrouper. On sélectionne des enfants dès le début, qu'on sent dès le départ en grande difficulté. Grâce au lien qui est fait avec la grande section aussi, on travaille beaucoup en lien avec l'école maternelle. Et donc on sélectionne des enfants et ensuite l'enseignante spécialisée voit ces enfants, et voit comment elle peut faire des groupes avec ces enfants-là. Mais sur une matinée donc, en général elle a deux groupes quoi, elle fait deux groupes. Deux groupes de 4-5, hein.

Comment ça se passe du coup avec les parents, est-ce que les associations de parents d'élèves…

Pardon, je voudrais d'abord revenir sur ça, on a aussi un problème au niveau de notre emploi du temps parce qu'on a pas de temps de concertation pour faire le lien avec l'enseignante spécialisée. D'ailleurs c'est de même pour la psychologue scolaire. On est sur du temps perso, je sais pas si ça rendre dans l'étude ou pas du tout, mais c'est vraiment au bon vouloir de l'enseignant. Et c'est exactement le même souci pour le lien avec les orthophonistes. On est sur du temps perso.

Donc ça dépend de la disponibilité, de la volonté, de l'investissement…

De l'investissement de chaque enseignant, ouais, tout à fait. Sachant que les orthophonistes, on comprend bien, n'ont pas le temps, elles ou eux, de venir vers nous, ben du coup c'est… Voilà c'est comme ça que ça se passe. Alors souvent les secteurs y'a des écoles où c'est très ancré dans le fonctionnement de l'école de téléphoner systématiquement aux orthophonistes, et y'a des écoles où ça c'est jamais fait. Et du coup quand on le fait les orthophonistes sont étonnées de notre démarche.

Vous vous êtes connu pour ça ?

Moi ?

Non l'école…

L'école… Ben, comment dire. C'est pas une école qui va être très dans la relation avec l'orthophoniste. Y'en a mais j'ai connu Grigny avant et ça c'était très, très… Y'avait un vrai lien. Un vrai lien, par la nécessité aussi.

Tous les problèmes que vous me dites, le manque de personnel que ce soit les psys ou les RASED même si y'a au moins une maître E, le fait que les enfants handicapés aient été intégrés à l'école sans moyen supplémentaire forcément, comment les parents réagissent à ça, y'a pas de mobilisations, des associations des parents d'élèves ?

Alors justement y'a eu une mobilisation il y a peut-être cinq ans, parce que y'avait eu des appels des enseignants hein, appel au secours, pour montrer aux parents que y'avait un besoin, qu'il fallait faire quelque chose, qu'il fallait se mobiliser. Au final les parents étaient très, très peu nombreux à se mobiliser par rapport à cette question-là. Donc les fédérations de parents d'élèves ont essayé de faire quelque chose, mais les gens étaient très peu, très peu intéressés. Ben concrètement les gens qui sont intéressés ce sont les gens qui sont touchés, et comme y'a peu de gens touchés… Ils se rendent pas compte. Ouais. C'est pas par désintérêt, c'est qu'ils se rendent pas compte de ce que c'est. Je sais pas comment… Tant qu'on est pas dedans, on se rend pas compte ce que c'est comme troubles, et les besoins que y'a derrière.

Est-ce que, sur la formation, vous disiez que vous étiez pas formé, on peut former en tout cas à reconnaître les troubles du langage ou de l'apprentissage, est-ce que vous pensez que ça devrait être nécessaire ou en tout cas que ce serait une bonne chose…

Ah oui ça devrait être obligatoire. Non seulement ça devrait être obligatoire mais on devrait avoir un suivi par rapport à ça. Parce que la recherche évolue, les troubles évoluent, enfin tout évolue et nous on stagne, on stagne dans notre manque d'information [*rires*]. Après on se documente parce que y'a des bouquins qui sortent, mais voilà, y'a pas de… Peut-être même que ça devrait venir de la hiérarchie, un cadre…

Parce que quand je demandais ça aux orthophonistes ils disent « Ben moi mais nous, à chaque fois on nous demande "Venez donnez des formations !", mais on est pas payé pour ça, on a nos patients déjà donc on va pas prendre ça sur le temps où on pourrait recevoir des patients…

Il faudrait qu'il y ait une instance, d'orthophonistes qui soient détachés ou qui se donnent un volume horaire prévu pour ça. Et c'est exactement ça on a besoin d'être formés par des professionnels. Pas par des conseillers pédagogiques…

Même un truc en continu, s'ils venaient dans les écoles…

Bien sûr. Même au niveau relationnel, c'est tellement important…

Et donc avec les parents vous disiez que tant que ça concernait pas les gens, les gens se rendaient pas compte. Mais est-ce que vous aviez eu… Par exemple si vous dites aux parents que leurs enfants devraient être suivis ou faire un bilan orthophonique, est-ce que vous avez une réaction de déni de certains parents… Ils sont tous bien disposés par rapport à ça ?

Non, non non non, tout à fait. C'est, les gens… Enfin ça dépend, c'est compliqué de faire des généralités. Y'a certains cas où les gens devant disent « Oui, oui, on va le faire, on va le faire ». Là c'est quand même une grande partie, et au final les démarches se font pas. Alors après est-ce qu'ils ont fait les démarches mais que ça n'a pas abouti, ça c'est possible aussi. Nous ce qu'on voit c'est le fait que c'est pas fait, que c'est pas mis en place, que y'a pas de suivi, en tant qu'enseignant. On voit pas tout ce qui est démarches derrière effectivement. D'ailleurs ça nous arrive aussi de prendre le téléphone et d'appeler un orthophoniste ou le CMP pour savoir si y'a moyen…

De le faire vous-même à la place des parents ?

Ouais, ça arrive aussi. Alors pas là à [Ville], mais oui sur Grigny, ça arrive régulièrement. Après le problème on le connaît c'est qu'il y a des listes d'attente, on sait très bien. D'ailleurs on prévient les parents dès le début. Il vaut mieux commencer les démarches tout de suite parce que la liste est longue. Ça on le dit.

[…] *Peut-être on peut revenir, quand vous disiez que vous avez une dizaine d'enfants pris en charge sur 30, c'est pour quels troubles ?*

Alors j'ai beaucoup de dyspraxiques… Enfin beaucoup, j'en ai un, deux trois… Oui au moins trois. Des dyslexiques, doit y en avoir cinq… Voilà, après les troubles, y'a un autre problème c'est que comme c'est de l'ordre du médical, c'est moi qui donne le nom de… Je suis pas forcément au courant de tout. Après y'a des parents qui sont confiants et qui nous disent, et d'autres je sais qu'ils sont suivis parce qu'ils sortent sur le temps scolaire. Ou alors ça a été dit dès le début de l'année « Mon enfant est pris en charge deux ou trois fois par semaine »…

Ça c'était pas de votre initiative, ils étaient déjà pris en charge avant ?

Non, bien sûr. Là comme on est en CM2 y'a beaucoup de choses qui sont déjà mises en place. Et y'a aussi des parents qui ne veulent toujours pas faire le nécessaire pour leurs enfants.

Donc il pourrait y en avoir plus…

Oui.

Et y'en a qui sont suivis en institut, en CMPP…

Oui oui j'en ai, j'en ai trois au CMPP. On avait fait une demande de SEGPA [Sections d'enseignement général et professionnel adapté] qui est refusée par les parents… On a fait une demande de CLIS-TSL [Classe pour l'inclusion scolaire-Troubles spécifiques du langage] c'est pour les troubles du langage… Enfin non on en a fait deux, mais la deuxième a été refusée… Et puis les autres j'ai deux PAP qui sont en train d'être montés, les PAP c'est les Projets d'accompagnement personnalisé, ça c'est lié au médical. Ça veut dire que c'est le médecin qui valide, ce PAP. C'est accompagné de toute une prise en charge extérieure, avec des recommandations.

Et du coup pour monter ces projets vous avez des réunions avec des médecins ou des orthophonistes ?

Non, alors normalement on a le bilan des spécialistes qui ont été consultés, si les parents sont allés consulter. Et puis voilà…

Ah oui c'est pour ça parce que les orthophonistes me disant souvent « L'école nous demande les bilans, mais nous on peut pas leur donner directement nous on donne aux parents, mais comme c'est le secret médical », après c'est les parents qui doivent bien vouloir le transmettre à l'école et souvent c'est à ce niveau-là que ça coince.

Mais tout ça c'est lié au fait que notre médecin scolaire est surchargée, que notre psychologue scolaire est surchargée, c'est elles qui sont censées faire le tampon de ce genre de choses. Ben oui. Et du coup on est obligé nous de le faire, mais là on est dans la limite des choses qui sont illogiques parce que du coup moi je lis des bilans que je suis pas censée lire, mais pour mettre en place des choses y'a un moment donné où il faut bien que quelqu'un le fasse quoi. Les médecins scolaires ben ils se contentent de signer, vérifier, signer…

Vous avez dit que depuis que vous avez commencé à enseigner vous avez vu une augmentation ou une évolution des troubles ?

Alors moi j'ai commencé par le CP notamment dans cette école-là, et au CP… J'ai dû envoyer quatre ou cinq enfants chez l'orthophoniste faire des bilans, et après j'ai appris qu'il fallait pas se précipiter, par manque d'information, donc du coup… Voilà mais c'est des enfants qui ont été pris en charge derrière donc ça s'est révélé utile, euh… Après moi j'ai pris le CM2 là cette année, euh… L'évolution je me rends pas bien compte.

Ou alors rien qu'au niveau de la lecture et de l'écriture, rien que sur les apprentissages au niveau purement scolaire, vous avez senti peut-être que y'a dix ans les élèves faisaient pas les même fautes…

Ah ! Pfff… Ça j'arrive pas du tout. Alors en plus y'a un autre paramètre c'est que les programmes évoluent, donc on évalue plus la même chose. Et suivant notre pédagogie on va réussir à faire comprendre des choses à des enfants ou pas, si on traite une compétence sur quinze jours et qu'après on passe à la suivante, forcément c'est pas acquis, bon voilà… Moi je suis pas de celles qui disent que le niveau a baissé…

C'est une organisation qui est différente ?

Oui ça dépend de notre organisation. Après peut-être que les profs de collège ont plus une vision comme ça, par rapport…

[Suite de l'entretien sur l'expérience de parent de patient]

Par rapport à votre démarche de prise de rendez-vous, quels obstacles vous avez rencontré comme on a vu sur le questionnaire avant…

Euh donc déjà j'ai commencé à voir une psychothérapeute en début d'année, en fait… Alors il faut reprendre au début. Charlotte, ma fille, elle a été prise en charge en CE2, par une orthophoniste. Toute l'année de CE2, et l'année de CM1, en tout début d'année, jusqu'à la Toussaint. Et pendant cette prise en charge en fait, l'orthophoniste m'a jamais informé sur ce qu'elle faisait. Elle m'a jamais reçu dans son bureau, enfin bon. Zéro communication. Ne sachant pas que c'était pas normal, et bien…

Vous étiez là pour le bilan non ?

