



ETUDE SUR LES CONDITIONS  
D'EXERCICE DES ORTHOPHONISTES  
EN ZONES SOUS DOTÉES,  
INTERMÉDIAIRES ET TRÈS DOTÉES EN  
RHÔNE-ALPES

JANVIER 2016



**Ce travail a été réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes**

Patricia MEDINA, sociologue

Karine FONTAINE-GAVINO, socio-démographe

Abdoul SONKO, statisticien

Chloé HAMANT, sociologue

Eve GIOVANNINI, chargée d'études en santé publique

Vanessa FREGGI, documentaliste

Avec le soutien de

**l'Union Régionale des Professionnels de Santé  
Orthophonistes de Rhône-Alpes**



## REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude et tout particulièrement :

Madame Brigitte Lespinasse-Goddard, présidente de l'URPS Orthophonistes de Rhône-Alpes, ainsi que les membres du bureau de l'URPS, pour leur aide précieuse dans la mise en place de cette étude, à ses différentes étapes, et tout particulièrement pour la mise en contact avec des orthophonistes libéraux exerçant en divers territoires de la région Rhône-Alpes,

Tous les orthophonistes libéraux de Rhône-Alpes que nous avons interviewés pour leur accueil, leur intérêt pour cette démarche et leur excellente participation à cette étude.



# SOMMAIRE

<b>Contexte de l'étude</b> .....	<b>1</b>
<b>Objectifs de l'étude</b> .....	<b>4</b>
<b>Méthodologie de l'étude</b> .....	<b>5</b>
<b>Synthèse bibliographique</b> .....	<b>7</b>
1. L'orthophonie : une discipline jeune.....	9
2. L'évolution des besoins et la demande en soins orthophoniques.....	9
3. La démographie des orthophonistes .....	10
3.1. En France.....	10
3.2. En Rhône-Alpes.....	10
4. L'inégale répartition territoriale de la profession et les enjeux de la régulation de la profession.....	11
4.1. Des zones sous dotées ou zones sur-dotées.....	11
4.2. Les mesures pour rééquilibrer l'offre, les aides à l'installation.....	11
5. La profession.....	12
5.1. La formation.....	12
5.2. La pratique des orthophonistes : les actes.....	13
5.3. La pratique des orthophonistes : les modes d'exercice .....	14
5.4. La relation aux autres professionnels .....	15
5.5. La recherche.....	15
<b>Résultats de l'enquête par questionnaire</b> .....	<b>17</b>
1. Méthode.....	19
1.1. Taille de l'échantillon .....	19
1.2. Questionnaire et analyse des données .....	19
2. Les résultats.....	20
2.1. Les caractéristiques sociodémographiques des orthophonistes enquêtés .....	20
2.2. La formation des orthophonistes enquêtés.....	22
2.3. Les conditions d'exercice des orthophonistes enquêtés.....	23
2.4. La patientèle .....	23
2.5. Les actes pratiqués.....	24
2.6. Les médecins prescripteurs et réorientations .....	25
2.7. Comparaison entre bassins officiels et supposés.....	26
2.8. La gestion des patients suivis : les délais de rendez-vous.....	27

<b>Résultats de l'enquête qualitative .....</b>	<b>39</b>
1. devenir orthophoniste libéral .....	41
1.1. Des motivations différentes.....	41
1.2. Représentations sur le parcours d'études .....	43
1.3. Choisir de travailler en établissement, en libéral ou en « mixte » .....	44
2. Le choix du territoire d'installation .....	46
2.1. La proximité avec les enfants, les parents.....	47
2.2. Le travail du conjoint.....	47
2.3. Un goût pour le territoire.....	48
3. Les spécificités perçues des territoires d'exercice.....	48
3.1. Les territoires urbains et périurbains : patients très exigeants ou en grandes difficultés .....	48
3.2. Les territoires ruraux, semi-ruraux : une patientèle agréable mais la sous dotation est une contrainte forte ...	50
3.3. Les incitations à l'installation en territoire sous doté rural.....	53
3.4. La fin de carrière selon le profil de territoire .....	54
4. Globalement : ignorance ou désaccord avec le classement officiel des territoires d'exercice .....	56
4.1. Un classement méconnu de beaucoup.....	56
4.2. Spontanément, un « auto-classement » dans le degré de zonage inférieur au classement officiel.....	56
5. L'organisation du travail .....	58
5.1. La collaboration : une étape pour démarrer sa carrière .....	58
5.2. Avoir ou non des associés .....	60
5.3. Acheter ou louer un local.....	62
5.4. La plupart des prises en charge se font au cabinet.....	63
5.5. Le temps de travail : soins, administration, comptabilité .....	63
5.6. La question de la réorientation des patients .....	66
5.7. Les formes de « spécialisations » ...surtout possibles en urbain .....	66
5.8. Le temps des séances .....	67
5.9. Temps de travail et rémunération .....	68
6. La gestion de la patientèle.....	70
6.1. La liste d'attente : des stratégies différentes repérées.....	70
6.2. Les urgences, les priorités.....	75
6.3. Les bilans.....	76
7. Les relations avec les partenaires .....	78
7.1. Les médecins prescripteurs .....	78
7.2. L'Education nationale .....	80
7.1. Les établissements et structures de soins.....	82
7.1. Les parents : la difficulté de l'investissement juste .....	85
7.2. Les réseaux informels d'orthophonistes.....	86
8. Les évolutions du métier .....	88
8.1. Approches psychologiques, approches neurologiques.....	88
8.2. Les besoins des patients .....	89
9. Les attentes pour l'avenir .....	91
9.1. Favoriser l'installation en zones sous dotées.....	91
9.2. Alléger certaines contraintes administratives .....	93
9.3. Affiner, améliorer certaines pratiques en orthophonie.....	94
9.4. Favoriser une meilleure reconnaissance du métier d'orthophoniste.....	95







# CONTEXTE DE L'ETUDE

## Une discipline ancienne, un métier spécifique

Le mot « orthophonie » a été créé par le Docteur Marc Colombat, fondateur de l'Institut Orthophonique de Paris (en 1828), pour désigner une discipline dont le but était le « redressement de la parole et en particulier du bégaiement ». Pour d'autres, le père de l'orthophonie est plutôt Jean Marc Gaspard Itard l'un des premiers médecins spécialistes de l'otorhinolaryngologie, qui avant Marc Colombat, s'était particulièrement intéressé à la démutisation des sourds, à la rééducation du bégaiement et la rééducation des enfants nés avec un bec-de-lièvre. Médecin de l'Institut des sourds-muets de Paris (aujourd'hui Institut national des jeunes sourds), il fut l'auteur d'un nombre important d'articles scientifiques dans divers domaines de la médecine : otologie, audiologie, phoniatrie et neurologie...

Issu de la médecine et d'une préoccupation de soin, il apparaît qu'au fil des années le domaine d'application de l'orthophonie est devenu spécifique et s'est élargi jusqu'à englober les troubles de l'articulation et de la parole, du langage oral et du langage écrit, et plus largement ceux de la communication.

La profession d'orthophoniste a obtenu son statut légal par la loi du 10 juillet 1964 qui a institué un diplôme national : le Certificat de Capacité d'Orthophonie (C.C.O.). Depuis cette date, les orthophonistes figurent, au même titre que six autres professions d'auxiliaires médicaux, au Livre IV du code de la Santé Publique.

Après sa reconnaissance légale en 1964, l'orthophonie s'est affirmée comme une discipline de santé à part entière, différenciée de la médecine et nécessitant une formation spécifique. Des centres de formation ont été créés en France qui délivraient un diplôme clôturant trois années d'études, permettant d'exercer en tant qu'orthophoniste. Depuis le 25 janvier 2013, la réforme des études d'orthophonie a validé l'allongement de la formation initiale pour exercer la formation d'orthophoniste : le grade de Master couronne désormais les cinq années de la formation universitaire des orthophonistes. Les études d'orthophonie sont réalisées dans l'un des 18 centres de formation de France qui dépendent des facultés de médecine.

## Un recours de plus en plus important à l'orthophonie

Aujourd'hui, l'orthophonie traite de tous les troubles du langage, qu'ils concernent les très jeunes enfants qui ont des difficultés à s'exprimer jusqu'aux personnes âgées dont la communication peut être perturbée par des maladies, des dégénérescences séniles, en passant par les adultes victimes d'un AVC, d'un traumatisme crânien.

Plusieurs études montrent que le recours aux orthophonistes ne cesse de se développer : les parents, les éducateurs, les enseignants étant de plus en plus sensibilisés aux troubles du langage et aux troubles des apprentissages qui impliquent le langage écrit ou oral, se tournent vers les orthophonistes pour un bilan. Si la prescription de séances ne peut être faite que par un médecin, il s'avère qu'il y a une prise de conscience de plus en plus forte par différents professionnels de terrain du rôle joué par le langage, notamment en ce qui concerne les apprentissages, mais aussi la construction psychique des enfants. De

ce fait le recours à l'orthophoniste est de plus en plus souvent évoqué, recommandé, ce qui aboutit à des demandes de prises en charge de plus en plus importantes pour les orthophonistes.<sup>1</sup>

### **Une profession essentiellement libérale et très largement embrassée par des femmes**

Au 1er janvier 2014, le répertoire ADELI dénombrait 22 070 orthophonistes en France métropolitaine dont 17 773 exerçant en tant que libéraux et 4 297 exerçant en tant que salariés. Par ailleurs certains orthophonistes ont un exercice mixte, libéral et salarié dans des proportions variables selon les individus. Le mode d'exercice salarié est donc minoritaire et se répartit en secteur hospitalier public ou privé, centres de santé et établissements pour handicapés. L'âge moyen des professionnels est de 43,3 ans et plus de 96% des orthophonistes sont des femmes. Les trois-quarts des orthophonistes libéraux exercent en cabinet individuel, le dernier quart exerçant en cabinet de groupe. Cette profession est en progression constante en termes d'effectifs depuis quelques années, de l'ordre de 4% par an environ. Enfin, la densité moyenne est de 34 orthophonistes pour 100 000 habitants. S'il n'existe pas de « spécialité » officiellement reconnue en orthophonie, dans la pratique les professionnels peuvent se spécialiser sur certains publics ou encore sur certains types de difficultés, notamment pour ceux qui exercent en zone urbaine.

Ces grands traits du profil démographique de la profession montrent que, par rapport aux autres professions de santé libérales, la grande spécificité des orthophonistes est, comme pour les sages-femmes, d'être une profession où les hommes sont extrêmement peu représentés. Or on sait aujourd'hui que l'exercice professionnel est impacté par le sexe des individus : ainsi les femmes ont plus fortement tendance à travailler à temps partiel, notamment si elles ont des enfants et que ces derniers sont en bas âge. Cependant, jusqu'à présent cet élément semble n'avoir pas été pris en compte par rapport à la réalité démographique de l'offre en orthophonistes sur les territoires. Or, le temps de présence au cabinet, les plages d'ouvertures impactent fortement les possibilités de recours des patients, et plus encore lorsque les files actives sont largement composées d'enfants, les familles essayant alors de privilégier la mise en place de séances en fin de journée ou le mercredi après-midi.

### **La densité géographique des orthophonistes, des situations locales très diversifiées en Rhône-Alpes,**

La région Rhône-Alpes est l'une des plus grandes de France et elle fait globalement partie des régions les mieux dotées de France. Cependant, à des échelles infrarégionales, on repère de grandes disparités pour les différentes professions de santé et les orthophonistes n'échappent pas à cette réalité. Si la région comprend ainsi un nombre important de zones sur dotées et très dotées elle comprend également des zones sous dotées<sup>2</sup>. Un découpage du territoire en « Bassins de vie-Pseudo-Cantons » (BVPCT) a été réalisé par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance-Maladie et chaque BVPCT fait l'objet d'un classement suivant les déciles de densité pondérée par les critères suivants :

- l'âge des professionnels de la zone
- l'activité des professionnels de la zone
- le recours à la prise en charge des patients, par tranche d'âge
- Les mouvements de patients entre zones

---

<sup>1</sup> Diagnostic sur le dépistage et l'accompagnement des troubles du langage dans l'agglomération grenobloise. ORS Rhône-Alpes, Janvier 2011 : [http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Troubles\\_langage.pdf](http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Troubles_langage.pdf)

<sup>2</sup> Voir la répartition des zones telles que définies par l'ARS : [Tableau comparatif du zonage orthophoniste avec magre appreciation ARS](#)

La région Rhône-Alpes compte 314 BVPCT, qui en ce qui concerne les orthophonistes se répartissent comme suit :

- 27 zones très sous dotées
- 28 zones sous dotées
- 159 zones intermédiaires
- 31 très dotées
- 69 sur dotées.

Ainsi, les 1793 orthophonistes libéraux en exercice (dénombrés officiellement au 1<sup>er</sup> janvier 2014 par l'Agence Régionale de Santé de Rhône-Alpes) se répartissent dans ces différents Bassins de vie-pseudo-cantons (BVPCT).

Ce zonage reflète, au moins en partie, l'équilibre ou déséquilibre qui peut exister localement entre l'offre de prise en charge et la demande. Il peut aussi avoir un impact concret, notamment pour les professionnels qui s'installent dans les zones les moins dotées. C'est en effet ce que prévoit le dispositif issu de l'avenant n°13 à la convention nationale des orthophonistes appelé «*contrat incitatif orthophoniste*», entré en vigueur le 30 novembre 2012 avec la publication du volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) par arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé, déterminant en annexe opposable le zonage démographique concernant cette profession au niveau régional. Ce contrat est proposé à tous les orthophonistes libéraux qui s'engagent à s'installer dans des zones précisément délimitées, qualifiées de "très sous dotées" en orthophonistes exerçant en secteur libéral. Ce contrat individuel permet à l'orthophoniste installé dans l'une de ces zones de percevoir une aide forfaitaire à l'équipement (dans la limite de 1 500 euros par an) et de bénéficier d'une participation aux cotisations sociales dues au titre des allocations familiales (5,4% sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires acquis dans le cadre de la convention)<sup>3</sup>.

Pourtant, et malgré les différents critères utilisés pour classer les différents BVPCT, il s'avère que sur le terrain, les orthophonistes n'ont pas toujours le sentiment que le classement appliqué à leur territoire soit en correspondance avec leur vécu et ressenti en termes de dotation de leur territoire d'exercice. Certains, classés en zone sous dotée, peuvent ainsi avoir le sentiment d'exercer en réalité dans un territoire bien doté, avec un éventuel effet de concurrence, ou à l'inverse du classement « officiel », dans un territoire en réalité sous doté, où la demande excède largement l'offre de prise en charge et où les listes d'attente des patients sont importantes.

L'URPS Orthophonistes de Rhône-Alpes s'interroge ainsi aujourd'hui sur les éléments qui permettraient d'affiner ce classement, et qui, au-delà de ce classement, permettraient de mieux saisir la réalité des conditions d'exercice des orthophonistes, selon le territoire, les patients mais aussi la façon d'exercer des orthophonistes.

---

<sup>3</sup> Voir site de l'ARS Rhône-Alpes :

<http://www.rhonealpes.paps.sante.fr/Avenant-n-13-a-la-convention-n.140441.0.html>

## OBJECTIFS DE L'ETUDE

Dans ce contexte, l'objectif général de l'URPS orthophonistes de Rhône-Alpes est de **mieux comprendre ce qui fonde le sentiment et l'expérience des orthophonistes d'exercer dans un territoire bien ou mal doté**, peut-être en contradiction avec le classement officiel du territoire d'exercice par l'UNCAM, et ce afin de proposer des pistes pour pouvoir rééquilibrer ce classement.

En termes d'objectifs spécifiques, il s'agissait de **mettre à jour, le plus finement possible, tous les éléments concrets permettant de mieux connaître et comprendre les conditions d'exercice réelles des orthophonistes en Rhône-Alpes, selon les profils de territoire, les profils de professionnels et modes d'exercices**, et ce afin de repérer des points précis qui peuvent expliquer le décalage perçu entre **la réalité vécue par les professionnels et le classement « officiel » des BVPCT, en ce qui concerne le niveau de dotation du territoire.**

# METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Afin d'atteindre les objectifs tels que définis, l'étude a comporté trois volets, menés en parallèle, qui ont apporté des informations complémentaires : un volet qualitatif, un volet quantitatif ainsi qu'une synthèse bibliographique.

## 1/ Volet qualitatif

---

Afin d'aller au-delà des analyses quantitatives basées sur les critères actuellement utilisés pour définir et analyser les territoires (bassins de vie-pseudo cantons) en termes de dotation, nous avons réalisé des entretiens individuels semi-directifs approfondis avec des orthophonistes exerçant en libéral, en divers lieux de la région Rhône-Alpes, en zones urbaines, périurbaines et rurales. Ces entretiens ont été d'une durée allant d'une heure à trois heures et ils ont été réalisés majoritairement par téléphone, entre mai et septembre 2015.

29 orthophonistes d'âges et de profils variés, exerçant sur des territoires de profils différents ont ainsi été interviewés, qui se répartissent comme suit :

- 5 orthophonistes par zones de dotation, sauf zones sous dotées (4 personnes)
  
- 4 hommes et 25 femmes
  
- Départements :
  - o Ain = 2
  - o Rhône = 7
  - o Haute-Savoie = 2
  - o Savoie = 2
  - o Isère = 8
  - o Drôme = 1
  - o Ardèche = 4
  - o Loire = 3
  
- Ages :
  - o 20-30 ans = 2
  - o 30-40 ans = 7
  - o 40-50 ans = 8
  - o 50-60 ans = 9
  - o 60 ans et plus = 3

## 2/ Volet quantitatif

---

Afin de compléter les informations obtenues par les entretiens qualitatifs nous avons interrogé un échantillon d'orthophonistes par voie de questionnaire afin notamment de connaître les tendances qui se dégagent en termes d'accord ou de désaccord avec la classification du territoire d'exercice, en termes de niveau de dotation.

Pour ce faire, nous avons utilisé la technique de **sondage aléatoire** (ici sondage au 1/4), qui a permis d'interroger, de manière aléatoire, des orthophonistes exerçant dans chacune des cinq catégories de dotations à l'échelle des BVPCT (bassins de vie pseudo-cantons).

**542 questionnaires ont été envoyés** avec une enveloppe préaffranchie à l'adresse de l'ORS qui a directement récupéré puis traité les réponses. Une relance des orthophonistes n'ayant pas retourné leur questionnaire a été réalisée par l'URPS orthophonistes, 3 semaines après l'envoi du questionnaire.

## 3/ Synthèse bibliographique

---

Afin de pouvoir éclairer les résultats obtenus dans le cadre de cette étude, une synthèse bibliographique a été réalisée à partir des études et ouvrages existants portant sur la démographie des orthophonistes et leurs conditions d'exercice, en France et en régions, notamment en Rhône-Alpes.

Cette synthèse a permis de nourrir les interrogations qui ont été soumises aux orthophonistes rencontrés en entretiens individuels ou interrogés par voie de questionnaire.



# **SYNTHESE**

# **BIBLIOGRAPHIQUE**



# 1. L'ORTHOPHONIE : UNE DISCIPLINE JEUNE

Le métier d'orthophoniste fait partie du champ de la rééducation. D'après l'article L4341-1 du code de la Santé publique, le rôle de l'orthophoniste est d'« exécuter 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 »<sup>[5]</sup> L'orthophoniste est ainsi chargé de prévenir et de prendre en charge les troubles de la communication écrite et orale<sup>[17]</sup>. Il ne peut pratiquer que sur prescription médicale, mais c'est très majoritairement lui qui propose le nombre de séances nécessaires et les techniques de rééducation qui seront mises en œuvre<sup>[5]</sup>.

L'orthophonie est une discipline paramédicale jeune : ainsi en France le décret d'application qui réglemente les conditions d'exercice de la profession et institue un diplôme national (le certificat de capacité d'orthophonie) date de 1965<sup>[8]</sup>.

Au-delà de ce décret, la Convention nationale des orthophonistes a été conclue pour encadrer les relations entre les orthophonistes libéraux et les caisses d'assurance maladie : elle a été signée entre les caisses nationales d'Assurance Maladie et la Fédération nationale des orthophonistes et publiée le 9 janvier 1997. Ce texte a été actualisé en mai 2014<sup>[1]</sup>. Il faut noter qu'il n'existe pas d'Ordre des orthophonistes, alors que les orthophonistes sont bien reconnus comme professionnels de santé.

On note qu'en Europe, trois termes différents sont utilisés pour désigner la même discipline : « l'orthophonie », la « logopédie » (en Suisse notamment) et le « speech and language therapy » (au Royaume-Uni)<sup>[6]</sup>.

## 2. L'EVOLUTION DES BESOINS ET LA DEMANDE EN SOINS ORTHOPHONIQUES

En même temps que les exigences en matière de communication écrite et orale s'accroissent, on observe une augmentation des difficultés d'apprentissage chez les enfants, qui font l'objet d'un repérage, d'un dépistage plus précoce aujourd'hui qu'il ne l'était il y a 20 ou 30 ans. De ce fait, les prises en charges orthophoniques se sont considérablement développées chez les enfants, notamment avec l'explosion, au moins en termes de visibilité, des « dys » : dyslexie, dysorthographe, dyscalculie,...

Chez les adultes, la demande s'est également accrue, notamment du fait de l'évolution des prises en charge en neurologie ou en oto-rhino laryngologie. Les adultes consultent également pour des problèmes de voix, ou d'aphasie. La prise en charge des personnes atteintes d'AVC ou d'Alzheimer est également en augmentation<sup>[6]</sup>.

## 3. LA DEMOGRAPHIE DES ORTHOPHONISTES

### 3.1. En France

La DREES a recensé au 1<sup>er</sup> janvier 2014, en France métropolitaine et dans les D.O.M., 22 744 orthophonistes, dont 18378 libéraux ou ayant un exercice mixte (libéral et salarié). Il s'agit par ailleurs d'une profession très féminine puisque près de 90% des orthophonistes sont des femmes <sup>[15]</sup>.

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) indique que les effectifs d'orthophonistes se répartissent d'une manière homogène sur toutes les tranches d'âge entre 25 et 59 ans, et que le taux d'activité jusqu'à 65 ans reste important <sup>[6]</sup>. D'après Sicart, on peut voir qu'en 2014, plus de 16% des orthophonistes ont entre 25 et 29 ans <sup>[15]</sup>.

Entre 1999 et 2013, les effectifs d'orthophonistes ont progressé de 59% <sup>[17]</sup>.

En France, un numerus clausus a été mis en place, c'est-à-dire que le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste est limité chaque année, par arrêté. Pour l'année scolaire 2014-2015, ce nombre a été fixé à 821 étudiants, et réparti de manière précise dans les différentes régions <sup>[3]</sup>. Les quotas d'étudiants sont restés stables jusqu'à la fin des années 1990 (environ 500 places chaque année), ils ont ensuite augmenté de 35% entre 2003 et 2013 <sup>[17]</sup>. Compte-tenu de ce numerus clausus qui a pour conséquence une sélection extrêmement forte des étudiants, de nombreux étudiants français vont faire leurs études à l'étranger, tout particulièrement en Belgique, pour revenir ensuite s'installer en France. Ainsi, l'une des spécificités de l'exercice de la profession étant l'exigence de la maîtrise de la langue du pays d'exercice (Article L4341-8 Code de la santé publique), ceci explique l'attraction des étudiants pour les pays francophones. Néanmoins, la Belgique a limité, depuis le 25 avril 2013, le nombre d'étudiants «non-résidents belges» à 30 % maximum de la totalité des places disponibles dans ses centres de formation <sup>[14]</sup>.

L'Article L4341-4 du Code de la santé publique précise que l'autorité compétente peut, après avis d'une commission, autoriser individuellement à exercer la profession, les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat qui ont suivi avec succès un cycle d'études postsecondaires ou qui disposent d'un titre de formation délivré par un Etat. Une épreuve d'aptitude ou un stage d'adaptation peut être demandé si le diplôme obtenu n'est pas conforme aux exigences en vigueur en France <sup>[18]</sup>. L'exigence de maîtrise parfaite de la langue française constitue cependant une limite « naturelle » importante à l'exercice en France, qui est beaucoup moins forte pour d'autres professions de santé.

Par ailleurs, selon l'ONDPS, 400 à 500 départs en retraite par an sont à prévoir sur le territoire entre 2015 et 2020. Les arrivées sont encore supérieures aux départs <sup>[6]</sup>.

### 3.2. En Rhône-Alpes

D'après la DREES, au 1<sup>er</sup> janvier 2014, 2 696 orthophonistes exercent en Rhône-Alpes, dont 97,6% sont des femmes <sup>[15]</sup>. Comme au niveau national, l'exercice libéral est majoritaire puisqu'on recense 2235 libéraux ou mixtes. 17,6% des orthophonistes de la région ont entre 25 et 29 ans.

Pour l'année scolaire 2013-2014, en Rhône-Alpes, le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste était fixé à 95 <sup>[3]</sup>.

## 4. L'INEGALE REPARTITION TERRITORIALE DE LA PROFESSION ET LES ENJEUX DE LA REGULATION DE LA PROFESSION

### 4.1. Des zones sous dotées ou zones sur-dotées

La répartition territoriale des orthophonistes est très hétérogène. L'ONDPS indique, d'après les données 2010 de la DREES, que les plus fortes densités d'orthophonistes, libéraux et salariés confondus, se situent dans les régions PACA, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées, et Île-de-France (de 34 à 41 pour 100 000 habitants). Les orthophonistes sont davantage présents dans les régions ayant un centre de formation et dans le sud de la France. On compte ainsi six fois plus d'orthophonistes dans l'Hérault que dans le Cantal. Ces inégalités sont relativement stables depuis une dizaine d'années <sup>[17]</sup>. Par ailleurs, les orthophonistes exercent de manière préférentielle en ville, même si les densités de professionnels y sont parfois élevées. D'après D. Sicart, en 2014, 1390 orthophonistes exerçaient dans une commune rurale, alors qu'ils sont 7829 dans les communes de 200 000 à 2 000 000 habitants <sup>[15]</sup>.