Non, même pas. Non. À aucun moment. […] Pas du tout. Et donc j'ai rien demandé moi, j'ai fait confiance au professionnel, et donc voilà la fin de la prise en charge est arrivée, elle a dit à Charlotte « C'est terminé », bon c'était terminé. Donc les maîtresses au fur et à mesure me disaient « Le niveau, c'est pas terrible. _Y'a de l'évolution ? _Tout petit, tout petit ». Bon. Du coup, étant donné qu'elle avait été prise en charge on s'est dit bon ben on va laisser le temps aussi faire, elle va grandir elle va murir, bon. Et puis peut-être qu'il y avait un manque de volonté de sa part, on imagine tout. Et arrive l'année de CM2, l'enseignant de CM2 me dit « Bon faudrait peut-être reconsulter, ça me paraît pas normal ». Et donc en CM2 j'ai commencé à chercher quelqu'un en me disant « L'orthophoniste on a déjà fait c'est pas la peine de recommencer ». Donc j'ai pris rendez-vous avec la psychothérapeute. En me disant c'est une médecine un peu parallèle, donc ça devrait aider. Donc la psychothérapeute a fait faire des bilans, mais c'est pas…Comment on dit, c'est pas dans le tronc commun de la médecine… Aux yeux de tout le monde, c'est pas reconnu, voilà. Donc elle a fait ses bilans et elle a dit pour moi il faut refaire un bilan orthophoniste. En continuant le travail avec elle parce qu'elle travaille sur la confiance en soi, donc c'est très bien. Donc comme j'ai dit dans l'enquête [le

questionnaire, j'ai contacté] une bonne vingtaine d'orthophonistes. Et une orthophoniste m'a dit, mais est-ce que vous avez déjà fait le bilan de l'orthoptiste ? Parce qu'au fur et à mesure on me disait « Ah non pas de place, pas de place ». Les gens étaient plus ou moins agréables au téléphone ce qu'on comprend parce qu'ils doivent en recevoir toute la journée des coups de fil. Et donc y'en a une qui a fini par me dire « Est-ce que vous avez fait le bilan orthoptiste d'abord, comme ça ce sera fait et c'est plus facile à avoir ». Donc de là j'en ai parlé autour de moi et j'ai une amie dont l'enfant est déjà reconnu dyspraxique, donc qui a déjà fait tout un tas de démarches auprès de spécialistes, et qui m'a donné elle son contact orthoptiste et elle m'a dit « Va chez elle, elle est spécialisée dans les troubles de l'apprentissage, donc ça devrait t'aider ». À aider, enfin à orienter quoi. Donc on a fait le bilan chez l'orthoptiste, et de là l'orthoptiste a fait tout un tas de bilans ça a duré quatre séances, pour faire tous les bilans. Et elle a dit que de son côté au niveau de la vue tout allait bien, par contre c'était un vrai problème d'orthophonie. Elle m'a dit qu'il fallait vraiment trouver une orthophoniste pour me faire un bilan. J'ai continué mes appels, et j'ai fini par être décomposée au téléphone tellement c'était plus possible. Et donc y'a une orthophoniste qui m'a dit « Ben écoutez, je comprends votre problème, ce que je peux faire pour vous c'est de la recevoir pour faire le bilan mais je vous préviens dès le début, je la prendrais pas derrière. Parce que j'ai pas de place ». Mais c'est la seule qui m'a proposé de faire ça, peut-être que j'étais complètement perdu et j'ai fini par dire au téléphone « Prenez-là juste pour faire le bilan j'ai vraiment besoin d'un bilan. Pour savoir vers où aller.

Au moins pour savoir, pour être rassurée…

Exactement. Et donc voilà, ça s'est fait relativement rapidement, le bilan. [*Elle sort le dossier médical de sa fille*] Donc c'était au mois de mars. Fin mars 2017. C'est tout récent oui. Et donc de là elle a fait le bilan, elle a fait deux bilans en une séance pour m'arranger, et donc elle m'a dit qu'il y avait un réel problème, de réels troubles, mais elle m'a pas mis de mots dessus. Ce qu'elle voulait c'est vérifier qu'au niveau neurologique, ça allait bien. Donc elle m'a dit de faire maintenant un bilan chez un psychologue qui s'appelle le WISC. De là j'ai pris rendez-vous chez le psychologue, alors je suis passée directement par un psychologue privé [libéral] parce que j'ai dit que la démarche vers le psychologue scolaire c'était encore trop long – en étant enseignante je sais que le psychologue scolaire fait aussi le WISC, mais bon, je suis quand même allée vers un professionnel. C'est quand même une démarche, c'est onéreux hein, c'est pas remboursé…

Ah c'est pas remboursé, parce que les orthophonistes disent qu'elles leurs actes ont pas été revalorisés depuis des années, par exemple le bilan orthophonique il est facturé à 60 euros ou quelque chose comme ça, alors que là ils m'ont dit ces trucs là c'est plus dans les 400…

Ah j'ai payé 200 euros. Pas remboursé. Même la mutuelle prend pas.

Et j'imagine vous avez pas eu du mal à le faire ? À trouver quelqu'un.

Ah non ça, par contre il se trouvait que cette orthophoniste était dans le même cabinet que la psychologue, donc elle m'a recommandé en disant « Elle est vraiment bien », voilà. Et en plus l'avantage c'est qu'elles communiquent du coup, et elles ont parlé des différentes, ce qu'elles ont remarqué sur ma fille, y'a vraiment eu un lien qui était intéressant, pour le suivi. De là y'a eu le WISC qui était fait, y'a eu un retour chez l'orthophoniste comme je disais, et elles ont aussi pris contact avec la psychothérapeute qui suit ma fille. Donc ça c'était bien aussi, y'a vraiment eu un dialogue entre les trois spécialistes. Voilà. Et donc parallèlement à ça, j'ai toujours la même amie dont l'enfant est dyspraxique, son fils est suivi chez [Mme Weber], et donc elle a demandé plusieurs fois, et moi en étant allé pour accompagner l'enfant à sa propre séance d'orthophonie j'ai aussi fait la demande. Et avec preuve à l'appui hein, j'ai montré mes bilans, et elle a vu que c'était vraiment lourd.

Donc elle s'est dit là c'est une priorité…

Voilà, on est passé en priorité parce que y'avait urgence.

Parce que vous la connaissiez, et aussi parce qu'il y avait urgence…

Y'avait urgence ouais. Parce que là, ça…

Tout récemment, parce qu'elle [*Mme Weber*] *m'a envoyé le mail il y a deux semaines…*

Oui, oui, ça fait deux séances. Donc ça fait deux semaines. Donc elle est toujours en train de faire des bilans parce qu'apparemment c'est pas assez complet. Voilà l'histoire, abracad…

Ça c'est des histoires complexes !

Oui c'est ça. Alors mon amie dont l'enfant – je sais pas si ça vous intéresse hein parce que là on va au-delà de l'étude – elle a pris contact avec une association qui est sur [Ville]. Ça peut peut-être vous intéresser c'est une association qui aide les gens dans toutes leurs démarches, autour des apprentissages, et notamment de la dyspraxie. Et donc c'est des gens qui sont hyper disponibles, mais dans le sens hyper, vraiment…

Et spécifiquement ils aident dans les démarches ?

Dans les démarches pour orienter les gens, pour les aider à vérifier s'ils sont sur la bonne voie, dans leurs démarches. C'est pas des médecins hein, c'est des parents. C'est des parents qui ont vécu la chose. Et qui de par l'explication, la description du problème des enfants vont dire « Oui, ça ressemble à ce qu'on connaît, effectivement ça doit être de la dyspraxie donc vous pouvez consulter untel, untel ». Voilà. Personnellement on est pas allé voir un neuropédiatre. Parce que j'ai l'impression que tout a été vu. Mais j'en ai parlé aux deux orthophonistes qui m'ont dit que pour elles y'avait pas forcément besoin. Donc ça s'est arrêté pour nous là, ensuite on sait pas la suite. Et comme [Mme Weber] est en train de faire des bilans complémentaires on va avoir plus d'informations plus tard.

C'est une question idiote mais est-ce que vous pensez que vous aurez pu faire toutes ces démarches…

Plus tôt ?

Non, pas du tout mais si vous aviez pas été enseignante, si vous aviez pas eu cette amie-là, si vous aviez pas eue…

Je sais pas si c'est le fait d'être enseignante mais je dirai c'est le fait de… Comment dire, de savoir écrire parce que j'ai fait des mails récapitulant… Enfin j'ai fait un dossier, j'ai monté un dossier, faut quand même je pense…

Et recherchez les informations aussi ? Faut être très à l'aise avec l'écrit…

Ouais, je pense. Faut quand même avoir l'habitude d'écrire, de rédiger, puis d'aller à la source, d'aller…

Un parcours du combattant quoi ?

C'est ça. Concrètement j'ai pas laissé mon mari faire ça, parce qu'il fallait être un peu rigoureux. Ouais.

Bon ben ça a abouti heureusement…

Ouais, ouais. On est dans le positif dans notre cas, c'est bien. Mais c'est vrai que c'est le parcours du combattant. Donc ça a été plutôt rapide pour nous finalement. Parce qu'à partir du moment où elle a commencé réellement les bilans, après ça s'est enchaîné. Ça s'est enchaîné parce que c'était lourd et du coup on est passé en priorité.

Du coup j'ai pas trop en tête la géographie du coin ici, mais…

Pour aller chez [Mme Weber] ? On a vingt minutes de route.

Vingt minutes de route, oui donc ça va…

Euh ça va parce que pour l'instant elle est prise en charge une fois sur le temps scolaire, donc personnellement j'ai le papy qui va chercher ma fille au collège, qui l'emmène, voilà qui fait l'aller-retour, après [Mme Weber] elle m'a dit que c'est un profil qui risquait de nécessiter trois séances dans la semaine, donc là moi je suis sur le point de demander un aménagement de mon temps de travail. De mon temps, voire de la situation géographique, je suis en train de… Voilà, parce que bon le papy il est gentil mais [*rires*], voilà.

Donc vous êtes quand même soulagée d'avoir trouvé ?

Ah oui complètement. Oui, oui, bien sûr. Complètement.

Et ça vous semble, une fois que vous avez réussi à contacter, à trouver l'orthophoniste, ça vous semble être une bonne démarche, ça vous semble oui, nécessaire…

Ah oui complètement.

Donc vous l'aurez pas orienté vers quelqu'un d'autre, vu les bilans que vous lui avez fait passer vous avez vu que c'est vraiment d'une orthophoniste dont vous aviez besoin…

Oui oui, c'est ça. Sachant qu'on continue la prise en charge chez la psychothérapeute en parallèle. Ça oui. Pour l'instant, voilà, donc elle a un suivi chez ces deux spécialistes là, ensuite on verra, pour la suite. Normalement ça devrait être bon.

Elle est en CM2 là, c'est ça ?

Elle est en 6e. Au collège. »

2. Entretien avec Mme S.

Essonne, le 15 juin 2017.

Mme S., 52 ans, chargée de relation avec les entreprises pour un établissement public, est la maman d'un patient de Mme Weber. Elle a vu le mot de présentation de notre enquête dans la salle d'attente et m'a contacté spontanément. Nous avions rendez-vous à 11 heures à la gare RER *d'une ville de l'Essonne, elle me propose après confirmation de la rejoindre à son domicile, une maison d'un étage avec jardin dans un quartier pavillonnaire. Intérieur chaleureux avec briques couleur terre, cheminée, carrelage, de nombreux cadres de photos au mur. Nous nous installons dans le salon, en face d'une baie vitrée qui donne sur le jardin. Elle m'expliquera à la fin de l'entretien qu'elle se sentait plus à l'aise chez elle qu'à la terrasse d'un café pour l'entretien. Je lui fais d'abord passer le questionnaire, puis demande si elle accepte d'être enregistrée pour parler du cas de son fils et de son cas personnel par la suite, qu'elle décrit comme un « parcours du combattant », étant toujours à la recherche d'un-e orthophoniste suite à un épisode cardiaque péricardite. L'entretien dure 47 minutes, Mme S. parle d'abord du cas de son fils, J., avant de présenter son cas personnel.*

« Mon fils J. a 12 ans et demi actuellement, il est né le *** 2004, et dès le CP la maîtresse a exprimé le fait que J. avait des difficultés en français, il inversait des mots, il avait une écriture miroir au niveau des chiffres, donc 53 il l'écrivait 35, de grandes difficultés à mémoriser : impossible de mémoriser une table de multiplication, voilà. Donc un certain nombre de troubles, on en a parlé avec le pédiatre à ce moment-là, elle m'a parlé effectivement d'orthophonie, j'ai contacté une ou deux orthophonistes déjà, mais vu la difficulté, la liste d'attente, on a laissé passer le temps.

Donc ça c'était y'a quatre ans ?

Alors il est en sixième il a redoublé, 5, 6… C'était y'a 6 ans, voilà.

Et donc…

Le temps a passé, et en CM1 à nouveau la maîtresse du CM1 exprime des difficultés, et donc je trouve une orthophoniste pour qu'il passe un bilan. Et le bilan effectivement révèle un besoin de prise en charge.

Comment vous l'avez trouvé cette orthophoniste […] *pour obtenir un rendez-vous ?*

Alors comment j'ai trouvé : les pages jaunes d'une part, et d'autre part mon relationnel : parce que d'autres parents autour de moi utilisaient des orthophonistes et j'ai une amie qui est psychomotricienne. Donc c'est grâce à cette amie qui effectivement m'a ouvert des portes, dans le sens où elle m'a donné des noms, voilà.