Cinq catégories de zones ont été définies par l'Assurance Maladie (sur dotées, très dotées, intermédiaires, sous dotées et très sous dotées), qui prennent en compte la modulation de la densité (nombre d'orthophonistes libéraux pour 100 000 habitants) selon deux critères : l'activité réelle du praticien (équivalent temps plein) et la population standardisée par âge. Cette définition des zones s'est appuyée sur le découpage INSEE en bassins de vie et pour les unités urbaines supérieures à 30 000 habitants, sur le regroupement en pseudo-cantons <sup>[16]</sup>.

### 4.2. Les mesures pour rééquilibrer l'offre, les aides à l'installation

La répartition déséquilibrée des orthophonistes sur le territoire engendre des disparités d'accès aux soins, c'est pourquoi des mesures de rééquilibrage ont été élaborées. Ainsi, dans les communes classées comme « très sous dotées » en orthophonistes, le « contrat incitatif orthophonistes » a été mis en place par l'avenant n°13 à la Convention nationale des orthophonistes libéraux, qui a été publié le 5 mai 2012, et ce afin de favoriser l'installation et le maintien de ces professionnels sur les territoires où l'offre est très déficitaire. Ce contrat concerne les professionnels qui veulent exercer ou qui sont déjà installés dans une zone « très sous dotée » en tant qu'orthophonistes libéraux.

En cas d'adhésion au contrat, l'Assurance Maladie prend en charge, pendant 3 ans postérieurement à l'adhésion au contrat, la totalité des cotisations que l'orthophoniste doit à l'Urssaf au titre des allocations familiales. Par ailleurs, en cas d'installation dans une zone « très sous-dotée » postérieure au 6 novembre

2012, l'Assurance Maladie verse, pendant la durée du contrat et au cours du premier trimestre de l'année suivant l'adhésion, une aide à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) d'un montant maximum de 1 500 euros par an. Pour les orthophonistes qui se sont installés dans une zone « très sous dotée » après le 6 novembre 2012, alors que précédemment installés en zone « sur dotée » (durée minimale de 5 ans) en y ayant perçu un honoraire moyen annuel de plus de 5 000 euros, l'Assurance Maladie verse pendant la durée du contrat et au cours du premier trimestre de l'année suivant l'adhésion, une aide à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels d'un montant maximum de 3 000 euros par an. En échange, l'orthophoniste doit exercer les deux tiers de son activité libérale conventionnelle dans la zone « très sous dotée » et percevoir des honoraires équivalents au minimum à 10 % des honoraires moyens de la profession en France (afin de garantir le temps de présence au cabinet, et l'accès effectif des patients). Le taux de télétransmission doit être supérieur ou égal à 80% de l'activité du praticien. Enfin, celui-ci doit exercer pendant au moins 3 ans au sein de la zone « très sous dotée »<sup>[1]</sup>.

Ainsi, comme pour les médecins et les chirurgiens-dentistes, seules des mesures incitatives ont été mises en place, et non des mesures coercitives qui empêcheraient l'installation en territoire « sur-doté »<sup>[16]</sup> (comme c'est par exemple le cas pour les infirmiers libéraux).

En complément de ces mesures, la Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie (FNEO) a lancé, en mars 2013, une campagne de sensibilisation « Avid'Ortho » pour encourager les jeunes orthophonistes à s'installer en zones rurales et combattre les idées reçues sur les zones très sous dotées<sup>[13]</sup>.

## 5. LA PROFESSION

### 5.1. La formation

L'accès aux cinq années d'études préparant au certificat de capacité d'orthophoniste se fait par un concours d'entrée comportant des épreuves écrites d'admissibilité, une épreuve orale d'admission, un examen de la vue et une vérification des aptitudes phono-articulatoires. Il existe des établissements qui aident les étudiants à préparer le concours d'entrée en institut de formation. Les études s'achèvent sur un mémoire et une soutenance devant un jury. L'arrêté du 25 avril 1997 précise que le Certificat de Capacité d'Orthophoniste est délivré par les universités habilitées à cet effet. En Rhône-Alpes, c'est l'Institut des Sciences Techniques de la Réadaptation de l'Université Lyon 1 qui délivre ce certificat. La formation initiale est reconnue au grade de Master 1 depuis 2011<sup>[7]</sup>.

Il n'existe pas de « spécialisations » à proprement parler en orthophonie, seulement des diplômes universitaires proposés notamment dans certaines facultés de médecine. Néanmoins, dans les faits, certains orthophonistes (plutôt en ville) choisissent de spécialiser leur pratique sur un type de pathologie ou de patientèle, par exemple sur l'autisme<sup>[6]</sup>.

Concernant la formation continue, la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) de 2009 inscrit dans le Code de la Santé Publique la notion de Développement Professionnel Continu (DPC) pour tous les professionnels de santé<sup>[1]</sup>. Les orthophonistes ont l'obligation de participer à un programme de DPC

chaque année et doivent justifier de leur participation à l'Agence Régionale de Santé. Selon Kremer et Lederlé<sup>4</sup>, près de la moitié des orthophonistes participent chaque année à au moins à une session de formation continue <sup>[8]</sup>.

## 5.2. La pratique des orthophonistes : les actes

La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) est en vigueur depuis 2005. La lettre-clé qui code les actes pratiqués par l'orthophoniste est AMO. Le tarif de la lettre clé est de 2,50 euros depuis le 6 novembre 2012 (2,62€ pour l'Outre-Mer), et l'indemnité forfaitaire de déplacement est de 2,50 euros <sup>[1]</sup>.

L'orthophoniste agit sur prescription médicale et il établit une demande d'entente préalable. A la fin du traitement, il rédige une note d'évolution adressée au prescripteur. Dans les faits, c'est le plus souvent l'orthophoniste qui décide du nombre de séances nécessaires à effectuer et de la nature du travail à réaliser pendant les séances, ainsi l'orthophoniste a dans sa compétence, le choix de la cotation et du nombre de séances dont le remboursement sera demandé à la CPAM, le médecin prescrit seulement une rééducation.

La Haute Autorité de Santé a publié à plusieurs reprises des recommandations sur l'orthophonie, notamment en ce qui concerne le nombre de séances et la durée des séances. Par exemple, une séance de rééducation des troubles d'articulation est évaluée à une durée minimale de 30 minutes, alors qu'elle sera de 45 minutes pour une séance de rééducation du langage dans les aphasies <sup>[12], [6], [8]</sup>.

L'ONDPS a relevé, d'après les données 2010 de l'Assurance Maladie, que l'activité des orthophonistes libéraux est principalement centrée sur cinq actes qui représentent 77% des remboursements de l'orthophonie en secteur libéral :

- Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral ;
- Rééducation des pathologies du langage écrit: lecture et/ou orthographe ;
- Rééducation du langage dans les aphasies ;
- Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques ;
- Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives <sup>[6]</sup>.

Une étude réalisée en 2007 auprès des orthophonistes de la région Rhône-Alpes (projet Kalliopé)<sup>5</sup> a montré une tendance à la spécialisation dans les pôles urbains et la polyvalence dans les zones rurales. Par ailleurs, en exercice libéral, « 7,6 pathologies sont traitées, en moyenne, par les orthophonistes exerçant en milieu urbain (ville, banlieue, zone périurbaine), contre 8,6 pathologies pour les

---

<sup>4</sup> Kremer J.-M., Lederlé E., 2009, L'orthophonie en France, 6e éd., coll. « Que sais-je ? », Presses Universitaires de France, Paris, n° 2751

<sup>5</sup> Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession, sous la direction de Laurence Tain, Ed. ENSP, 2007 (projet Kalliopé)

orthophonistes exerçant en milieu rural ; cette différence est encore plus grande dans le cas des orthophonistes salariés puisque ceux-ci traitent 5,3 pathologies en moyenne dans les communes rurales et 3,2 à 4,2 dans les zones urbaines »<sup>[8]</sup>..

Il semble enfin que les orthophonistes salariés aient davantage tendance à se spécialiser dans leur pratique que les libéraux<sup>[8]</sup> : le nombre et la nature des actes orthophoniques semblent donc influencés par le mode d'exercice de ces professionnels<sup>[6]</sup>.

### 5.3. La pratique des orthophonistes : les modes d'exercice

L'orthophonie s'exerce en établissement public de santé, en établissement privé ESPIC, en établissement privé lucratif, en centre de santé, et en tant que professionnel libéral en cabinet individuel ou de groupe, ou encore en établissement pour personnes handicapées<sup>[15]</sup>.

Comme l'explique la Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie dans son dernier guide destiné aux orthophonistes nouvellement diplômés, l'exercice de la profession peut se faire sous différentes formes :

- L'exercice mixte. Il est possible d'exercer dans un double cadre : libéral et salarié.
- Le remplacement : les actes sont réalisés par un remplaçant dans le cabinet d'un orthophoniste titulaire. Ce dernier encaisse les honoraires et reverse une rétrocession au remplaçant.
- La collaboration : l'orthophoniste est collaborateur libéral auprès d'un autre professionnel, le titulaire du cabinet, mais il exerce en toute indépendance et possède sa propre patientèle. Les redevances versées au titulaire constituent des loyers versés en contrepartie de la mise à disposition de locaux équipés, du matériel et, éventuellement, d'une partie de la patientèle.

En France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2014, 1 205 orthophonistes salariés hospitaliers exerçaient en établissement public de santé<sup>[15]</sup>.

La DREES indique qu'en 2013, près des trois quarts des masseurs-kinésithérapeutes exercent dans le secteur libéral (pour moitié en cabinet de groupe et pour moitié en cabinet individuel), un cinquième sont salariés (la plupart du temps dans un établissement public de santé) et 3 % ont un exercice mixte<sup>[17]</sup>.

L'orthophoniste libéral qui s'installe, crée ou achète une patientèle ou rejoint une association d'orthophonistes déjà existante. Il encaisse la totalité des honoraires correspondant aux actes réalisés. Il assume la totalité des charges engagées à titre personnel et/ou dans le cadre d'un groupement de frais, Société Civile de Moyens (SCM) par exemple<sup>[13]</sup>.

Le site Ameli rappelle que l'exercice collectif des libéraux peut prendre différentes formes juridiques :

- Les sociétés de moyen (SCM) ou les groupements d'intérêt économique (GIE) pour la mise en commun du matériel, des locaux professionnels et du personnel ;
- Les sociétés d'exercice ou groupements d'exercice pour la mise en commun des moyens et parfois les fichiers de clientèles, voire les honoraires ;
- Les sociétés de personnes prennent la forme de convention d'exercice conjoint, de sociétés en participation d'exercice libéral ou de sociétés civiles professionnelles (SCP) ;



- Les sociétés de capitaux, comme la société d'exercice libéral (SEL), permettent de disposer de capitaux tout en ayant un statut social de salarié ;
- Le contrat de collaboration libéral permet de s'adjoindre à un autre auxiliaire médical ou médecin sans lien de subordination <sup>[1]</sup>.

#### 5.4. La relation aux autres professionnels

Les principaux prescripteurs d'orthophonie sont les médecins généralistes et les pédiatres <sup>[6]</sup>.

Au sein des établissements, les orthophonistes peuvent collaborer avec une grande diversité de professionnels : des psychomotriciens, des psychologues, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des neuropsychologues, ou encore avec des orthoptistes. On notera que même si les techniques sont différentes, la prise en charge de certains troubles comme ceux de la déglutition, peuvent relever aussi bien du kinésithérapeute que de l'orthophoniste, en fonction des habitudes et des effectifs respectifs des deux professions dans le service hospitalier <sup>[6]</sup>.

Du fait d'une tendance relevée par certains auteurs à la « médicalisation » des difficultés scolaires, les liens peuvent aussi être étroits entre l'orthophonie et le milieu scolaire. L'enseignant réalise souvent le repérage d'une difficulté, et le médecin scolaire effectue le dépistage. Le diagnostic sera ensuite, de facto, réalisé par l'orthophoniste. Dans ce cadre, ce dernier peut avoir des tâches de coordination entre ces acteurs, par exemple pour aider l'enseignant à adapter les méthodes pédagogiques selon le trouble dont peuvent souffrir certains enfants <sup>[8]</sup>.

#### 5.5. La recherche

La recherche en orthophonie est peu développée en France, contrairement au Canada, où les orthophonistes peuvent développer des recherches universitaires dans leur discipline.

En France, l'Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie (UNADREO) a créé l'unique laboratoire de recherche en orthophonie, le LURCO (Laboratoire Unadréo de Recherche Clinique en Orthophonie) qui permet aux orthophonistes et aux étudiants de s'investir dans la recherche via des formations à la méthodologie, des séminaires de laboratoire et l'expérience des membres de l'équipe du LURCO <sup>[20]</sup>.

Ce type de démarche facilite les liens entre l'orthophonie et d'autres domaines de recherche comme la neuropsychologie ou la neurolinguistique <sup>[6]</sup>.