Et vous aviez pas fait d'autres examens avant de la contacter […] *d'orthoptiste, ou des bilans auditifs ?*

Y'a eu effectivement un bilan auditif chez un ORL, voilà, qui a révélé qu'il n'y avait pas de souci auditif. Y'a eu un bilan extrêmement complet parce que J. est suivi dans un CMP depuis l'âge de 5 ans, donc il a eu effectivement un bilan complet, psychologique, psychiatrique, sur la mémoire, sur ses troubles…

Quand vous avez pris rendez-vous vous aviez dit que vous avez fait ces bilans ?

Oui bien sûr. […] L'orthophoniste m'a dit « Mais est-ce qu'il y a pas d'autres troubles psychologiques ou un état dépressif éventuellement ? ». Je lui ai dit « Il est possible que, cet enfant est suivi par un CMP ». Donc ils ont vu qu'on a fait d'autres démarches autour, et je lui ai montré mon bilan.

Vous avez dit que vous l'aviez trouvé légère dans le diagnostic ?

Non, c'est-à-dire que dans le diagnostic il y avait pas de troubles psychiatriques, il y avait effectivement des troubles psychologiques, voilà c'est certain mais on le savait déjà. Y'avait un besoin d'orthophonie mais y'avait pas de prise en charge par le CMPP. Donc on a cherché aussi une prise en charge par le CMPP, qui nous a mis sur liste d'attente. Et il y a eu six mois de prise en charge par une orthophoniste via le CMPP…

Qui était salariée au CMPP ?

Voilà, qui était salariée au CMPP et qui était très bien parce qu'elle était en lien avec le psychologue de J. Donc ça c'était formidable. Et les six mois de prise en charge se sont arrêtés parce que la dame avait pris sa retraite tout simplement. Et il n'y avait pas de remplaçant, donc arrêt de la prise en charge.

Tout ça c'était avant d'aller en libéral ?

Oui c'est ça. Disons que j'ai fait les deux en parallèle j'étais tout à fait transparente avec l'orthophoniste libérale, ben la première qui a une place elle m'a dit ça me va très bien de fonctionner comme ça. Elle a même appelé le CMPP pour moi, et c'est le CMPP qui a déclenché en premier. Et là boom, arrêt en décembre, et plus rien.

C'était le mois de décembre de quelle année ?

C'était il y a cinq ans.

2012 ?

Quelque chose comme ça oui.

Et donc il a été suivi depuis dans le cabinet…

Voilà, on a attendu qu'une place se libère dans ce cabinet libéral, sachant que c'était cette orthophoniste qui avait fait un bilan, et au bout de plusieurs mois qui étaient plus de six mois d'attente, elle a pris notre fils en charge. Qui devait être jusqu'à juin 2013 je pense ça doit être ça.

Et après la rééducation était finie ?

Non, c'est parce que ça se passait mal, cette dame, par manque de disponibilité elle était maman de trois enfants, elle s'occupait de ses enfants en même temps que ses patients, donc c'est moi qui ai arrêté. Je m'occupais du fils de l'orthophoniste pendant la consultation, elle sortait sans arrêt de la consultation, donc ça allait plus… Donc bien à contre cœur hein.

Et vous avez pas cherché avant d'arrêter ?

Si, mais pas de place. Donc je suis allée plus loin, je suis allée sur Nozay. Donc à nouveau, soit message sur répondeur, etc., à nouveau pas de place. Donc oui oui j'ai anticipé…

Est-ce que vous vous souvenez de messages sur le répondeur qui disent « Nous sommes débordés, nous ne prenons pas de nouveaux patients » […] ?

Y'a des messages, effectivement, on prend pas de nouveaux patients…Y'a des messages, on peut même pas laisser de message sur la messagerie…

C'est ça, y'en a plein qui sont pleins déjà…

Ou qui ont une messagerie exprès où ça fait « bip » et on peut même pas parler et laisse de message, et effectivement le message en cas d'urgence parce que nous on dépend de la pédiatrie d'Orsay, « En cas d'urgence contactez l'hôpital d'Orsay ».

Et ça vous l'avez fait ?

Ben disons que, comme J. dans ces difficultés j'étais en contact avec l'hôpital d'Orsay, je savais que y'avait pas de possibilité du tout de prise en charge orthophonique. Donc c'était même pas la peine.

Et donc vous avez trouvé plus loin ?

Donc j'ai trouvé plus loin sur Nozay. Ça doit être à 13 kilomètres. 13 kilomètres c'est pas loin mais quand on a un enfant scolarisé et qu'on travaille c'était extrêmement compliqué. Ce qui fait que j'ai pris beaucoup de journées de congé. Je prenais une demi-journée de congé dès qu'elle a eu de la place, donc y'a eu un temps d'attente, et dès qu'elle a eu de la place la priorité étant le soin de J. je prenais des demi-journées de congé de mon travail.

C'était pas trop compliqué ça avec l'employeur ?

Ah ben si. Bien sûr que si. C'était le temps entre midi et deux avec un sandwich, c'était négocier que J. rate des cours parce que c'était voilà, donc après je sais y'a la possibilité d'avoir un VSL [véhicule sanitaire léger] mais bon…

Ce qu'elles me disaient les orthophonistes c'est que jusque y'a 5 ans, 10 ans, quand elles suivaient les enfants c'était toujours après les cours, c'était à 4 heures le mercredi après-midi, et maintenant y'a tellement peu de place…

C'est ça. Et de toute façon vous demandez un mercredi après-midi on vous dit non. Alors le mercredi c'est même pas la peine, voilà.

Moi elles m'ont dit, au téléphone des fois elles demandent « Est-ce que vous seriez disponible en semaine ? » et la personne disponible en semaine passe devant celle qui dit « Ben non que le soit »…

Voilà. Ou l'enfant qui a une activité, c'est une des premières choses qu'on vous demande dans le questionnaire, qu'est-ce que fait votre enfant comme activité ? C'est pas tant l'intérêt de ce que fait l'enfant, pour s'exprimer et voilà, mais « Ah, il a quoi comme timing ? ». Et après en tant que parent à force d'être questionné on se rend compte « Ah oui d'accord elle s'en fiche s'il fait du judo ou cela, c'est pas ça le problème, c'est juste une histoire d'emploi du temps ». […]

Donc du coup la 3e orthophoniste, à Nozay, et sachant que dans les difficultés de J. ça n'était pas une orthophoniste classique, l'accès à l'orthophoniste s'est réduit considérablement quand on nous a dit « Il faut une orthophoniste spécialisée en dyscalculie ». Alors là c'était la catastrophe. Donc c'est pour ça qu'on est allé jusqu'à Nozay parce que je ne trouvais pas, les orthophonistes qui me parlaient ou me rappelaient disaient « Désolé, on fait pas de dyscalculie ». Je suis allé jusqu'à Bourg-la-Reine, Anthony, voilà dans un périmètre de vingt kilomètres ça a été super dur pour le coup. […] Donc ça a rajouté une difficulté dans l'accès aux soins.

Comment on fait ça alors parce qu'on sait pas à l'avance ?

On pose la question.

Dès que vous appelez vous posez la question « Est-ce que vous prenez de la dyscalculie ? »

C'est ça. « Dans le bilan il s'est dégagé une demande de prise en charge particulière dans la dyscalculie, est-ce que vous avez cette spécialité ? Oui/Non ».

Parce que je crois que règlementairement elles ont pas droit d'afficher de spécialité sur leur plaque. Mais ça aiderait les patients et les parents si on savait à l'avance quelles pathologies elles prennent en charge ?

Parce qu'il n'y a pas de sens à attendre six mois un premier rendez-vous de qualification, quand « Ah ben non je suis désolé je fais pas la dyscalculie », c'est dommage. […]

Pourquoi vous avez arrêté à Nozay ?

Parce que la dame attendait un heureux évènement, donc voilà départ en congé maternité, la remplaçante avait moins d'heures donc n'avait pas de place pour J., donc ça aurait été à nouveau un trou dans sa prise en charge, donc… Voilà, alors l'orthophoniste m'a pas dit qu'elle prenait un congé maternité mais je l'ai su autrement, elle m'avait pas prévenu qu'elle partait du coup j'ai dû anticiper et trouver à nouveau une orthophoniste spécialisée en dyscalculie, qui est l'orthophoniste qui suit J. actuellement, qui est [Mme Weber]. Donc même chose, re-appel téléphonique, et même physiquement des fois on se déplace quand elles répondent pas, on met des mots sur les boîtes aux lettres…

Ah oui ça aussi des mots sur les boîtes aux lettres…

Ah ben oui, on est désespéré.

Mais du coup au bout de la 4e orthophoniste vous avez du cumuler des dizaines et des dizaines d'appels ?

Ah oui j'ai essayé, j'avais des post-it partout. Alors celle-ci elle m'a dit de rappeler à telle date, celle-ci elle a pas de place alors j'abandonne, ah oui je m'étais fait un tableau de qualification, ah oui oui c'était… J'en parlais autour de moi, j'ai demandé à mes collègues de travail, mes amis, j'ai remué ciel et terre dans mon carnet d'adresse pour pouvoir au moins avoir une piste. Mais c'était, ça a été compliqué et il faut être sacrément déterminé pour… Voilà quoi.

Et là depuis combien de temps il est suivi ?

Alors [Mme Weber], nous sommes en 2017, je pense elle doit le suivre depuis 2014 je crois, 2014 ouai. Depuis plus de deux ans dans tous les cas. Et là c'est stable.

Et du coup ça fait plus loin aussi pour vous déplacer ?

Elle a déménagé entre temps, elle est à [Ville]. […] On a géré la distance pendant un an et demi je prenais mon temps entre midi et deux, j'allais demander à mon employeur de m'absenter tous les vendredis une heure, et j'avais aussi demandé à l'école une absence, pareil parce qu'on arrivait en retard tous les vendredis. Et la maîtresse face aux difficultés de J. avait accepté et bien compris, avec justificatifs, etc., d'autant plus que les orthophonistes nous les faisons participer aux équipes éducatives, qu'il y a des PAP mis en place avec l'Éducation nationale et le médecin de l'Éducation nationale, voilà. La difficulté sur notre territoire c'est que le médecin de l'Éducation nationale est parti en retraite.

Le médecin scolaire ?

Et oui. Donc c'était un médecin qui était très attentive à ses prises en charge orthophonique, et du coup on a plus de contact physique à Évry avec le rectorat. Donc ça a été une barrière de plus pour nous parents. Quand le médecin scolaire est soit inexistant, soit pas remplacé tout de suite, est pas attentif à ces prises en charge, c'est une catastrophe. […] Le médecin scolaire a une importance, quand la pathologie se révèle être présente sur le temps scolaire, c'est un élément extrêmement important. Parce que ça spécialise (?) les choses à la fois sur l'école et sur l'orthophoniste, qui du coup se sent soutenue et se dit « Ah, y'a une reconnaissance rectorat », voilà. Donc c'est aussi important cette partie-là. […] Dès que le médecin scolaire déclenche un

PAP […] du coup l'aménagement se fait de mieux en mieux, d'autant plus quand y'a un enseignant spécialisé et responsable de ces PAP. Il y a un enseignant par établissement qui est nommé, qui prend en charge tous les dys. Même chose, c'est un progrès énorme. Et qui fait respecter justement les PAP en classe. Parce que les professeurs ont tendance à soit pas s'adapter, soit pas avoir le temps, avoir l'envie de. Et du coup il est garant de cette prise en compte.

Et vous avez pu voir des progrès depuis que votre fils est suivi ?

Ah complètement, la prise en charge orthophonique est absolument indispensable. Et cette spécialisation en dyscalculie, déjà la mémoire, l'attention a progressé puisque ce sont des enfants qui sont agacés ou perdent confiance. Se sentent presque handicapés dans ces difficultés. Donc la compréhension de la multiplication des additions, de la résolution de problèmes a fait des progrès, oui oui. C'est à petits pas, mais quand on a une orthophoniste qui dialogue bien et voilà de temps en temps on fait un point, un point par trimestre quelque chose comme ça, du coup elle explique « Et bien là j'en suis à la sériation », etc., et on lui dit « Mais est-ce que c'est normal qu'en technologie il comprenne pas le mouvement des roulements à billes ? », par exemple. « Oui oui, les roulements à billes c'est normal, ça vient effectivement de la dyscalculie, donc du coup ça permet de redevenir patient, que l'enfant prenne confiance, ah oui c'est absolument indispensable. Notre fils s'en serait pas sorti sans.

Est-ce que l'orthophoniste vous a suggéré des exercices à faire à la maison, pour suivre ?

Oui, parce que ce sont des enfants qui ont du mal à conceptualiser. Du coup soit avec des cartes à jouer, des allumettes, on est dans le concret. Du coup oui elle nous accompagne en tant que famille pour pouvoir apporter un soutien, dédramatiser et aider effectivement l'enfant.

Et nous en tant que parent on dit « Mais pourquoi tu comprends pas et on s'énerve ? », du coup l'orthophoniste nous aide bien et ça a permis de calmer aussi les choses à la maison, la frustration de ces difficultés d'apprentissage.

Et de déculpabiliser aussi vous-même puis l'enfant aussi qu'il se sente pas…

Oui, oui parce qu'on butait et du coup oui. Oui et puis ça permet d'avoir une prise en charge alors après qui est pas seulement « Je ne travaille pas, je fais pas mes devoirs parce que je suis dyscalculique », ça il a très bien compris que ça ne marchait pas. Parce qu'ils essayent forcément les enfants [*rires*] […] Mais ça permet vraiment une relation d'adultes qui entourent l'enfant dans sa progression et donc l'orthophoniste n'aide pas seulement le patient, elle accompagne vraiment l'entourage.

Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter, quand vous parliez du « parcours du combattant » ?

[…] Alors la première chose c'est déjà le manque de communication qu'il y a sur la profession d'orthophoniste. On ne sait pas ce que fait un ou une orthophoniste, déjà. C'est plus ou moins du paramédical, on ne sait pas quelle formation ils ont, on ne sait pas ce qu'ils traitent, à quel moment est-ce qu'il faut faire appel à eux, y'a vraiment une désinformation, une méconnaissance du métier lui-même. Je pense qu'il y a aussi un manque de respect du coup de la part du public, parce que c'est quand même un niveau master, voilà ce que fait une orthophoniste…

[…] *C'est vrai qu'elles se sentent elles pas du tout reconnues, et politiquement elles pèsent de très peu de poids par rapport aux médecins et aux autres paramédicaux…*

Du coup pour l'avoir vécu, c'est grâce aux orthophonistes que je me suis pris en charge sérieusement, et j'ai vécu à la Pitié-Salpêtrière qui est un excellent hôpital de l'AP-HP quand même, où j'ai demandé une prise en charge et au moins un diagnostic et un bilan orthophonique ça m'a été refusé, directement par le professeur qui ne s'est pas caché de son mépris de notre profession, voilà. Et il venait d'arriver dans le service une psychomotricienne, qui essayait de faire bouger les murs. Mais c'était pas simple disait-elle, vous voyez dans ce cousinage entre orthophoniste et psychomot. C'est vraiment le mépris du médecin qui du coup n'est pas prescripteur du bilan et de cette prise en charge. Même pas au niveau du bilan, parce que

l'aboutissement peut être « Non y'a pas besoin de prise en charge », ou en contraire « Oui ». Et qu'il peut mettre le curseur par rapport à l'urgence, voilà. Même pas ça. « Ah mais non vous avez pas besoin ». Le mot d'orthophoniste c'est « Comment osez-vous effleurer, voilà prononcer ce mot ». Du coup le grand public, qui fait confiance au médecin, ça encourage soit le désengagement, soit la méconnaissance, soit le mépris de ce métier. Donc pour moi le médecin il doit vraiment être prescripteur, et reconnaître la limite de ses compétences, certes de plus de 10 ans d'études. Mais, voilà. Et ça à l'hôpital ça a été flagrant, que ce soit Orsay ou à la Pitié-Salpêtrière. Voilà je trouve ça vraiment très dommage.

[Suite de l'entretien sur le cas personnel de Mme S.]

Justement si on peut revenir plus précisément sur votre expérience ?

Oui, suite à un épisode cardiaque péricardite début août de l'année dernière sur mon travail, je n'ai pas eu d'ACV mais j'ai eu les mêmes effets, on va dire, qu'un AVC. Voilà il y a eu un manque d'oxygénation de quelques secondes du cerveau, qui à l'IRM ne s'est pas avéré être un AVC, mais j'ai eu des troubles du langage importants [*elle insiste sur le mot*], voilà je disais un mot à la place d'un autre, j'inversais des syllabes. Je m'en suis rendu compte à mon travail quand j'écrivais des mails. Je pensais à un mot j'en écrivais un autre – ça nous arrive tous quand est fatigué, mais là je voyais bien qu'il s'était passé quelque chose, qui était devenu incontrôlable. J'écrivais, que ce soit à mon ordinateur ou avec un stylo, j'inversais des syllabes, j'inversais des lettres… Y'avait vraiment un problème, et un problème d'élocution…

Dès votre sortie d'hôpital ?

Oui, à peu près. Voilà j'ai eu une prise en charge cardiologique évidemment, mais comme l'IRM trois semaines après n'a pas, voilà l'AVC n'était pas avéré, du coup le cardiologue, le médecin traitant pensaient que ce n'était pas très important, voilà on était vraiment sur gérer l'urgence, et que la péricardite guérisse. Mais vous voyez trois semaines après quand j'emmenais mon fils chez l'orthophoniste c'est l'orthophoniste de mon enfant qui voyait bien que j'avais des difficultés, et j'en étais arrivée même du coup à avoir honte de parler. J'avais peur de parler, parce que je bégayais et je voyais bien que ça se voyait, ou que ça s'entendait plutôt.

J'imagine à la sortie de l'hôpital ils vous ont prescrit un traitement ?

Voilà, j'ai eu un traitement d'aspirine. C'est tout.

Et vous avez pas eu d'autre suivi, ils vous ont pas de revenir ?

Alors si, ils m'ont dit en fait de revoir mon cardiologue en ville. Ce que j'ai fait.

Ils vous ont dit de remonter vers le cardiologue en ville, tous les deux mois ou je sais pas ?

Oui c'était plus fréquent que ça, parce que la douleur était très importante. Donc voilà, j'ai eu des échographies cardiaque, mais absolument rien d'autre. Voilà suite à l'accident du 3 août, le 17 août chez le remplaçant de mon cardiologue qui pourtant est cardio à l'hôpital Pompidou, quand je lui ai dit en pleurant « Mais regardez j'arrive pas à vous parler, je bégaye c'est pas possible au travail je suis un OVNI », elle me dit « Ah mais vous êtes fatiguée ». Bon, voilà alors je me disais je dois vraiment être très, très fatiguée. Puis je me perdais dans la rue… Oui y'a eu un choc posttraumatique ça c'est certain… Voilà puis une semaine après, on est arrivé le 20 août, chez l'orthophoniste de mon fils alors que je le ramenais, c'est elle qui me dit, j'arrêtais pas de m'excuser. Voilà, je lui dis « Écoutez, j'ose pas vous parler », elle me fait « Mais pourquoi qu'est-ce qui se passe ? ». Je lui dis « Ben écoutez ça se voit pas j'ai eu un accident cardiaque je bégaye, j'oublie des mots », elle me dit « Vous devriez aller sur un plateau neurologique, soit le Kremlin-Bicêtre soit la Pitié-Salpêtrière, passer un bilan. Faites appel au service cardiologique post incident cardiaque, ils vont forcément vous orienter, vous suivre à faire un bilan et déterminer s'il y a un problème orthophonique », c'était ça son propos. Rien, mais rien de tout ça ne s'est passé. Tout de suite le problème de langage a été écarté. Et bien donc comment j'ai fait, je me suis dégradée jusqu'à être hospitalisée en urgence en octobre, à la Pitié-Salpêtrière.

Vous êtes allé voir le plateau neurologique ?

Non. Ils ont refusé.

Au téléphone ils ont refusé ? En disant que c'était pas une urgence ?

Ah oui, oui. Voilà c'est ça et qu'il fallait que je passe par le médecin traitant. Et la sophrologue de ma fille, comme j'oubliais plein de choses et que le bégaiement s'entendait au téléphone, jusqu'à ce que j'oublie un rendez-vous chez la sophrologue, et la sophrologue me dit « Mais [Mme S.], je vous connais depuis quelques temps, vous avez un problème ? C'est pas possible, allez consulter, qu'est-ce qui se passe ? », donc l'orthophoniste de mon fils plus la sophrologue de ma fille qui travaille à l'hôpital de [Ville], avec des grosses pathologies, des handicaps, etc. Qui est quelqu'un de sérieux et de reconnu, je me suis dit « Si deux personnes professionnelles que j'apprécie, que je respecte me disent qu'il y a un problème, je dois vraiment avoir un problème ». Je n'arrivais pas à faire entendre auprès de mon médecin traitant quoi que ce soit, jusqu'à ce que je me perde dans la rue en allant à l'hôpital d'Antony. Voilà, c'était plus possible, j'étais un vrai zombie, et donc hospitalisation en urgence à la Pitié-Salpêtrière pendant un mois. Et rendez-vous avec une neuropsychologue, ils ont pas accepté que j'aille faire des tests neurologiques mais ils m'ont quand même fait rencontrer une neuropsychologue, voilà. Effectivement j'ai passé une après-midi de tests.

Qui ont révélé...

Qui ont révélé, oui un état d'angoisse – oui merci quand on a un accident cardiaque ça me paraît normal ! – des pertes de mémoire effectivement avérés, des tremblements neurologiques et quelques troubles d'inversion de mots, des problèmes de logique, des difficultés d'élocution qui étaient en train de se résoudre toutes seules malgré tout. Du coup, pas de prise en charge orthophoniste, la prise en charge psychomot m'a beaucoup aidé sur l'aspect spatial…

Donc vous avez entrepris de voir le psychomot rapidement ?

Dans l'hôpital, dans l'hôpital y'avait des ateliers. Donc du coup j'ai pas eu de prise en charge parce qu'elle avait pas de place, elle venait d'arriver dans le service, voilà. Mais j'allais à ses ateliers deux fois par semaine, qui m'ont malgré tout aidé […] Pour conclure je n'ai jamais eu de prise en charge orthophonique, et je reconnais que l'hospitalisation de 4 semaines, la prise en charge, le repos, ont permis de résoudre les choses, sachant que j'ai eu deux autres épisodes cardiaques depuis. […] Un quatrième épisode cardiaque en mars.

Vous vous êtes pas mis en arrêt de travail ?

Si, de mi-août, du 17 août à fin avril, je n'étais réellement pas du tout capable d'aller travailler – je me suis présentée à mon travail, et mes collègues m'ont renvoyé cette image de problèmes d'élocution. J'ai eu un arrêt de travail, de huit mois malgré tout, presque huit mois, et il se trouve que se dégagerait un diagnostic de pathologie plus globale, de maladies chroniques, d'où l'ALD […] Et je suis hospitalisée à [Ville], en rhumatologie et probablement avec un avis de médecine interne, enfin pour avoir une prise en charge globale, qui jusqu'à présent m'avait été refusée.

Des questions sur l'employeur […] *avec un employeur public quand on est en arrêt de travail, au bout de trois mois…*

Si, au bout de trois mois j'aurais plus de salaire. Non seulement on a plus de salaire mais on ne cumule plus de congés. Donc là financièrement c'est une totale catastrophe, absolument.

Mais vous avez pas 50 %, je croyais que la Sécu donnait 50 %...

Alors je ne suis pas fonctionnaire, je suis contractuelle de l'État, donc au bout de trois mois d'arrêt maladie on est à demi-traitement, et au bout de trois mois zéro. Et sur le temps où on a pas eu de traitement, pas de congés non plus, donc on perd aussi le temps de vacances. Donc être malade, et ce sont des frais considérables parce que je suis suivie par cinq spécialistes, dans une recherche de diagnostic, c'est très

compliqué et j'ai des frais de 200 euros par semaine. Alors oui, je suis au régime général, et j'ai une mutuelle par mon travail. Mais c'est une catastrophe financière – et morale.

Si c'est pas indiscret votre conjoint il fait quel métier, il travaille ?