# RESULTATS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE



# 1. METHODE

## 1.1. Taille de l'échantillon

D'après le fichier transmis par l'ARS Rhône-Alpes, 2166 orthophonistes libéraux de moins de 65 ans sont recensés dans le fichier Ameli au 31 janvier 2015. Parmi ces orthophonistes, 46,5% exercent dans un Bassin de Vie Pseudo-Canton (BVPCT) sur doté, 16,8% dans un bassin très doté, 30,6% dans un bassin intermédiaire, 3,5% dans un bassin sous doté et 2,5% dans un bassin très sous doté.

**Tableau 1 : Effectif d'orthophonistes par BVPCT**

	Nombre d'orthophonistes de moins de 65 ans	Part des orthophonistes
Bassin très sous doté	55	2,5%
Bassin sous doté	76	3,5%
Bassin intermédiaire	664	30,6%
Bassin très doté	364	16,8%
Bassin sur doté	1 007	46,5%
Total	2 166	100%

Source : Ameli - ARS 2015

L'échantillon a été constitué en prenant en compte cette répartition et en réalisant un sondage élémentaire aléatoire au ¼ dans chacun de ces sous-groupes. Cette méthode de sondage permet d'interroger, un échantillon représentatif des orthophonistes exerçant dans chacune des cinq catégories de territoires définies par l'Assurance Maladie.

## 1.2. Questionnaire et analyse des données

Le questionnaire a donc été adressé à 542 orthophonistes, en tenant compte de la répartition par BVPTC décrite ci-dessus, à la fin du mois d'avril 2015.

Les retours des questionnaires ont eu lieu du 30 avril au 30 juin avec une relance courrier réalisée par l'URPS orthophonistes début juin.

Les données des questionnaires ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi Info™ 7. Le traitement des réponses est complètement anonyme.

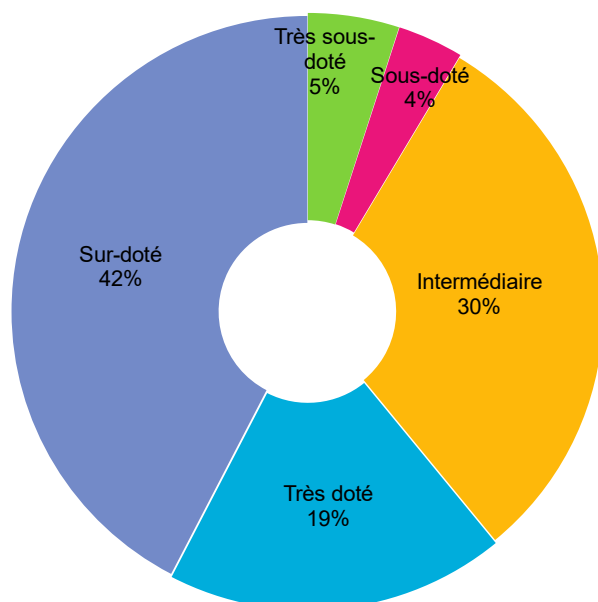
## 2. LES RESULTATS

### 2.1. Les caractéristiques sociodémographiques des orthophonistes enquêtés

Sur les 542 questionnaires envoyés, 361 ont été remplis et retournés soit un taux de réponse de 67%. Parmi ces questionnaires retournés, 5 ont été remplis par des hommes (1,4%) et 356 par des femmes (98,6%). Comme le souligne le rapport de l'ONDPS de 2010-2011, le taux de féminisation est très élevé chez les orthophonistes.

Parmi les répondants, 42% exercent dans un bassin sur-doté, 19% dans un bassin bien doté, 30% dans un bassin intermédiaire, 4% dans un bassin sous-doté et 5% dans un bassin très sous-doté, ce qui implique une légère surreprésentation des bassins très sous-doté et sous doté au détriment des bassins sur-doté et très doté (figure 1).

**Figure 1 : Répartition des orthophonistes enquêtés par type de bassin**



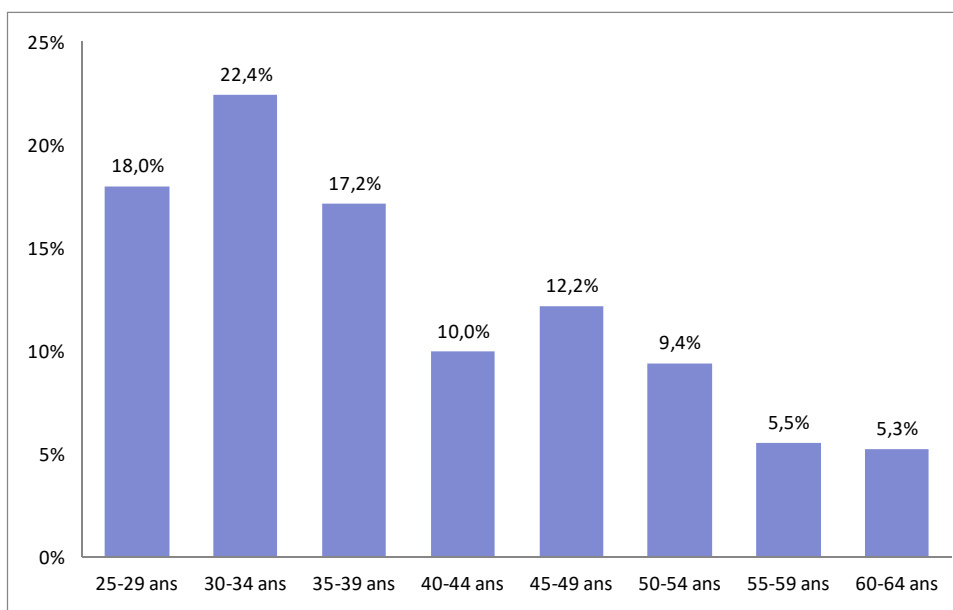
**Référence : répartition des orthophonistes par bassin**

Source : Améli [ARS – janvier 2015]

- Très sous doté : 2,5%
- Sous doté : 3,5%
- Intermédiaire : 30,5%
- Très doté : 17%
- Sur-doté : 46,5%

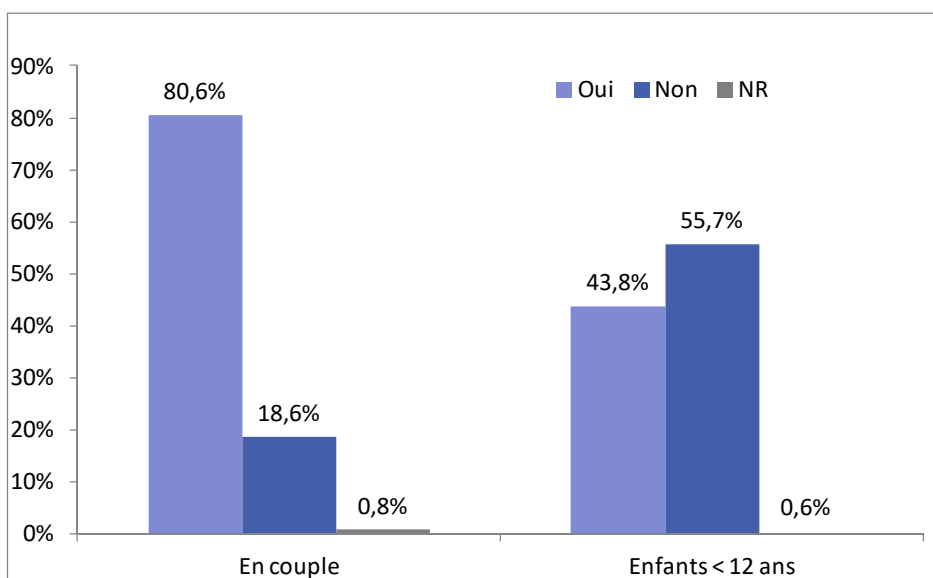
Les répondants se répartissent sur toutes les tranches d'âge : 58% des enquêtés ont moins de 40 ans et 37% ont entre 40 ans et 60 ans. La tranche d'âge des 30-34 ans est la tranche d'âge la plus représentée avec 22% des répondants (figure 2).

**Figure 2 : Répartition des orthophonistes enquêtés par tranche d'âge (en %)**



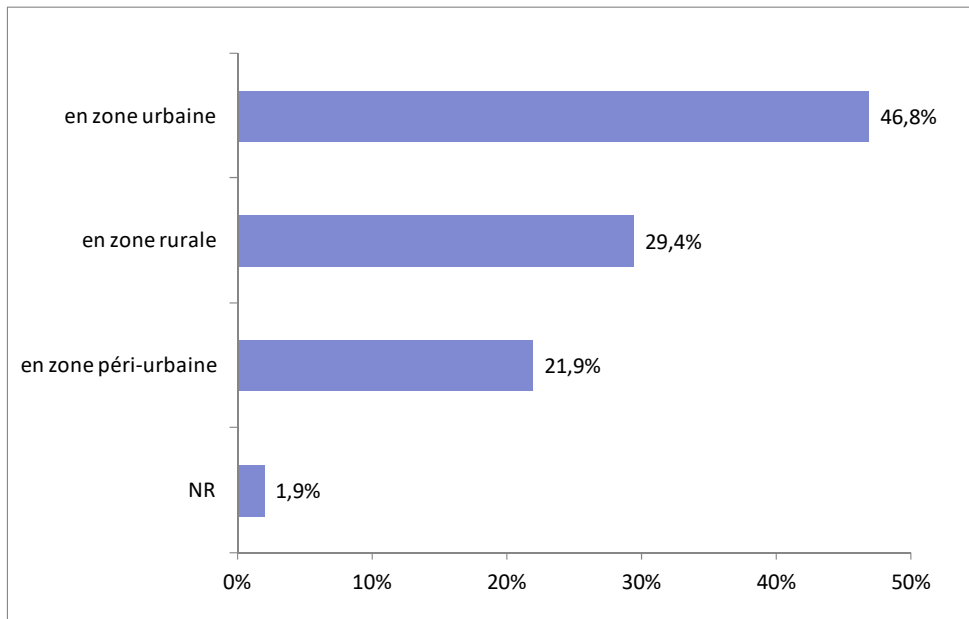
Parmi les répondants, 81% disent vivre en couple et 44% vivent avec des enfants de moins de 12 ans (figure 3).

**Figure 3 : Situation familiale des orthophonistes enquêtés (en %)**



Environ 46% des orthophonistes enquêtés disent vivre et travailler dans la même zone géographique (même code postal) et 53% exercent dans une autre zone. Environ 47% exercent en zone urbaine, 29% en zone rurale et 22% en zone périurbaine (figure 4).

**Figure 4 : Zone géographique des orthophonistes enquêtés (en %)**

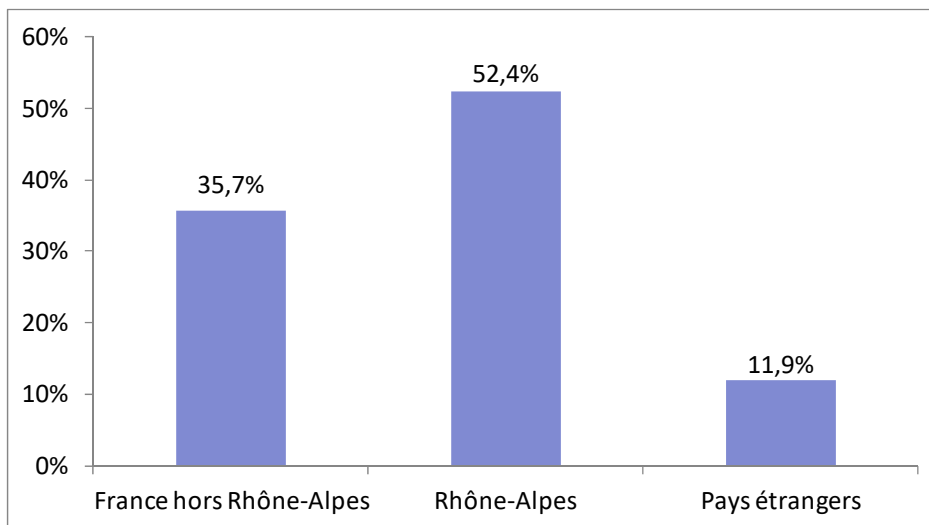


## 2.2. La formation des orthophonistes enquêtés

Concernant le lieu d'obtention du diplôme, 88% des répondants ont obtenu leur diplôme en France, dont 52% en Rhône-Alpes.

Environ 12% des orthophonistes enquêtés ont obtenu leur diplôme à l'étranger dont la très grande majorité en Belgique et quelques uns en Suisse.

**Figure 5 : Lieu d'obtention du diplôme des orthophonistes enquêtés (en %)**



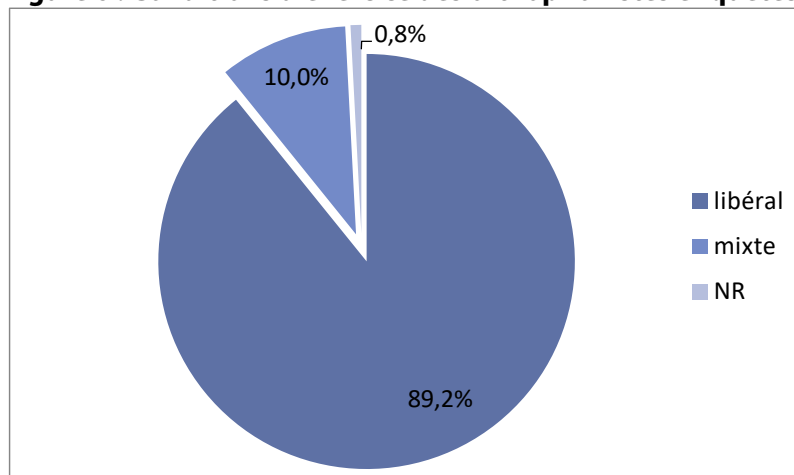


### 2.3. Les conditions d'exercice des orthophonistes enquêtés

En moyenne les orthophonistes enquêtés travaillent 4 jours par semaine et en moyenne 43 semaines par an.

Près de 90% des orthophonistes enquêtés déclarent une activité libérale et 10% une activité mixte, c'est-à-dire y compris salariée (figure 6). Environ 83% des répondants sont titulaires de leur poste et 17% des répondants exercent leur activité en tant que collaborateur.

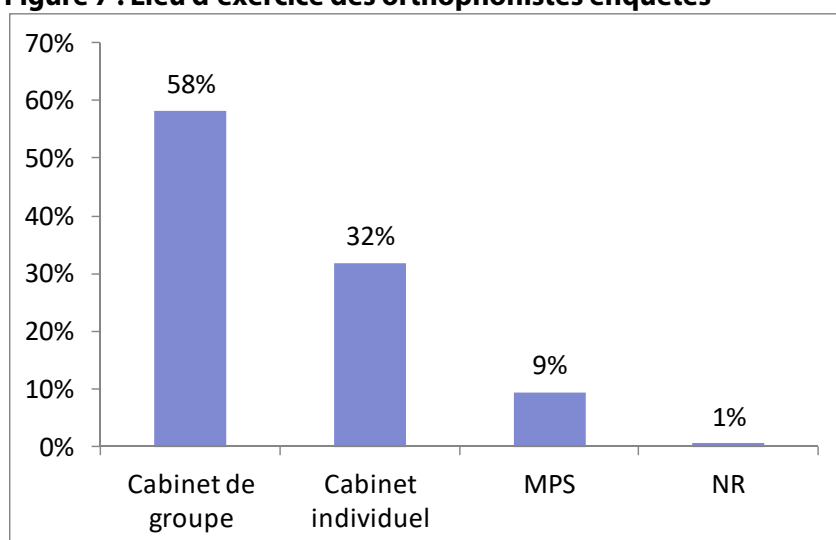
**Figure 6 : Conditions d'exercice des orthophonistes enquêtés**



Le cabinet de groupe est le lieu d'exercice le plus fréquent des orthophonistes enquêtés, quelle que soit la zone d'exercice. En effet, 58% des orthophonistes exercent en cabinet de groupe, contre 32% exercent en cabinet individuel et 9% en maison pluridisciplinaire de santé (MPS) (figure 7).

Certains orthophonistes enquêtés ont déclaré exercer également dans d'autres structures que leur cabinet : 5% dans le secteur hospitalier, 3% dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

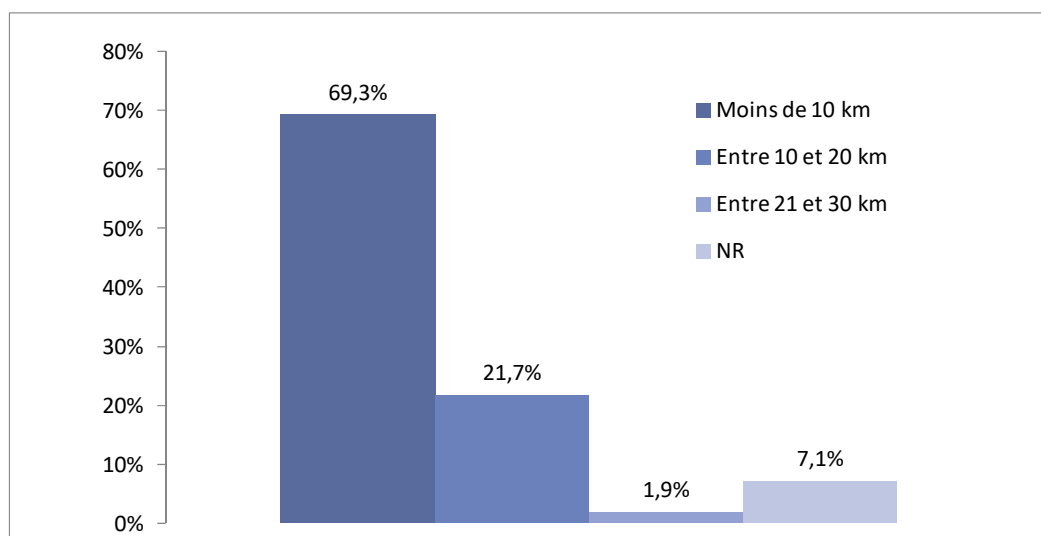
**Figure 7 : Lieu d'exercice des orthophonistes enquêtés**



### 2.4. La patientèle

Environ 71% des orthophonistes exerçant uniquement en libéral (N= 322) ont une patientèle composée majoritairement d'enfants de 6 à 15 ans.  
La grande majorité des patients (69%) vivent à moins de 10 km du lieu de consultation.

**Figure 8 : Distance entre le cabinet d'exercice des orthophonistes enquêtés et le domicile des patients**

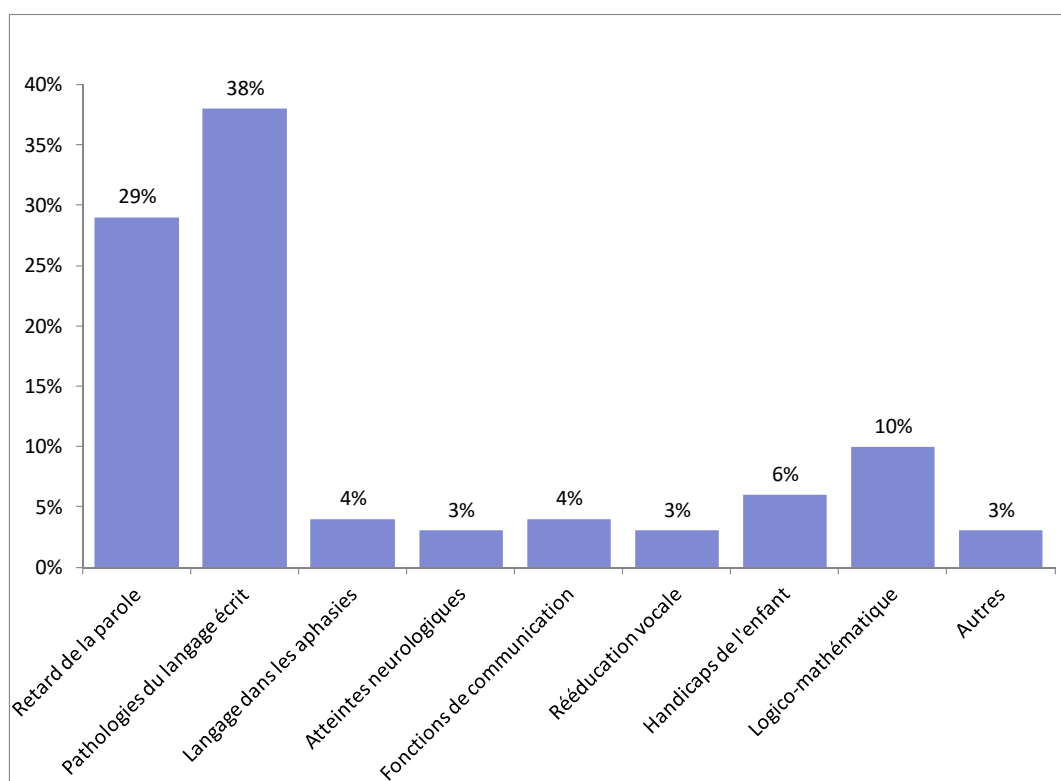


## 2.5. Les actes pratiqués

Sur une année, les deux principaux actes mentionnés par les orthophonistes enquêtés sont « la rééducation des retards de la parole, des retards du langage oral » (29%) et « la rééducation des pathologies du langage écrit » (38%). La rééducation logico-mathématique concerne 10% des actes (figure 9).

Contrairement à l'étude de l'ONDPS qui soulignait une tendance à la spécialisation dans les pôles urbains et une polyvalence dans les zones rurales, les données sont, dans cette étude, relativement homogènes d'un territoire à l'autre et nous n'avons pas remarqué de différence significative entre les actes pratiqués et la zone d'exercice.

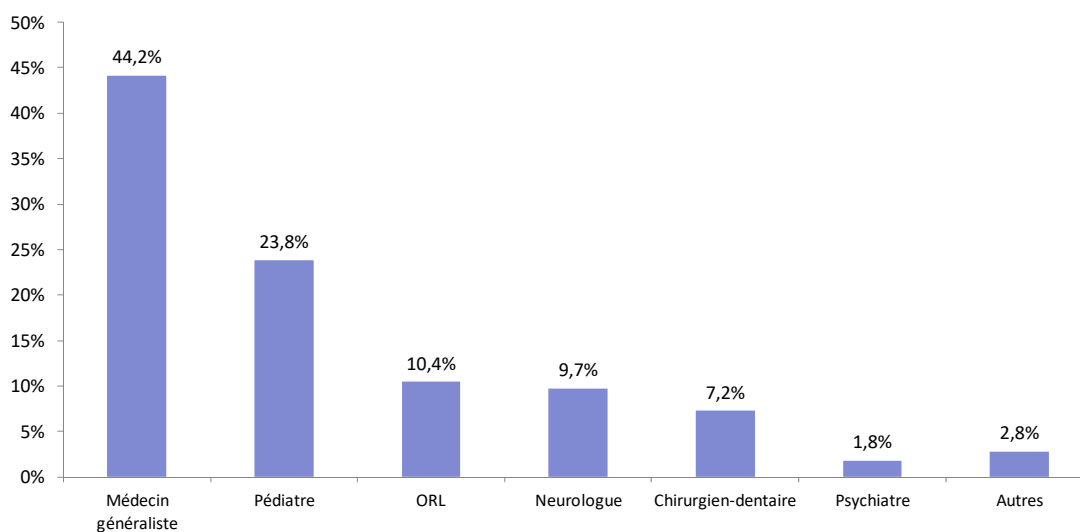
**Figure 9 : Répartition des actes pratiqués en moyenne sur une année par les orthophonistes enquêtés**



## 2.6. Les médecins prescripteurs et réorientations

Les principaux prescripteurs sont les médecins généralistes (44%) et les pédiatres (24%), souvent, d'après l'étude de l'ONDPS, après repérage en secteur scolaire. Les ORL et les neurologues sont également d'importants prescripteurs pour certains actes (10% environ pour chacun de ces prescripteurs) (figure 10).

**Figure 10 : Médecins prescripteurs selon la spécialité médicale**



Environ 95% des orthophonistes enquêtés orientent leurs patients vers d'autres ressources soit par manque de place (42%), soit pour des raisons médicales (40%), soit vers des confrères ayant d'autres compétences (18%).

## 2.7. Comparaison entre bassins officiels et supposés

Le questionnaire transmis aux orthophonistes enquêtés était numéroté par type de BVPTC afin de connaître le bassin officiel d'appartenance des orthophonistes enquêtés sans que ces derniers en soient informés (**bassin « réel », selon classement officiel**).

Puis dans le questionnaire, la question suivante était posée :

« En matière de nombre d'orthophonistes sur votre territoire, considérez-vous exercer dans une zone «très sous-dotée», "sous-dotée", "intermédiaire", "très dotée", "sur dotée" ? » (**bassin supposé/ressenti**).