Mon conjoint est ingénieur dans une grande entreprise dans le nucléaire, mais à un moment donné quand on a deux enfants, une maison à payer, ça devient une catastrophe. Et la banque vous appelle, j'ai plus de carte bleue, plus de chéquier – c'est revenu hein parce que je retravaille depuis – mais c'est la honte d'aller voir son banquier, surtout qu'il faut pas dire de quoi on est malade à son banquier, quand même. Donc j'ai fini par ouvrir mon classeur avec mes douze onglets en disant « C'est pas une blague, je suis réellement malade, donc oui j'ai plus de salaire, vous le voyez à zéro ». Et donc on pioche dans les économies sauf que les économies elles ont fondu au soleil, voilà. Être malade comme ça, ça vous tombe dessus, donc voilà c'est pas simple et c'est extrêmement dur, moralement, physiquement […] Et je me suis mangée moi-même à mon propre système, puisque j'aurai pas dû reprendre le travail tant que le diagnostic soit pas tombé, puisque j'ai une possibilité de faire passer mon dossier en commission [médicale régionale] en maladie grave, mais j'ai repris mon travail trop tôt. Donc j'ai aucun rattrapage du salaire perdu. Donc vacances perdu, salaire perdu, tout perdu, voilà. […] »

3. Emplois du temps type de treize orthophonistes

Sur les 21 orthophonistes que nous avons interrogées, 13 nous ont retourné des emplois du temps type à partir d'un « semainier » vierge constitué de plages horaires à remplir sur une feuille A3, que nous leur avions distribué à l'issue de l'entretien dans une enveloppe prétimbrée. Initialement conçu pour les besoins d'une enquête sur la médecine de ville en Seine-Saint-Denis, ce document était accompagné de la consigne suivante :

> Merci d'indiquer dans les plages horaires :
> - le lieu de travail si celui-ci varie dans différentes structures ou lieux différents.
> - le type d'activité par tranche horaire : consultation avec rdv / consultation sans rdv / visite à domicile / autre (congrès, rencontres professionnelles…)
> - en cas de garde de nuit ou de week-ends, merci d'en préciser l'horaire dans la/les case(s) concernées
> - votre temps de pause, déjeuner ou de loisirs
>
> N'hésitez pas à indiquer dans l'espace ci-dessous votre sentiment sur le caractère représentatif de cette semaine par rapport à votre activité professionnelle habituelle.

À l'exception des heures de « consultations », de « visites à domicile » et de passation de « bilans », nous avons respecté le vocabulaire employé par chaque orthophoniste pour décrire les différents types d'activité constituant sa semaine. Nous avons codé ces activités dans les tableaux présentés dans les pages suivantes à l'aide du code couleur suivant :

Rouge pour les **consultations** au cabinet ou en institution

Vert pour les **visites à domicile**

Orange pour la passation de **bilans**

Bleu pour les **rendez-vous professionnels**

Rose pour le **travail administratif** au cabinet ou en institution

Blanc pour les **autres activités** (repas, loisirs…)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h	Consultations	Visites à domicile	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	
9h-10h	Réunion de synthèse école	Visites à domicile	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	
10h-11h	Réunion de synthèse école	Visites à domicile	Consultations	Visites à domicile	Visites à domicile	Consultations	
11h-12h	Consultations	Visites à domicile	Consultations	Visites à domicile	Visites à domicile	Consultations	
12h-13h	Consultations	Visites à domicile	Consultations	Visites à domicile	Consultations	Consultations	Activité sportive
13h-14h	Consultations	Pause déjeuner	Pause déjeuner	Consultations	Repas collègues	Bilan*	Activité sportive
14h-15h	Visites à domicile	Visites à domicile	Rendez-vous professionnel	Visites à domicile	Visites à domicile	Bilan*	
15h-16h	Consultations	Visites à domicile	Rendez-vous professionnel	Consultations	Consultations		
16h-17h	Consultations	Consultations		Consultations	Consultations		
17h-18h	Consultations	Consultations		Consultations	Visites à domicile		
18h-19h	Consultations	Consultations		Consultations			
19h-20h	Consultations	Consultations		Consultations			
20h-21h			Activité sportive				
21h-22h							

1. Emploi du temps de Mme Weber. « *Semaine type du 16 au 21 janvier, relativement classique et représentative d'une semaine habituelle de travail.* »

*En urgence

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h		Trajet domicile → CMP	Trajet domicile → CMP				
9h-10h	Trajet domicile → CMP	Consultations CMP	Consultations CMP	Consultations Cabinet			
10h-11h	Bilan	Consultations CMP	Consultations CMP	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet		
11h-12h	Consultations CMP	Consultations CMP	Groupe de langage	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet		
12h-13h	Consultations CMP	Consultations CMP	Consultations CMP	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet		
13h-14h	Repas d'équipe	Repas	Repas	Repas avec collègues	Repas avec collègues		
14h-15h	Synthèse	Trajet CMP → cabinet	Trajet CMP → cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet		
15h-16h	Groupe observation	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet		
16h-17h	Consultations CMP	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet ***		
17h-18h	Consultations CMP	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Visites à domicile***		
18h-19h	Consultations CMP	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet			
19h-20h	Consultations CMP	Consultations Cabinet***	Consultations Cabinet***	Consultations Cabinet			
20h-21h				Réunion groupe diabète**			
21h-22h	Réunion CME*			Réunion syndicat**			

2. Emploi du temps de Mme Page. « *Je cherche une place pour faire un sport mais la pression des patients est telle que je me laisse "déborder".* »

*Une fois par semestre **Une fois par mois ***Créneau gardé pour urgence

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h		Consultations		Consultations			
9h-10h		Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	
10h-11h		Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	
11h-12h		Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	
12h-13h		Consultations	Consultations	Administratif	Consultations	Consultations	
13h-14h		Pause déjeuner	Pause déjeuner	Pause déjeuner	Pause déjeuner	Consultations	
14h-15h		Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	
15h-16h		Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	
16h-17h		Consultations	Consultations	Consultations	Consultations		
17h-18h		Consultations	Consultations	Consultations	Consultations		
18h-19h		Consultations		Consultations			
19h-20h							
20h-21h							
21h-22h							

3. Emploi du temps de M. Martin.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h							
9h-10h	Consultations	Consultations	Consultations	Administratif*			
10h-11h	Consultations	Consultations	Consultations	Administratif*			
11h-12h	Consultations	Consultations	Consultations				
12h-13h	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner				
13h-14h	Consultations	Consultations	Consultations				
14h-15h	Consultations	Consultations	Consultations				
15h-16h	Consultations	Consultations	Consultations				
16h-17h	Consultations	Consultations	Consultations				
17h-18h	Consultations	Consultations	Administratif				
18h-19h	Administratif	Administratif					
19h-20h							
20h-21h	Réunion professionnelle		Réunion professionnelle				
21h-22h	Réunion professionnelle		Réunion professionnelle				

4. Emploi du temps de Mme Gautier.

*« *Travail au cabinet si nécessaire, en général 2 heures.* »

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations		
9h-10h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Bilans*	
10h-11h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Visites à domicile	Bilans*	
11h-12h	Consultations	Visites à domicile	Consultations	Consultations	Visites à domicile	Bilans*	
12h-13h	Pause repas	Pause repas	Pause repas	Pause repas	Pause repas		
13h-14h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations		
14h-15h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations		
15h-16h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations		
16h-17h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations		
17h-18h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations		
18h-19h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations		
19h-20h			Consultations	Consultations			
20h-21h							
21h-22h							

5. Emploi du temps de Mme Roux. « *C'est une semaine type de période scolaire. Pendant les vacances scolaires j'essaie de finir à 18heures au plus tard et d'enlever une journée. Je réorganise les rendez-vous pour dégager des créneaux longs pour les bilans.* »

*Environ deux fois par trimestre

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h							
9h-10h				Rédaction de comptes rendus			
10h-11h	Bilan	Réunion de synthèse institution	Bilan	Rédaction de comptes rendus	Bilan		
11h-12h	Bilan	Réunion de synthèse institution	Bilan	Contacts avec les professionnels	Bilan		
12h-13h	Déjeuner	Réunion de synthèse institution	Déjeuner	Contacts avec les professionnels	Déjeuner		
13h-14h	Réunion de synthèse écoles*	Réunion de synthèse écoles*	Réunion de synthèse écoles*	Réunion de synthèse écoles*	Réunion de synthèse écoles*		
14h-15h	Consultations	Consultations		Consultations	Consultations		
15h-16h	Consultations	Consultations	Bilan	Consultations	Consultations		
16h-17h	Comptes rendus et contacts divers	Consultations	Bilan	Consultations	Travail personnel ou réunions		
17h-18h	Comptes rendus et contacts divers	Consultations		Consultations			
18h-19h							
19h-20h							
20h-21h							
21h-22h							

6. Emploi du temps de Mme Picard. « *Novembre, janvier, mai-juin : synthèses écoles, 1h30 sur l'heure du déjeuner, tous les jours pendant 2-3 semaines.* »

* Une fois par trimestre.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h		Réunion école					
9h-10h		Visites à domicile	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	
10h-11h	Réservé pour réunions écoles	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	
11h-12h		Consultations	Consultations	Réunion école	Consultations	Consultations	
12h-13h		Consultations	Consultations	Réunion école	Cours de violon	Consultations	
13h-14h		Consultations	Pause déjeuner	Consultations	Déjeuner collègue	Consultations	
14h-15h	Permanence syndicat*	Consultations	Consultations	Réunion école	Consultations	Consultations	
15h-16h	Permanence syndicat*	Entretien famille	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	
16h-17h	Permanence syndicat*	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	
17h-18h	Permanence syndicat*	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	
18h-19h		Consultations		Consultations	Consultations	Consultations	
19h-20h		Consultations	Réunion professionnelle	Entretien famille	Consultations		
20h-21h			Réunion professionnelle	Administratif			
21h-22h							

7. Emploi du temps de Mme Guérin. « *Semaine du 17 au 22 avril 2017.* »

*Une fois par mois (ou réunions).

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h	Consultations	Formation*	Consultations	Formation*	Consultations		
9h-10h	Consultations	Formation*	Consultations	Formation*	Consultations		
10h-11h	Travail administratif	Visites à domicile	Consultations	Formation*	Consultations		
11h-12h	Travail administratif	Visites à domicile	Consultations		Consultations		
12h-13h	Pause déjeuner	Pause déjeuner	Pause déjeuner		Pause déjeuner		
13h-14h	Pause déjeuner	Pause déjeuner	Pause déjeuner		Pause déjeuner		
14h-15h	Travail administratif	Travail administratif	Consultations		Consultations		
15h-16h	Travail administratif	Consultations	Consultations		Consultations		
16h-17h	Consultations	Consultations	Consultations		Consultations		
17h-18h	Consultations	Consultations	Consultations		Consultations		
18h-19h	Consultations	Consultations			Loisir		
19h-20h					Loisir		
20h-21h					Loisir		
21h-22h							

8. Emploi du temps de Mme Pelletier.

*Ou consultations.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h							
9h-10h	Consultations CMP	Visites à domicile	Consultations Cabinet	Consultations CMP	Visites à domicile		
10h-11h	Consultations CMP	Visites à domicile	Consultations Cabinet	Consultations CMP	Visites à domicile		
11h-12h	Consultations CMP	Visites à domicile	Consultations Cabinet	Consultations CMP	Visites à domicile		
12h-13h	Repas	Visites à domicile	Consultations Cabinet	Consultations CMP	Consultations Cabinet		
13h-14h	Consultations CMP	Repas et loisirs ou réunions écoles	Repas	Repas	Repas		
14h-15h	Consultations CMP	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Réunions de synthèse*	Consultations Cabinet		
15h-16h	Consultations CMP	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Réunions de synthèse*	Consultations Cabinet		
16h-17h		Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations CMP			
17h-18h		Consultations Cabinet	Consultations Cabinet				
18h-19h			Consultations Cabinet				
19h-20h							
20h-21h							
21h-22h							