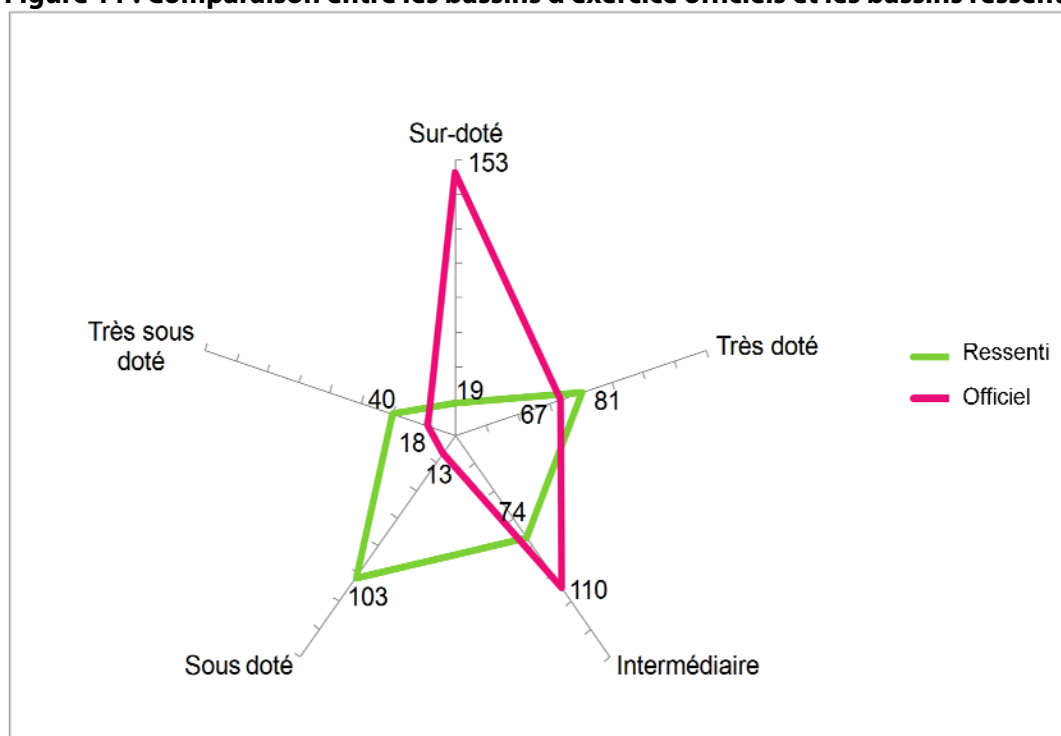
La comparaison entre les bassins d'exercice officiels et les bassins d'exercice ressentis permet de mesurer les différences entre le vécu concernant la densité des orthophonistes sur un territoire et le classement officiel du territoire d'exercice en BVPTC par l'UNCAM et de repérer les contradictions possibles.

Et en effet, on observe (figure 11) deux zones où le ressenti diffère largement du classement officiel. Ainsi si 153 orthophonistes enquêtés exercent dans des bassins réels sur dotés, 19 orthophonistes seulement ont le sentiment de travailler dans un bassin sur doté. Inversement 13 orthophonistes enquêtés exercent dans des bassins officiellement sous dotés, mais 103 orthophonistes enquêtés ont indiqué travailler dans ce type de bassin.

Concernant les zones intermédiaires, alors que 110 orthophonistes enquêtés exercent dans des bassins intermédiaires, 74 seulement ont indiqué travailler dans ce type de zone.

Les zones très sous dotées et très dotées sont légèrement moins disparates en termes de ressenti.

**Figure 11 : Comparaison entre les bassins d'exercice officiels et les bassins ressentis**

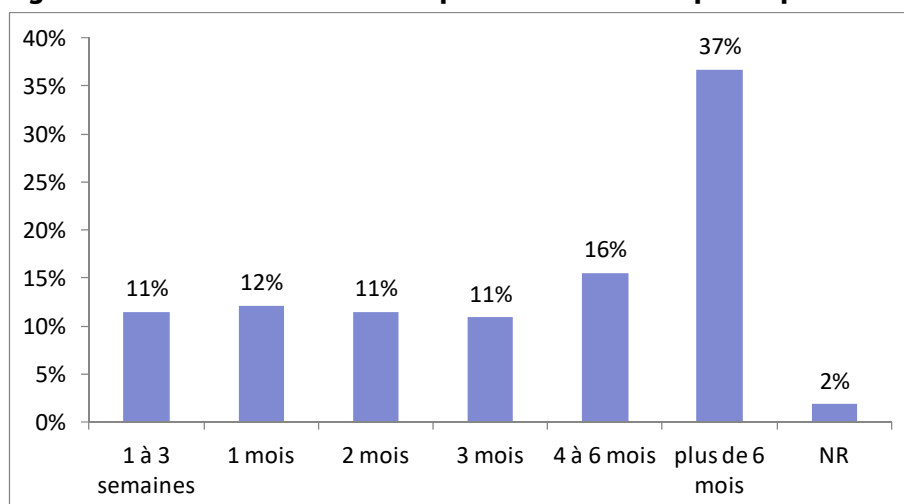


## 2.8. La gestion des patients suivis : les délais de rendez-vous

### 2.8.1. Délai de rendez-vous pour un bilan orthophonique

Les délais pour un bilan orthophonique sont assez longs, d'une manière générale. Les orthophonistes enquêtés indiquent, dans 53% des cas, une liste d'attente de plus de 4 mois pour un bilan orthophonique et 37% indiquent une liste d'attente de plus de 6 mois (figure 12). Seuls 11% des orthophonistes enquêtés peuvent réaliser un bilan en moins d'un mois.

**Figure 12 : Délai des rendez-vous pour un bilan orthophonique**



Les délais de rendez vous sont très liés à la sur ou sous densité des orthophonistes sur le territoire, comme c'est le cas, d'une manière générale pour l'ensemble des praticiens de santé.

Les délais importants (plus de 6 mois) sont très élevés dans les bassins d'exercice intermédiaires (61%), sous-dotés (69%) et très sous-dotés (46%) et inversement les délais sont plus courts dans les bassins très dotés (tableau 2).

Ce constat est plus marqué encore en fonction du bassin ressenti. En effet 88% des orthophonistes enquêtés déclarant exercer dans un bassin supposé très sous-doté ont des listes d'attente de plus de 6 mois et 46% des orthophonistes enquêtés déclarant exercer dans un bassin sur-doté ont des listes d'attente de moins d'un mois (tableau 3).

**Tableau 2 : Délai moyen pour effectuer un bilan par bassin réel (officiel)**

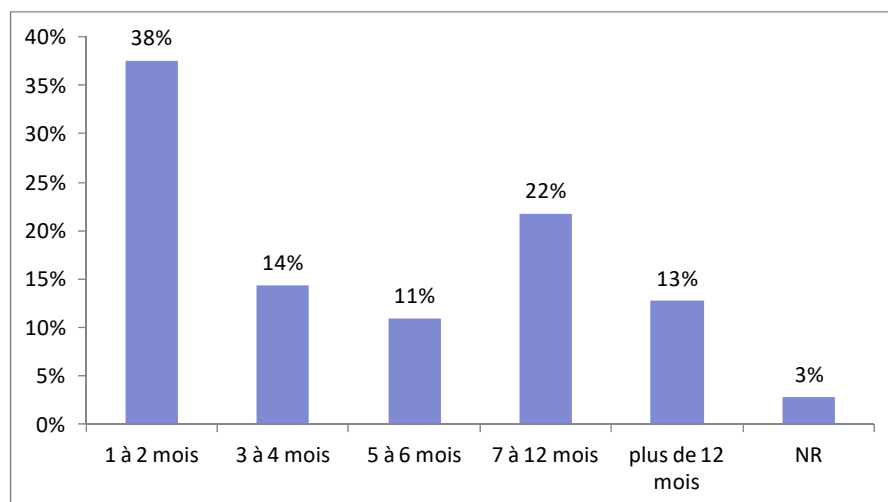
Délai moyen pour effectuer un bilan	Bassin officiel					Total
	Très sous doté	Sous-doté	Intermédiaire	Très doté	Sur-doté	
1 à 3 semaines	0%	15%	7%	16%	14%	12%
1 mois	8%	0%	3%	11%	21%	12%
2 mois	15%	8%	7%	21%	11%	12%
3 mois	8%	0%	8%	9%	15%	11%
4 à 6 mois	23%	8%	13%	19%	16%	16%
plus de 6 mois	46%	69%	61%	25%	22%	37%
Total général	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Tableau 3 : Délai moyen pour effectuer un bilan par bassin supposé/ ressenti**

Délai moyen pour effectuer un bilan	Bassin supposé					
	Très sous doté	Sous doté	Intermédiaire	Très doté	Sur-doté	Total
1 à 3 semaines	0%	2%	7%	25%	46%	11%
1 mois	4%	2%	6%	33%	42%	13%
2 mois	0%	7%	17%	18%	8%	11%
3 mois	0%	10%	22%	10%	0%	11%
4 à 6 mois	8%	18%	25%	12%	0%	15%
plus de 6 mois	88%	61%	22%	2%	4%	38%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

### 2.8.2. Délai de rendez-vous pour une prise en charge

Les délais pour un 1<sup>er</sup> rendez-vous de prise en charge hors urgence sont globalement les mêmes que pour les bilans et restent importants sur la région. Un peu moins de 50% des orthophonistes enquêtés déclarent un délai d'attente de plus de 4 mois et 35% un délai de plus de 6 mois. La moitié des premiers rendez-vous de prise en charge sont calés avant 4 mois.

**Figure 13 : Délai pour un premier rendez-vous de prise en charge**

Les délais pour un 1<sup>er</sup> rendez-vous de prise en charge sont également très diversifiés en fonction des zones d'exercice et des zones ressenties. Ainsi 82% des orthophonistes enquêtés déclarant exercer dans une zone supposée très sous dotée ont des délais moyen d'attente pour un premier rendez-vous de 7 mois et plus (56% de plus de 12 mois). Ces taux sont également élevés chez les orthophonistes déclarant exercer dans un bassin sous doté (59% déclarent un délai de 7 mois et plus). A contrario, 88% des orthophonistes enquêtés déclarant exercer dans une zone sur-dotée ont des délais moyens d'attente pour un premier rendez-vous de 1 ou 2 mois (tableau 4).

La différence de la répartition des délais par bassin d'exercice réel (tableau 4) et par bassin supposé (tableau 5) est notable et souligne la problématique existante dans la définition des BVPTC.

**Tableau 4 : Délai moyen pour un 1<sup>er</sup> rendez-vous de prise en charge par bassin réel (officiel)**

Délai moyen de prise en charge (1er RDV)	Bassin officiel					
	Très sous doté	Sous-doté	Intermédiaire	Très doté	Sur-doté	Total
1 à 2 mois	33%	38%	21%	48%	48%	39%
3 à 4 mois	8%	0%	8%	16%	21%	15%
5 à 6 mois	25%	0%	11%	11%	11%	11%
7 à 12 mois	25%	31%	32%	21%	15%	22%
plus de 12 mois	8%	31%	28%	4%	5%	13%
Total général	100%	100%	100%	100%	100%	100%

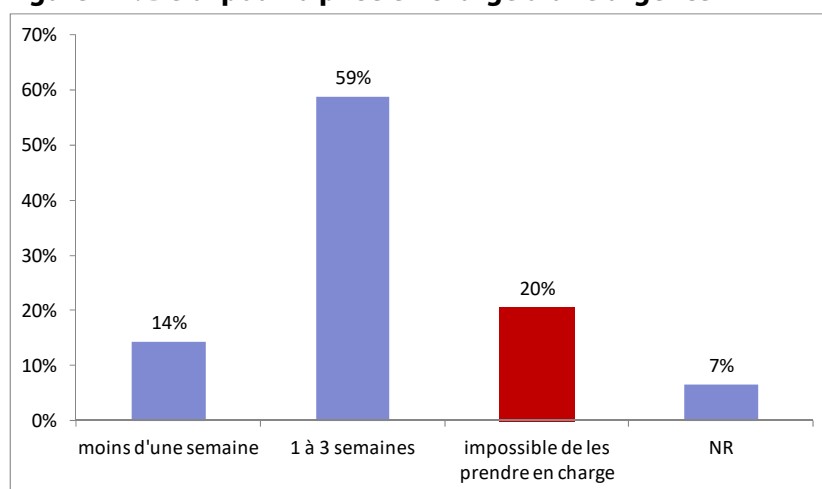
**Tableau 5 : Délai moyen pour un 1<sup>er</sup> rendez-vous de prise en charge par bassin supposé**

Délai moyen de prise en charge (1er RDV)	Très sous doté	Sous doté	Intermédiaire	Très doté	Sur doté	Total
1 à 2 mois	10%	17%	39%	70%	88%	39%
3 à 4 mois	0%	12%	23%	21%	4%	14%
5 à 6 mois	8%	13%	18%	5%	4%	11%
7 à 12 mois	26%	42%	19%	4%	4%	22%
plus de 12 mois	56%	17%	3%	0%	0%	14%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

### 2.8.3. Délai de rendez-vous pour une urgence

Concernant la prise en charge des urgences (définie par le fait qu'une prise en charge tardive aurait des conséquences importantes sur le handicap du patient), 14% des orthophonistes enquêtés déclarent pouvoir prendre des patients dans la semaine et 59% entre 1 et 3 semaines. Environ 20% des orthophonistes enquêtés ne peuvent pas prendre en charge de patients en urgence.

**Figure 14 : Délai pour la prise en charge d'une urgence**



A l'exception des bassins sur dotés, le pourcentage d'orthophonistes déclarant de pas pouvoir prendre en charge des patients en urgence s'élève aux alentours de 30% (tableau 6). Il existe moins de disparités entre les différents bassins et entre bassins officiels et bassins supposés concernant la prise en charge des urgences, ce qui sous-tend que lorsqu'il existe une urgence, les orthophonistes s'arrangent pour prendre le patient, quelle que soit la dotation du bassin et les difficultés des nouvelles prises en charge.