9. Emploi du temps de Mme Ollivier.

*Ou consultations

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h							
9h-10h	Consultations (langage oral)	Consultations (adultes neuro)	Consultations (langage oral)	Consultations (Alzheimer)			
10h-11h	Consultations (adultes neuro)	Consultations (adultes neuro)	Consultations (langage oral)	Consultations (Alzheimer)	Bilan		
11h-12h	Consultations (adultes neuro)	Visites à domicile	Consultations (langage écrit)	Consultations (aphasie)	Bilan		
12h-13h	Consultations (enfant)	Visites à domicile	Consultations (langage écrit)	Consultations (aphasie)			
13h-14h	Pause déjeuner	Pause déjeuner	Pause déjeuner, échanges collègue	Pause déjeuner		Week-end Repos	Week-end Repos
14h-15h	Consultations (adulte neuro)	Consultations (voix)	Consultations (langage écrit)	Consultations (adulte neuro)	Comptabilité		
15h-16h	Consultations (enfant autiste)	Consultations (langage oral)	Consultations (langage écrit)	Consultations (enfant autiste)	Rédaction de comptes rendus		
16h-17h	Consultations (langage écrit)	Consultations (langage écrit)	Consultations (logico-math)	Consultations (langage écrit)	Travail sur les formations pro		
17h-18h	Consultations (langage écrit)	Consultations (déglutition)	Consultations (logico-math)	Consultations (déglutition)			
18h-19h	Écoute messages, mails	Paperasse, messages, rappels	Consultations (déglutition)				
19h-20h							
20h-21h							
21h-22h							

10. Emploi du temps de Mme Legrand. « *Une semaine "type" de travail.* […] *Parfois sur la pause déjeuner, je rappelle des patients ou des professionnels (instit, médecin, paramédicaux. Aucune séance sans rendez-vous.* »

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h	Administratif*	Administratif*	Rédaction de comptes rendus	Administratif*	Administratif*		
9h-10h	Consultations	Consultations		Consultations	Consultations		
10h-11h	Consultations	Consultations		Consultations	Consultations	Rédaction de comptes rendus	
11h-12h	Consultations	Consultations		Consultations	Consultations		
12h-13h	Déjeuner	Déjeuner	Journée avec mes enfants	Déjeuner	Déjeuner		
13h-14h	Consultations	Consultations		Consultations			
14h-15h	Consultations	Consultations		Consultations	Après-midi avec mon plus jeune		
15h-16h	Consultations	Consultations		Consultations			
16h-17h	Trajet pour aller chercher enfants	Trajet pour aller chercher enfants		Trajet pour aller chercher enfants	Trajet pour aller chercher enfants		
17h-18h	Appels téléphoniques	Appels téléphoniques		Appels téléphoniques			
18h-19h							Rédaction de comptes rendus
19h-20h							
20h-21h							
21h-22h							

11. Emploi du temps de Mme Lévêque. « *En moyenne, j'ai 3 heures de rédaction de comptes rendus de bilans par semaine que je répartis en fonction du planning familial. Les horaires donnés sont les plus classiques.* »

*Administratif : ouverture de courrier, réponse, rédaction mail, vérification des télétransmissions, compta…

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h							
9h-10h			Consultations				
10h-11h	Visites à domicile	Visites à domicile	Consultations	Visites à domicile			
11h-12h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations			
12h-13h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations			
13h-14h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations			
14h-15h	Administratif	Administratif	Consultations	Administratif	Consultations		
15h-16h	Consultations	Consultations	Administratif	Consultations	Consultations		
16h-17h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations		
17h-18h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations		
18h-19h	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations	Consultations		
19h-20h							
20h-21h							
21h-22h							

12. Emploi du temps de Mme Leconte. « *Les congrès, les conférences, les rendez-vous professionnels se font le soir, le week-end, ou j'annule des rendez-vous.* »

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h			Consultations Cabinet				
9h-10h	Consultations IME	Rédaction, prises de contact	Consultations Cabinet	Consultations IME	Consultations Cabinet		
10h-11h	Consultations IME	Rédaction, prises de contact	Consultations Cabinet	Consultations IME	Consultations Cabinet		
11h-12h	Consultations IME	Rédaction, prises de contact	Consultations Cabinet	Consultations IME	Consultations Cabinet		
12h-13h	Pause repas	Rédaction, prises de contact	Pause repas	Pause repas	Consultations Cabinet		
13h-14h	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Rédaction, téléphone, compta		
14h-15h	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Rédaction, téléphone, compta		
15h-16h	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Rédaction, téléphone, compta		
16h-17h	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet			
17h-18h	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet	Consultations Cabinet			
18h-19h			Consultations Cabinet				
19h-20h							
20h-21h							
21h-22h							

13. Emploi du temps de Mme Marchal.

4. Questionnaire « Vous cherchez ou avez consulté un(e) orthophoniste ? Partagez votre expérience »

Le questionnaire présenté dans les pages suivantes, imprimé en noir et blanc sur une double page A4, a été envoyé par courrier à des cabinets d'orthophonistes d'Essonne et de Seine-Saint-Denis au début du mois de juin 2017. Un total de 232 questionnaires nous avait été retourné de la fin du mois de juin à mi-juillet dans une enveloppe prétimbrée, pour un taux de réponse global de 31 %[41]. L'envoi du questionnaire était accompagné d'un courrier présentant l'enquête et ses conditions de passation, que nous reproduisons dans l'encadré ci-dessous.

Objet : enquête par questionnaire sur le renoncement aux soins orthophoniques

Chercheurs au CNRS et à l'Université Paris 8, nous menons actuellement une étude sociologique sur le renoncement aux soins orthophoniques, en partenariat avec l'URPS des orthophonistes et l'ARS d'Île-de-France. Le premier volet de cette étude, toujours en cours, porte sur des entretiens auprès d'orthophonistes libéraux en activité dans les départements de l'Essonne, de la Seine-et-Marne et de la Seine-Saint-Denis, en vue de comprendre les effets de la surcharge de travail sur l'offre de soins. Le second volet de cette étude, pour lequel nous vous sollicitons, porte sur une enquête par questionnaire auprès de patients ou d'accompagnants, en vue de comprendre quels moyens mettent en œuvre les usagers du système de santé pour accéder aux soins et faire face à la pénurie de professionnels.

L'enquête par questionnaire porte sur deux territoires aux situations sociales contrastées, mais comparables par leur population et leur densité d'orthophonistes : la commune de [Rougeville] d'une part, les communes de [Cité-les-Jardins], [Pavillons-le-Duc], [Barre-la-Forêt] et [Brunville] d'autre part. Ce questionnaire est distribué par courrier aux cabinets d'orthophonistes qui se sont portés volontaires sur votre commune, mais également auprès de centres municipaux de santé et d'autres structures de soins, pour comparer la population qui a déjà obtenu un rendez-vous chez l'orthophoniste à une population plus large (« renonçant » ou non).

Vous trouverez dans cet envoi un nombre de questionnaires correspondant approximativement au nombre de patients uniques traités dans votre cabinet : vous pouvez déposer une pile de questionnaires en salle d'attente à destination des patients ou de leurs accompagnants (c'est-à-dire la personne qui a entrepris les démarches de soins), qui pourront remplir un questionnaire par patient/accompagnant et vous le remettre le temps de leur passage au cabinet. À l'issue de deux semaines de passation, ou à tout moment si vous estimez qu'un nombre suffisant de patients/accompagnants se sont portés volontaires, vous pouvez nous renvoyer les questionnaires complétés dans l'enveloppe prétimbrée que nous vous adressons avec cet envoi. Vous trouverez des indications plus précises sur les conditions de passation du questionnaire au verso de cette lettre.

En vous remerciant pour votre temps, très cordialement,

Nicolas Larchet et Laure Pitti

[41] Sur la méthodologie de l'enquête par questionnaire, voir supra.

Cresppa
Centre de Recherches Sociologiques et Politiques de Paris

UMR 7217 CSU GTM LABTOP

UNIVERSITE PARIS 8 Vincennes - Saint-Denis

Université Paris Nanterre

Vous cherchez ou avez consulté un(e) orthophoniste ? Partagez votre expérience

Des chercheurs du CRESPPA, un laboratoire du Centre national de la recherche scientifique (CNRS), de l'Université Paris 8 et de l'Université Paris Nanterre, réalisent une étude sociologique sur le renoncement ou non-recours aux soins orthophoniques, afin d'identifier les enjeux et obstacles auxquels font face les usagers du système de santé : qui renonce aux soins orthophoniques et pour quelles raisons ? Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous est-il le même pour tous les troubles ? Quels moyens les usagers mettent en œuvre pour accéder aux soins ?

Cette étude est menée en partenariat avec l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) Orthophonistes et l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France. Les données recueillies dans le cadre de ce questionnaire sont ***strictement anonymes et confidentielles*** et serviront à des analyses statistiques en vue de produire des connaissances qui permettent d'améliorer l'accès aux soins.

Si vous avez consulté un(e) orthophoniste dans les 12 derniers mois (en tant que patient ou en accompagnant un proche) ***ou si vous cherchez toujours à obtenir un rendez-vous avec un(e) orthophoniste actuellement***, nous vous remercions de répondre à ce questionnaire et de le déposer dans l'enveloppe à votre disposition.

Nous avons tout d'abord besoin de connaître vos démarches de soins, que celles-ci aient débouché ou non sur une consultation avec un(e) orthophoniste.

1. **Combien d'orthophonistes avez-vous contacté(e)s dans vos démarches de prise de rendez-vous jusqu'ici ?**

   ☐ Moins de 10

   ☐ Une dizaine

   ☐ Une vingtaine

   ☐ Une trentaine

   ☐ Une quarantaine

   Autre : ……

2. **Jusqu'à quelle distance de votre domicile avez-vous recherché des orthophonistes ?**

   ☐ Dans les limites de votre commune de résidence

   ☐ Dans une commune voisine

   ☐ Jusqu'à 10 kilomètres de votre domicile

   ☐ Jusqu'à 20 kilomètres de votre domicile

   ☐ Jusqu'à 30 kilomètres de votre domicile

   Autre : ……

3. **Au cours de vos démarches, vous étiez vous inscrit(e) sur une ou plusieurs listes d'attente ?**

   ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

   ➔ ***<u>Si oui</u>, quel était le délai d'attente moyen pour obtenir un rendez-vous ?***

   ☐ Moins de 3 mois

   ☐ De 3 mois à 6 mois

   ☐ De 6 mois à 1 an

   ☐ De 1 an à 2 ans

   ☐ Plus de 2 ans

   ☐ Je ne sais pas

   ➔ ***<u>Si oui</u>, avez-vous été rappelé(e) ?***

   ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

4. **Avez-vous fait appel à d'autres professionnels de santé ou de la rééducation pour ces soins ?**

   ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

   ➔ ***<u>Si oui</u>, lesquels ?*** ……
   ……
   ……

5. **Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer à des soins orthophoniques ?**

☐ Oui, j'ai renoncé à consulter un(e) orthophoniste

☐ Non, j'ai consulté un(e) orthophoniste

☐ Aucune de ces réponses, je cherche encore

➔ ***Si vous avez répondu oui*, avez-vous renoncé parce que le délai d'attente était trop long ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

…parce que le cabinet était trop éloigné ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

…pour des raisons financières ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

…pour d'autres raisons (précisez, par ex. découragement) ? ……..
…….

➔ ***Si vous avez répondu non*, comment avez-vous obtenu un rendez-vous (précisez, par ex. avec l'aide d'un proche) ?** ……..……
…….
…….
…….
…….

…l'orthophoniste vous a-t-elle reçu pour :

☐ Un bilan suivi d'une rééducation au cabinet

☐ Un bilan seul, par manque de place disponible

☐ Un bilan seul, pour cause de diagnostic négatif

6. **Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer à d'autres soins ou examens ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

➔ ***Si oui*, lesquels ?** …….
…….

Nous avons maintenant besoin de connaître l'objet de votre demande de soins orthophoniques, pour savoir si certains troubles sont traités en priorité en raison de l'indisponibilité des professionnels.

7. **Pour qui cherchez-vous à obtenir un rendez-vous chez l'orthophoniste :**

☐ Vous-même ☐ Votre enfant

Autre : ……

➔ ***Si vous cherchez à obtenir un rendez-vous pour votre enfant*, quel est son sexe ?**

☐ Féminin ☐ Masculin

…son année de naissance ? ……

…et son niveau actuel de scolarisation ?