**Tableau 6 : Délai moyen pour une prise en charge en urgence par bassin réel (officiel)**

Délai urgence	Bassin officiel					
	Très sous doté	Sous doté	Intermédiaire	Très doté	Sur-doté	Total
mois d'une semaine	8%	18%	13%	13%	18%	15%
1 à 3 semaines	62%	55%	61%	57%	67%	63%
impossible de les prendre en charge	31%	27%	26%	30%	15%	22%
Total général	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Tableau 7 : Délai moyen pour une prise en charge en urgence par bassin supposé**

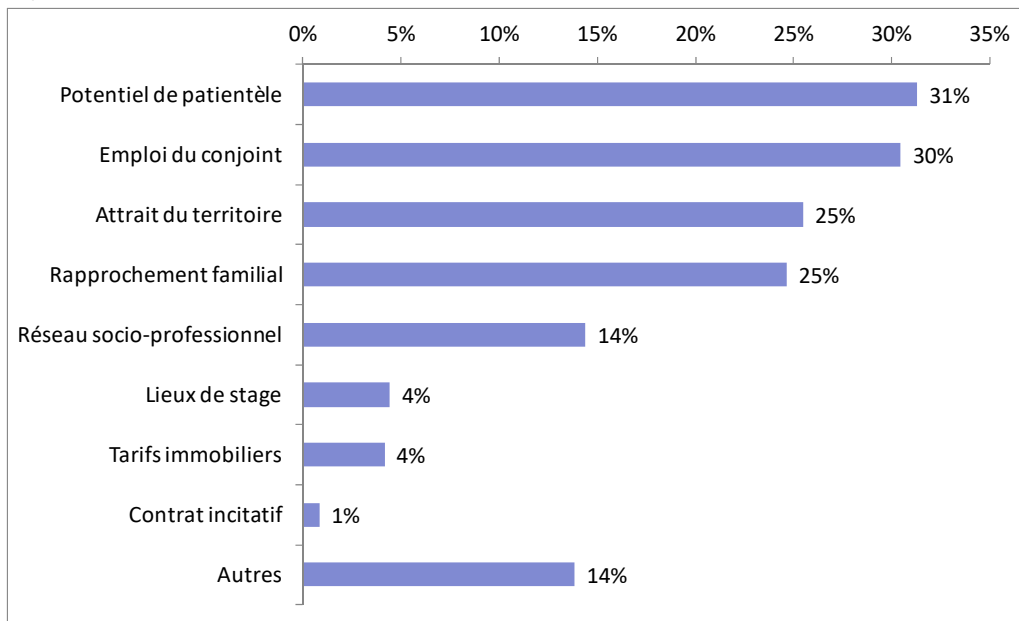
Délai urgence	Bassin supposé					
	Très sous doté	Sous doté	Intermédiaire	Très doté	Sur-doté	Total
mois d'une semaine	4%	11%	17%	17%	48%	15%
1 à 3 semaines	59%	60%	59%	70%	48%	61%
impossible de les prendre en charge	37%	28%	24%	13%	4%	23%
Total général	100%	100%	100%	100%	100%	100%

#### 2.8.4. Le territoire d'exercice

A la question « *Pouvez vous donner la ou les raisons qui vous ont conduit à exercer dans votre localité actuelle ? (Plusieurs réponses possibles)* », 31% des orthophonistes enquêtés ont mentionné le potentiel de patientèle, 30% l'emploi du conjoint, 25% l'attrait du territoire et 25% le rapprochement familial (figure 15). Sur l'ensemble des répondants, 4 seulement (soit 1% des répondants) ont cité le contrat incitatif, tous travaillant en zone très sous dotée.



**Figure 15 : Les raisons incitatives à l'installation sur le territoire**



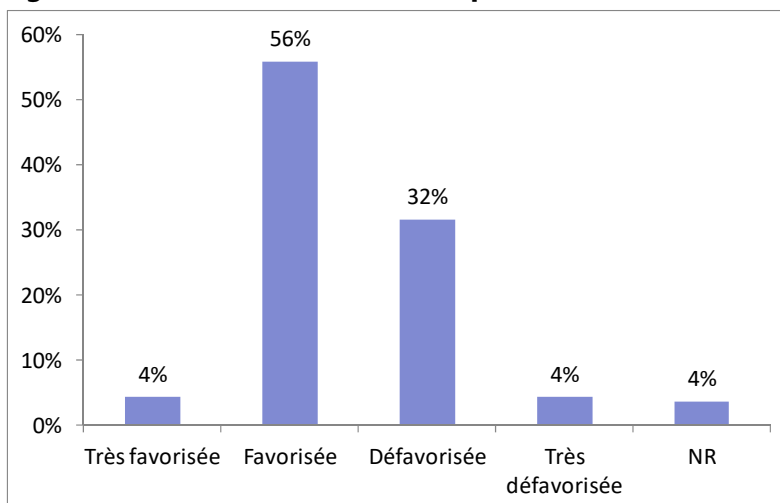
Sur l'ensemble des orthophonistes enquêtés, 63% disent ne pas avoir envie de changer de lieu de travail avant la retraite.

La décision de quitter le territoire est majoritairement guidée par des raisons personnelles. Parmi ces raisons, l'emploi du conjoint, les projets personnels et familiaux et l'attrait pour un territoire sont les réponses les plus fréquemment citées.

On remarque que les opportunités professionnelles (créer son cabinet, s'associer) et le prix de l'immobilier sont les motifs professionnels les plus cités.

Concernant la situation socio-économique du territoire, 60% des orthophonistes enquêtés ont déclaré exercer sur un territoire favorisé voire très favorisé (figure 16).

**Figure 16 : Situation socio-économique du territoire estimée**



Environ 4% des orthophonistes déclarent exercer dans une zone très défavorisée. Parmi ces derniers 50% disent exercer en zone sous dotée.

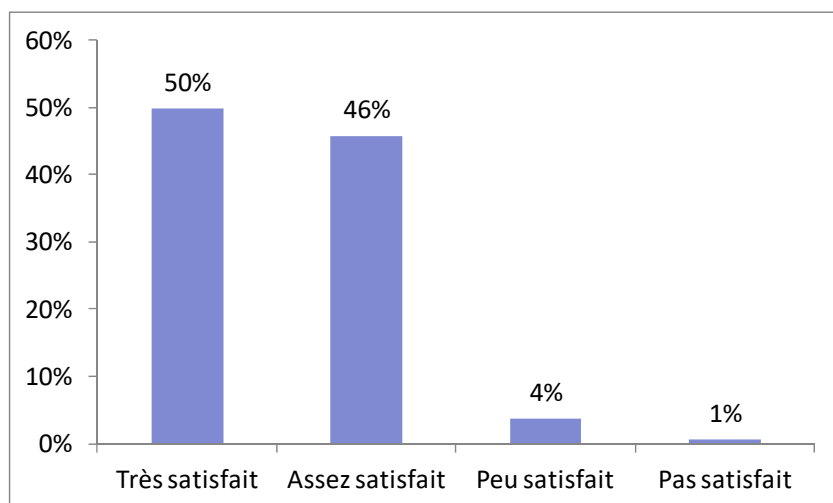
Enfin, environ 70% des orthophonistes enquêtés estiment que leur cabinet est bien desservi par les transports en commun, 17% insuffisamment et 14% pas du tout. Parmi ces derniers 76% travaillent en zone rurale.

### 2.8.5. Le sentiment de satisfaction professionnelle

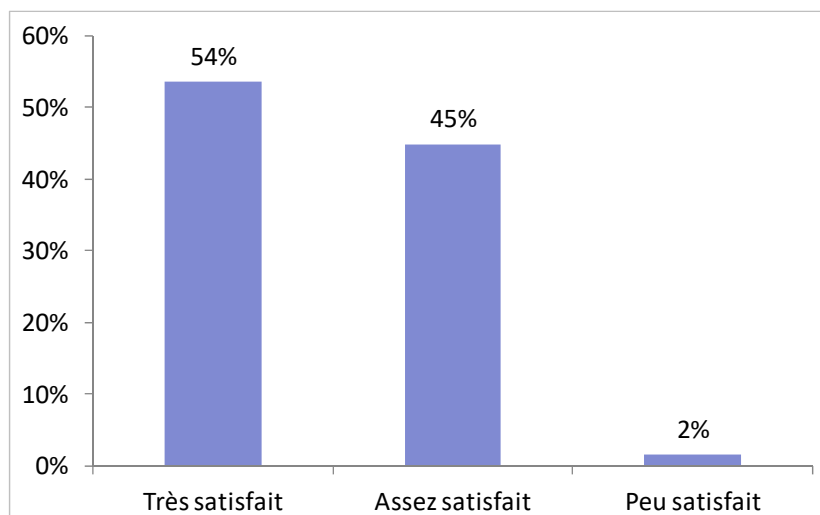
Globalement les orthophonistes se déclarent satisfaits de leur métier et de leurs conditions d'exercice.

Sur l'ensemble des répondants 96% se déclarent assez satisfaits, voire très satisfaits de leurs conditions matérielles à savoir de leur cabinet, de leur lieu de travail (figure 17) et 98% maintiennent des relations satisfaisantes et très satisfaisantes avec leur patientèle (figure 18).

**Figure 17 : Satisfaction par rapport aux conditions matérielles (cabinet, lieu)**

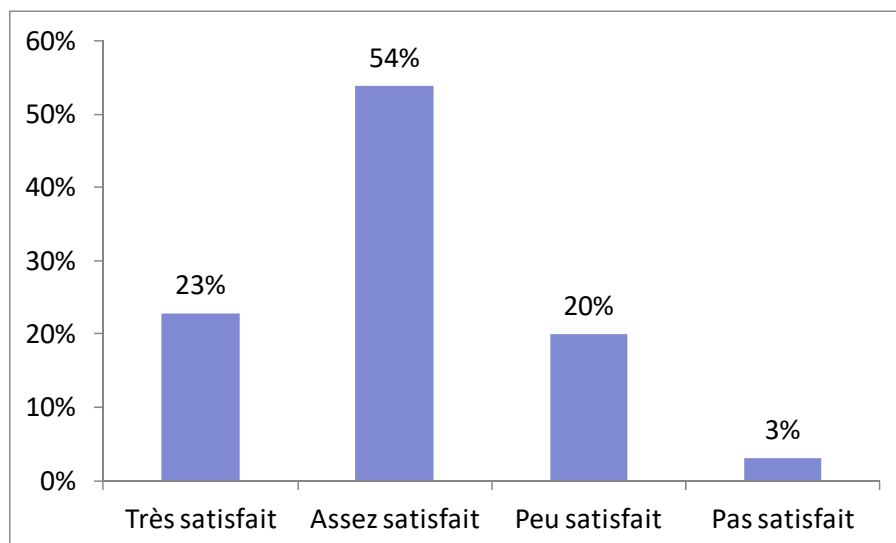


**Figure 18 : Satisfaction par rapport à la relation avec la patientèle**



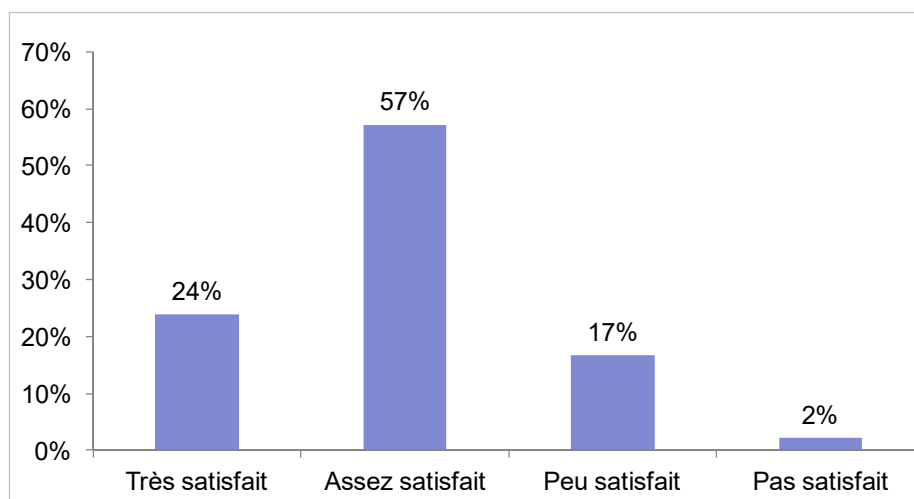
La satisfaction concernant la charge de travail est plus partagée. Si la grande majorité (77%) des orthophonistes enquêtés déclarent être satisfaits de leur charge de travail, 20% des orthophonistes se déclarent peu satisfaits et 3% pas satisfaits du tout (figure 19). Parmi ces derniers tous déclarent exercer dans une zone sous dotée et très sous dotée.