☐ École maternelle

☐ École primaire

☐ Collège

☐ CAP, BEP ou autre brevet professionnel

☐ 2nde, 1ère ou terminale BAC général

☐ 2nde, 1ère ou terminale BAC technologique

☐ 2nde, 1ère ou terminale BAC professionnel

Autre : ……

8. **Qui vous a orienté vers un(e) orthophoniste ?**

Veuillez indiquer ici la profession de la personne qui a suggéré que vous consultiez un(e) orthophoniste, qui n'est pas nécessairement le médecin qui vous a prescrit une ordonnance

☐ Professeur(e) des écoles, enseignant(e) 2nd degré

☐ Médecin traitant, généraliste

☐ Médecin PMI

☐ Médecin scolaire

☐ Psychologue scolaire

☐ Pédiatre

☐ ORL, phoniatre

☐ Neurologue

☐ Psychiatre, pédopsychiatre

☐ Psychothérapeute

☐ Vous-même

Autre : ……

9. Pour quel(s) trouble(s) ou pathologie(s) avez-vous consulté ou cherchez-vous un(e) orthophoniste ?

Plusieurs réponses possibles

☐ Aphasie

☐ Bégaiement

☐ Déglutition

☐ Maladies neurodégénératives (Parkinson, Alzheimer et maladies apparentées)

☐ Rééducation après un accident vasculaire cérébral (AVC)

☐ Surdité et troubles de l'audition

☐ Troubles de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

☐ Troubles envahissants du développement (TED) ou troubles du spectre autistique (TSA)

☐ Troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographie, dysgraphie, etc.)

☐ Troubles du langage oral (articulation, retard de langage, dysphasie, etc.)

☐ Troubles logico-mathématiques (dyscalculie)

☐ Voix

☐ Je ne sais pas

Autre : ……

10. Le patient bénéficie-t-il de :

☐ La Couverture maladie universelle (CMU)

☐ La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

☐ L'Aide médicale de l'État (AME)

☐ L'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

☐ Une mutuelle ou complémentaire santé

11. Le patient est-t-il atteint d'une affection de longue durée (ALD) prise en charge à 100 % ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

12. Le patient est-il pris en charge en :

☐ Hôpital de jour

☐Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

☐ Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP)

☐ Centre de rééducation fonctionnelle (CRF)

☐ Centre médico-pédagogique (CMP)

☐ Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)

☐ Institut médico-éducatif (IME)

☐ Aucune prise en charge institutionnelle

Autre : ……

13. Le patient bénéficie-t-il de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Pour terminer parlons un peu de vous, la personne qui a entrepris les démarches de soins…

14. De combien de personnes se compose votre foyer ?

☐ Vous vivez seul(e)

☐ 2 personnes

☐ 3 personnes

☐ 4 personnes

☐ 5 personnes

☐ 6 personnes et plus

Autre : ……...

15. Quel est votre sexe ?

☐ Féminin ☐ Masculin

16. Quelle est votre année de naissance ?

……...

17. Quel est votre lieu de naissance ?

Mentionnez la commune et le département si vous êtes né(e) en France, sinon le pays de naissance

……

……

18. Vous êtes :

☐ Célibataire

☐ En couple

☐ Pacsé(e)

☐ Marié(e)

☐ Divorcé(e)

☐ Veuf(ve)

19. Quelle est votre commune de résidence ?

……...

20. Quel moyen de transport utilisez-vous le plus souvent dans vos trajets quotidiens ?

☐ Voiture individuelle

☐ Moto ou scooter

☐ Transports en commun

☐ Marche à pied

Autre : ……

21. Quel est votre niveau d'études ?

☐ BEPC, brevet des collèges

☐ CAP, BEP ou autre brevet professionnel

☐ Baccalauréat

☐ Bac + 2 (DEUG, BTS, DUT ou équivalent)

☐ Bac + 3 (Licence ou équivalent)

☐ Bac + 5 (Master, DEA, DESS ou équivalent)

☐ Bac + 8 (Doctorat)

☐ Aucun diplôme obtenu

22. Pouvez-vous facilement vous libérer du temps en journée (par ex. la semaine entre 9h et 17h) pour vos rendez-vous médicaux ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

23. Avez-vous des professionnels de santé dans votre entourage ?

☐ Oui, de la famille ☐ Oui, des amis ☐ Non

24. Quel est votre situation professionnelle ?

☐ En emploi

☐ En poursuite d'études

☐ Je ne travaille pas actuellement

➔ ***Si vous exercez une activité professionnelle, vous êtes :***

☐ Salarié(e) du secteur privé

☐ Salarié(e) du secteur public

☐ Chef d'entreprise salarié(e) ou associé(e)

☐ Indépendant(e) ou à votre compte

➔ ***Si vous êtes salarié(e), êtes-vous :***

☐ En CDI, titulaire de la fonction publique ou autre emploi sans limite de durée

☐ En CDD, vacataire, intermittent ou autre emploi à durée limitée

➔ ***Sans emploi, vous êtes actuellement :***

☐ Retraité(e)

☐ Chômeur(se) à la recherche d'un emploi

☐ Homme/Femme au foyer

☐ Inactif(ve) pour cause d'invalidité

25. Quelle est votre profession actuelle ou votre dernier emploi (précisez, par ex. employé(e), technicien(ne) ou cadre) ? ……..

……...

……...

Merci pour votre temps ! Si vous souhaitez être recontacté(e) au sujet de cette étude, merci de laisser vos coordonnées ici : ……

……..

……..

BIBLIOGRAPHIE

Rapports et études

Barlet, Muriel et Claire Marbot (dir.). 2016. *Portrait des professionnels de santé – édition 2016*, Paris, DREES.

Blanc, Paul. 2011. *La Scolarisation des enfants handicapés, rapport au président de la République, mai 2011*.

Bloch-Lainé, François. 1969. *Étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées. Rapport présenté au Premier Ministre, décembre 1967*, Paris, La Documentation française.

Bocognano, Agnès *et al.* 1993. *Santé, soins et protection sociale en 1992*, Paris, CREDES, rapport n° 401.

Bureau-Lejeune, Dominique. 1980. *Évolution de l'information du public et des médecins sur l'orthophonie. Deux enquêtes (pédiatres et étudiants en médecine) et deux sondages d'opinion publique réalisés en 1971 et 1980*, thèse de doctorat en médecine, Université Paris-Sud.

Carpimko et LH2. 2008. *Enquête pénibilité auprès des auxiliaires médicaux – janvier 2008*.

Crunelle, Dominique. 2000. « Vous avez dit "orthophonie…" ? », *Recherches. Revue de didactique et de pédagogie du français*, n° 33, p. 139-150.

GIP CARIF. 2011. « Le domaine sanitaire et social en Île-de-France (1/2) : un portrait du secteur et des professions », *Focale*, n° 14, octobre.

Groh, Nathalie et Edwige de Bardonneche. 2014. *Enquête réalisée par la FFDys sur la prise en charge en orthophonie des « Dys » en Île-de-France (Synthèse)*, Paris, Fédération française des Dys et Association Avenir Dysphasie France.

Groh, Nathalie *et al.* 2016. *Premiers résultats de l'enquête sur le parcours de santé des Dys*, Paris, Fédération française des Dys.

Haut Conseil de la santé publique (HCSP). 2009. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, Paris, La Documentation française.

Haut Conseil de la santé publique (HCSP). 2010. *Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions*. Paris, La Documentation française.

Haute autorité de santé (HAS). 2015. *Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC). Résultats nationaux de la campagne 2015 – Données 2014. Synthèse*. Paris, HAS.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). 2004. *Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. Expertise collective*, Paris, Inserm.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). 2007. *Dyslexie, dysorthographie, dyscalculie. Bilan des données scientifiques. Expertise collective*. Paris, Inserm.

Kremer, Jean-Marc et Emmanuelle Lederlé. 2012. *L'Orthophonie en France*, 7e éd., Paris, Presses universitaires de France.

Létard, Valérie. 2011. *Évaluation de l'impact du Plan Autisme 2008-2010. Comprendre les difficultés de sa mise en œuvre pour mieux en relancer la dynamique. Rapport de Madame Valérie Létard, Ancienne Ministre, Sénatrice du Nord à Madame Roselyne Bachelot, Ministre des Solidarités et de la cohésion sociale, décembre 2011*.

Magnon, Régine et Catherine Mangeney. 2005. *Atlas de la santé en Île-de-France*, Paris, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France et Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région d'Île-de-France.

Ministère de la Santé. 2005. *Dossier de presse Autisme 2005-2006. Nouveau regard, nouvelle impulsion*.

Ministère de la Santé et des sports, ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique et ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche. 2010. *Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 »*.

Ministère du Travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. 2010. *Plan 2010-2012 en faveur des personnes sourdes ou malentendantes*.

Ministère du Travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et ministère de la Santé et des sports. 2008. *Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012*.

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). 2012. *Étude sur les champs d'interventions des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions*, Paris, Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Organisation mondiale de la santé (OMS). 1986. « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé », Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17-21 novembre 1986.

Ringard, Jean-Charles. 2000. *À Propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique. Besoins spécifiques (handicap, précocité, élève en difficulté, etc.)*, Rapport au ministère de l'Éducation nationale, février.

Rochut, Julie. 2014. « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux », *Études et résultats*, n° 895, DREES.

Stratégie nationale de santé (SNS). 2014. *Plan maladies neurodégénératives, 2014-2019*.

Veber, Florence et Jean-Charles Ringard. 2001. *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Propositions remises à M. le Ministre de l'Éducation Nationale, au Ministre délégué à la Santé et au Secrétaire d'État aux personnes âgées et aux personnes handicapées, mars 2001*.

Revues professionnelles

L'Orthophoniste, 1980-

Dehêtre, Anne. 2013. « Une nouvelle ère commence ! [Éditorial] », *L'Orthophoniste*, n° 332, octobre 2013, p. 2-2.

Dehêtre, Anne. 2016. « Article 126 de la Loi de modernisation de notre système de santé. La nouvelle définition de l'orthophonie ! », *L'Orthophoniste*, n° 357, mars 2016, p. 19-26.

Dehêtre, Anne, Nicole Denni-Krichel et Gaëlle Lancelle. 2007. « Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession », *L'Orthophoniste*, n° 273, décembre 2007, p. 6-7.

Delforge, Sylvie, Marie Guérineau, Lydie Morel, Agnès Thibault et Sophie Viguier. 2009. « La mission de l'orthophoniste aujourd'hui. Une journée de réflexion. Une autre façon de se rencontrer autour de notre profession », *L'Orthophoniste*, n° 291, septembre, p. 19-26.

Denni-Krichel, Nicole et Françoise Garcia. 2013. « L'orthophoniste, acteur de santé, pour tous les âges de la vie », *L'Orthophoniste*, n° 329, mai, p. 19-26.

Fédération nationale des orthophonistes (FNO). 1981. « Démenti », *L'Orthophoniste*, n° 4, mars.

Kerlan, Mireille. 2008. « IIIe journée d'étude de la FNO : "Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession" », *L'Orthophoniste*, n° 277, mars, p. 4-5.

Kremer, Jean-Marc. 1981. « L'intégration des enfants handicapés », *L'Orthophoniste*, n° 5, avril, p. 4-8.

Lalandre, Georges. 1982. « Entretien avec S. Borel Maisonny "Nous devons rester sur le terrain de la pathologie" », *L'Orthophoniste*, n° 15, avril, p. 3-4.

Oglaza, Corine et Sophie Tricot. 2015. « Le plan maladies neurodégénératives vu par les orthophonistes », *L'Orthophoniste*, n° 345, janvier 2015.

Orthophoniste (L'). 1981a. « XIIe Congrès Fédération nationale orthophonistes. Droit à la parole, droit à la santé », *L'Orthophoniste*, n° 2, janvier, p. 2-2.

Orthophoniste (L'). 1981b. « Le chômage », *L'Orthophoniste*, n° 2, janvier, p. 10-10.

Orthophoniste (L'). 1981c. « Votre courrier : L'intégration de qui ? », *L'Orthophoniste*, n° 6, mai, p. 10-10.

Orthophoniste (L'). 1981d. « Démographie des orthophonistes arrêtée au 31.12.1980 », *L'Orthophoniste*, n° 8, août-septembre, p. 5-5.

Pérignon, Patrick. 2008. « Démographie, ce qui vaut pour l'un… », *L'Orthophoniste*, n° 282, p. 3-3.

Roustit, Jacques. 2010. « Profession/Formation. Une synergie historique », *L'Orthophoniste*, n° 304, décembre, p. 19-26.

Siciak-Tartaruga, Agnès. 2014. « Démographie professionnelle », *L'Orthophoniste*, n° 354, décembre, p. 19-28.

Siciak-Tartaruga, Agnès. 2015. « Démographie professionnelle », *L'Orthophoniste*, n° 354, décembre, p. 19-26.

La Voix du SDOP, 2015-

Lewik, Sylviane. 2015. « Les associations de DYS en Île-de-France », *La Voix du SDOP*, avril.

Lewik, Sylviane. 2016. « Échos de l'URPS », *La Voix du SDOP*, juin.

Autres revues et magazines

Fédération nationale des orthophonistes (FNO). 2010. « Les chiffres de la profession », *FNO actualités*, décembre.

Quotidien du médecin (Le). 2014. « Un marché saturé : des ostéopathes exclusifs redoutent l'appauvrissement de leur profession », *Le Quotidien du médecin*, 12 mai.

Ullmann, Fabienne. 2016. « Évolution de la grille salariale des orthophonistes », *Orthomagazine*, n° 127, novembre-décembre, p. 6-6.

Viguier-Vinson, Sophie. 2015. « Tous chez l'orthophoniste ! », *Sciences humaines*, n° 274S, septembre-octobre, p. 48-51.

Travaux sociologiques

Abbott, Andrew. 1988. *The Systems of Professions : An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.

Arborio, Anne-Marie. 1995. « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 3, p. 93-126.

Arborio, Anne-Marie. 2001. *Un Personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos.

Barrault-Stella, Lorenzo, Sandrine Garcia et Anne-Elise Vélu. 2016. « Faire preuve de sa spécificité pour se maintenir. Le travail d'entretien du territoire professionnel des rééducateurs de l'Éducation nationale (2007-2015) », *Sociologie du Travail*, vol. 58, n° 3, p.296-317.

Barrusse, Virginie et Raphaëlle Vilboux. 2016a. « L'émergence de l'orthophonie : à la croisée des chemins (1930-1940) », in Laurence Tain (dir.), *Le Métier d'orthophoniste. Langage, genre et profession*, 2e éd., Rennes, Presses de l'EHESP, p. 23-33.

Barrusse, Virginie et Raphaëlle Vilboux. 2016b. « Les pionnières : récits de trajectoires dans les années 1950-1960 », in Laurence Tain (dir.), *Le Métier d'orthophoniste. Langage, genre et profession*, 2e éd., Rennes, Presses de l'EHESP, p. 83-93.

Beaud, Stéphane. 1996. « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique », *Politix*, n° 35, p. 226-257.

Bernstein, Basil. 1975. *Langage et classes sociales. Codes socio-linguistiques et contrôle social*, Paris, Minuit.

Boltanski, Luc. 1968. *La Découverte de la maladie. La diffusion du savoir médical*, Paris, Centre de sociologie européenne.

Boltanski, Luc. 1971. « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 26, n° 1, p. 205-233.

Bourdieu, Pierre et Jean-Claude Passeron. 1964. *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*, Paris, Minuit.

Bourdieu, Pierre. 1979. *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit.

Bourdieu, Pierre. 1980. « Mais qui a créé les créateurs ? », in *Questions de sociologie*, Paris, Minuit, p. 207-215.

Bretin, Hélène. 2016. « Qui choisit le métier d'orthophoniste… et comment ? », in Laurence Tain (dir.), *Le Métier d'orthophoniste. Langage, genre et profession*, 2e éd., Rennes, Presses de l'EHESP, p. 95-106.

Carricaburu, Danièle et Marie Ménoret. 2004. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.

Castel, Robert. 1973. *Le Psychanalysme. L'ordre psychanalytique et le pouvoir*, Paris, François Maspero.

Certeau, Michel de. 1994. *La Prise de parole et autres écrits politiques*, Paris, Seuil.

Chapoulie, Jean-Michel. 1973. « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, p. 86-114.

Cicourel, Aaron V. 2002a. « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé. Organisation et communication en régime de "surcharge cognitive" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, p. 3-17

Cicourel, Aaron V. 2002b. « L'intégration de la connaissance distribuée dans le diagnostic médical d'équipe », in *Le Raisonnement médical. Une approche socio-cognitive* [*textes recueillis et présentés par Pierre Bourdieu et Yves Winkin*], Paris, Seuil, p. 143-173.

Clerval, Anne et Matthieu Delage, « La métropole parisienne : une mosaïque sociale de plus en plus différenciée », *Métropolitiques*, 8 septembre 2014, <www.metropolitiques.eu/La-metropole-parisienne-une.html>.

Déplaude, Marc-Olivier. 2015. *La hantise du nombre. Une histoire des* numerus clausus *de médecine*, Paris, Les Belles Lettres.

Desrosières, Alain. 1977. « Éléments pour l'histoire des nomenclatures socio-professionnelles », in François Bédarida *et al.*, *Pour une histoire de la statistique*, Paris, INSEE, t. I, 1977, p. 155-231.

Desrosières, Alain, Alain Goy et Laurent Thévenot. 1983. « L'identité sociale dans le travail statistique : la nouvelle nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles », *Économie et statistique*, n° 152, p. 55-81.

Desrosières, Alain et Laurent Thévenot. 2002. *Les Catégories socioprofessionnelles*, Paris, La Découverte, 5e éd.

Desprès, Caroline. 2013. « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », *Sciences sociales et santé*, vol. 31, n° 2, p. 71-96.

Durkheim, Émile. 1985 [1895]. *Les Règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF.

Fassin, Didier. 1998. « Politique des corps et gouvernement des villes », in Didier Fassin (dir.), *Les Figures urbaines de la santé publique : enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, p. 7-46.

Féroni, Isabelle. 1994. *Les Infirmières hospitalières : la construction d'un groupe professionnel*, thèse de doctorat en sociologie, Université de Nice-Sophia-Antipolis.

Foucault, Michel. 1999. *Les Anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975*, Paris, Gallimard et Seuil.

Freidson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine : A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Dodd, Mead and Company.

Freidson, Eliot et Buford Rhea. 1963. « Processes of Control in a Company of Equals », *Social Problems*, vol. 11, n° 2, p. 119-131.

Gadéa, Charles. 2013. « Les professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé et du travail social comme objet de recherche en sociologie des groupes professionnels », in Jean-Paul Cadet *et al.* (dir), *Les Professions intermédiaires*, Paris, Armand Colin.

Garcia, Sandrine. 2013. *À l'École des dyslexiques. Naturaliser ou combattre l'échec scolaire ?*, Paris, La Découverte.

Gaubert, Christophe. 2006. *« Le Sens des limites ». Structuration du corps des masseurs-kinésithérapeutes, définition sociale de leur compétence et imposition scolaire de la domination médicale*, thèse de doctorat en sociologie, EHESS.

Gelly, Maud et Laure Pitti. 2016. « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, n° 58, p. 7-18.

Glaser, Barney G. et Anselm L. Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine.

Goffman, Erving. 1968 [1961]. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit.

Goffman, Erving. 1975 [1963]. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.

Hughes, Everett C. 1996 [1951] « Le travail et le soi », in *Le Regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS, p. 75-85.

Jaisson, Marie. 2002. « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, p. 44-52.

Lachenal, Guillaume, Céline Lefève et Vinh-Kim Nguyen. 2014. « Le triage en médecine, une routine d'exception », in Guillaume Lachenal, Céline Lefève et Vinh-Kim Nguyen (dir.), *La Médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, Paris, PUF, p. 1-25.

Lahire, Bernard. 1999. *L'invention de l'« illettrisme ». Rhétorique publique, éthique et stigmates*, Paris, La Découverte.

Larson, Magali S. 1977. *The Rise of Professionalism : A Sociological Perspective*, Berkeley, University of California Press.

Le Feuvre, Nicky. 2016. « L'évolution des domaines d'intervention des orthophonistes », in Laurence Tain (dir.), *Le Métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, 2e éd., Rennes, Presses de l'EHESP, p. 43-53.

Mariette, Audrey et Laure Pitti. 2016. « "Médecin de première ligne dans un quartier populaire". Un généraliste en banlieue rouge, des années 1960 aux années 2010 », *Agone*, n° 58, p. 51-72.

Martin, Olivier. 2017. *L'Analyse quantitative des données*, 4e éd., Paris, Armand Colin.

Memmi, Dominique. 2003. *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.

Morel, Stanislas. 2010. *L'Échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle*, thèse de doctorat en sociologie, EHESS.

Morel, Stanislas. 2014. *La Médicalisation de l'échec scolaire*, Paris, La Dispute.

Paicheler, Geneviève. 1995. « Présentation. Les professions de soins : territoires et empiétements », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 3, p. 5-10.

Paradeise, Catherine. 1988. « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, vol. 20, n° 2, p. 9-21.

Passeron, Jean-Claude. 1991. « Ce que dit un tableau et ce qu'on en dit », in *Le Raisonnement sociologique. L'espace non-poppérien du raisonnement naturel*, Paris, Nathan, p.111-133.

Philippe, Claudine. 2016. « L'institutionnalisation de l'orthophonie : vers l'autonomie (1940-2005) ? », in Laurence Tain (dir.), *Le Métier d'orthophoniste. Langage, genre et profession*, 2e éd., Rennes, Presses de l'EHESP, p. 95-106.

Pinell, Patrice et Markos Zafiropoulos. 1978. « La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 24, p. 23-49.

Pitti, Laure et Nicolas Larchet, *Enquête sur le renoncement aux soins orthophoniques. Phase I, dite exploratoire, novembre 2016-février 2017. Note d'orientation*, Paris, CRESPPA, 28 novembre 2016.

Renahy, Nicolas. 2010. « Classes populaires et capital d'autochtonie. Genèse et usages d'une notion », *Regards sociologiques*, n° 40, p. 9-26.

Revue française de sociologie. 1973. « Guide bibliographique en sociologie médicale. Publications en langue française », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, p. 127-193.

Saint Martin, Monique de. 1968. « Les facteurs de l'élimination et de la sélection différentielles dans les études de sciences », *Revue française de sociologie*, vol. 9, n° 2, p. 167-184.

Sanchez, Muriel. 2016. « Spatialisation/spécialisation ? », in Laurence Tain (dir.), *Le Métier d'orthophoniste. Langage, genre et profession*, 2e éd., Rennes, Presses de l'EHESP, p. 55-65.

Singly, François de. 2012. *Le Questionnaire*, 3e éd., Paris, Armand Colin,

Snow, C.P. 1968 [1963]. *Les Deux cultures, suivies de Supplément aux deux cultures*, Paris, Jean-Jacques Pauvert.

Tain, Laurence. 2016a. « Introduction », in Laurence Tain (dir.), *Le Métier d'orthophoniste. Langage, genre et profession*, 2e éd., Rennes, Presses de l'EHESP, p. 15-20.

Tain, Laurence. 2016b. « Postface. Quel devenir pour la profession la plus féminisée de France ? », in Laurence Tain (dir.), *Le Métier d'orthophoniste. Langage, genre et profession*, 2e éd., Rennes, Presses de l'EHESP, p. 263-264.

Trostle, James A. 1988. « Medical Compliance as an Ideology », *Social Science and Medicine*, vol. 27, n° 12, p. 1299-1308.

Warin, Philippe. 2010. « Le Non-recours : définition et typologies », Observatoire des non-recours aux droits et services, Document de travail.

Warin, Philippe. 2012. « Renoncement à des soins et précarité », in Bénédicte Boisguerin (dir.), *Le Renoncement aux soins, actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris*, Paris, DREES, 2012, p. 81-89.

Warin, Phillipe. 2016. *Le Non-recours aux politiques sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

Woolven, Marianne. 2012. *La construction du problème social de la dyslexie en France et au Royaume-Uni : acteurs, institutions et pratiques (de la fin du XIXe au début du XXIe siècle)*, thèse de doctorat en sociologie, ENS de Lyon.

Woolven, Marianne. 2015. « L'orthophonie et les troubles du langage écrit : une profession de santé face à l'école », *Revue française de pédagogie*, n° 190, p. 103-114.

Ce rapport a été remis à l'Union régionale des professionnels de santé des orthophonistes d'Île-de-France le 16 octobre 2017.