**Figure 19 : Satisfaction par rapport à la charge de travail**



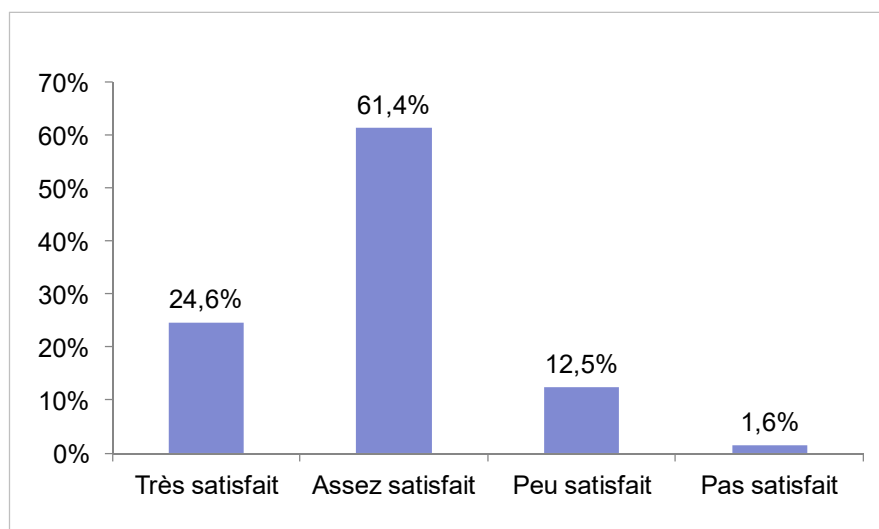
Il en est de même pour la satisfaction liée au rythme de travail. La grande majorité des orthophonistes sont plutôt satisfaits (81%) mais 17% des orthophonistes se déclarent peu satisfaits par rapport au rythme de travail et 2% pas satisfaits du tout (figure 20). Ce sont globalement les mêmes qui ont déclaré ne pas être satisfaits de leur charge de travail et qui se situent en zone sous dotée et très sous dotée.

**Figure 20 : Satisfaction par rapport au rythme de travail**



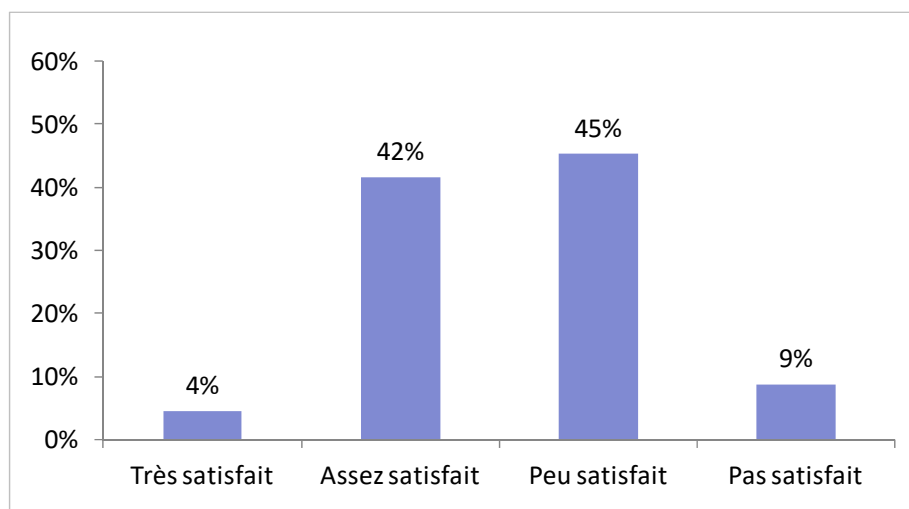
Enfin, 86% des orthophonistes enquêtés déclarent être satisfaits quant aux relations avec les partenaires locaux. Moins de 2% se déclarent « pas satisfaits du tout » (figure 21).

**Figure 21 : Satisfaction par rapport aux relations avec les professionnels locaux**



La satisfaction par rapport à la rémunération est plus répartie (figure 22) : 46% des orthophonistes enquêtés se déclarent satisfaits (4% très satisfaits) et 54% se déclarent peu ou pas satisfaits (9% pas satisfaits). Il n'existe pas de corrélation significative de cet indicateur avec le bassin d'exercice ou la tranche d'âge.

**Figure 22 : Satisfaction par rapport à la rémunération**



Si une minorité des répondants décrit les motifs de satisfaction professionnelle, la très grande majorité s'est essentiellement exprimée autour des motifs d'insatisfaction.

### ***Les motifs de satisfaction : le métier, les patients et l'exercice en libéral***

Les répondants, peu nombreux, qui se sont exprimés sur leur satisfaction professionnelle ont déclaré exercer un métier passionnant, utile, varié en termes de pathologies et de patients.

La patientèle est une source de satisfaction pour une partie d'entre eux, celle-ci est alors décrite comme motivée, assidue, respectueuse, variée. Certains ont également souligné leur satisfaction d'exercer en libéral, mode d'exercice leur permettant autonomie et grande liberté d'organisation.

### ***Les motifs d'insatisfaction : la rémunération, une charge de travail jugée trop importante, des délais de prise en charge trop longs***

Les répondants qui se sont exprimés sur les motifs d'insatisfaction estiment tout d'abord que leur niveau de rémunération est faible au regard de leur charge de travail, de leur niveau d'étude et du niveau de rémunération des autres professions paramédicales. Cette faible rémunération est interprétée par certains comme un manque de reconnaissance de leur métier. La quasi-totalité des répondants soulève le problème de la sous-évaluation des bilans orthophoniques, qui n'est pas en adéquation avec le temps de travail nécessaire à sa réalisation (notamment pour le compte-rendu).

L'absence de rémunération du temps de travail consacré aux réunions partenariales est également un motif d'insatisfaction très fréquemment décrit par les répondants. Parmi ces réunions, les équipes pluridisciplinaires sont régulièrement citées. Les orthophonistes soulignent également la faible évolution du niveau de rémunération des actes, au regard des charges qui leur incombent. Enfin le niveau des indemnités de déplacement est également jugé trop faible.

Une large part des répondants estime que leur charge de travail est trop importante, ce qui nuit à leur qualité de vie et à la qualité de leur travail (travail de réflexion, de formation et de préparation des séances). Concernant les liens avec les partenaires, les réunions pédagogiques, les réunions interdisciplinaires, les orthophonistes soulignent majoritairement l'intérêt de ce travail en partenariat pour les prises en charge. Cependant, ils soulignent le temps de travail croissant (non rémunéré) qu'ils y consacrent, parfois au détriment des séances de rééducation orthophoniques. Dans les zones jugées sous dotées, les praticiens se disent en difficulté pour concilier séances de rééducation et partenariat.

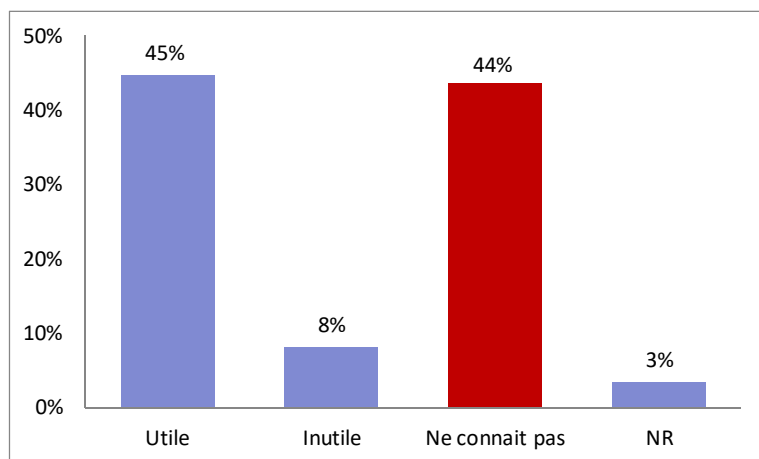
Pour les praticiens estimant exercer en zone sous dotée et très sous dotée, le fait de ne pas pouvoir répondre à la demande de soins de la population entraîne frustration et parfois stress, frustration de ne pouvoir répondre aux besoins de soins de la population du territoire, frustration également de constater que les troubles s'ancrent faute de prise en charge précoce et rapide.

Parmi, les autres motifs d'insatisfaction, l'immobilier (manque de locaux disponibles et adaptés et prix prohibitif notamment dans la zone frontalière de la Suisse) a été régulièrement cité. La durée des séances a également été souvent citée. Contrairement à ce qui est prévu dans la nomenclature, quelques praticiens souhaiteraient en effet pouvoir moduler la durée des séances de rééducation en fonction de la pathologie et du patient et proposer des séances de 45 minutes voire une heure.

## 2.8.6. Les enjeux des zones sous dotées

Parmi les orthophonistes enquêtés, 44% ne connaissent pas le contrat incitatif (figure 23). Parmi ceux qui connaissent ce contrat, 85% le jugent utile et 15% inutile.

**Figure 23 : Utilité du contrat incitatif dans les zones sous dotées**



Si 48% des orthophonistes enquêtés, exerçant officiellement dans un bassin très sous doté, jugent le contrat incitatif utile pour l'installation des orthophonistes en zone sous dotée, 32% ne connaissent cependant pas cette mesure. Il en est de même pour les orthophonistes exerçant officiellement dans un bassin sous doté. Environ 42% de ces orthophonistes jugent le contrat utile mais 41% ne le connaissent pas.

Les réponses sont variables en fonction des bassins d'exercice mais sans qu'il y ait de véritable corrélation (tableau 8).

**Tableau 8 : L'opinion sur l'utilité du contrat incitatif dans les zones sous dotées selon le bassin officiel d'exercice**

	Bassin officiel				
	Très sous doté	Sous doté	Intermédiaire	très doté	Sur doté
Utile	48%	42%	40%	48%	54%
Inutile	18%	13%	5%	5%	4%
Ne connaît pas	32%	41%	51%	47%	33%
NR	2%	4%	4%	1%	8%
Total général	100%	100%	100%	100%	100%

### Parmi les arguments en faveur du contrat incitatif on retrouve :

- la nécessité d'une mesure pour favoriser les installations dans les zones peu attractives. Cette aide est envisagée comme une incitation et parfois une compensation (par rapport à l'installation dans une zone plus attractive).
- La nécessité d'améliorer l'accès aux soins d'orthophonie dans les zones sous dotées par une meilleure répartition des orthophonistes sur le territoire à été également largement citée dans le questionnaire.

- Enfin les orthophonistes ayant décrit des arguments en faveur du contrat incitatif ont également mentionné l'importance de convaincre les jeunes praticiens ou des praticiens n'ayant pas de projet précis concernant leur territoire d'installation.

Ces arguments en faveur du contrat incitatif sont toutefois modérés par des interrogations autour de la pertinence du zonage.

### **Les arguments en défaveur du contrat incitatif**

Parmi les orthophonistes jugeant le contrat incitatif inutile voici les principaux arguments développés :

- L'absence d'impact sur le choix du lieu d'installation. Ils estiment que le choix d'installation se fait essentiellement en fonction de critères personnels et familiaux (emploi du conjoint, qualité de vie). L'aide financière ne permet pas de faire pencher la balance pour une zone sous dotée, encore moins en zone rurale si la personne n'en est pas originaire.
- La remise en question de la pertinence d'une aide financière :
  - Inutile dans des zones où tout nouveau cabinet aura très rapidement un niveau d'activité important
  - Injuste pour ceux qui sont déjà installés sans aide
  - En contradiction avec le principe de libre choix d'installation
- L'insuffisance du montant de l'aide financière : il n'y a pas d'allègement des charges administratives, pas d'aide pas à la recherche de locaux adéquats, et l'exercice en zone sous dotée en professionnels de santé et le contrat incitatif ne ciblent pas les zones prioritaires (problème de définition et zonage)
- L'inefficacité de la mesure à moyen et long terme : le problème ne serait pas tant de s'installer que de rester dans la zone sous dotée.
- La méconnaissance de la mesure par les praticiens : la mesure n'est pas assez connue des praticiens





# RESULTATS DE L'ENQUETE QUALITATIVE



# 1. DEVENIR ORTHOPHONISTE LIBERAL

Devenir orthophoniste, orthophoniste libéral et s'installer sur un territoire, exercer seul ou en groupe recouvre toute une palette de choix possibles, qui s'entrecroisent avec les affinités personnelles, les rencontres, le réseau familial et social.

## 1.1. Des motivations différentes

Les entretiens ont débuté par un questionnement autour des motivations à devenir orthophoniste : il s'agissait de comprendre pour quelles raisons les interviewés avaient été attirés par ce métier. Globalement, les réponses font émerger quatre thématiques principales, qui parfois s'entrecroisent à l'échelle des individus. Ces motivations ont constitué le ressort principal pour se diriger vers des études d'orthophonie.

Le métier d'orthophoniste ne fait pas partie des métiers « classiques » repérés dès l'enfance, comme « institutrice », « médecin », « gendarme », etc... C'est ainsi souvent un métier que les jeunes découvrent à la fin du collège ou au lycée, voire parfois au cours d'études supérieures entamées dans une autre filière :

*« J'ai découvert ce métier dans un forum des métiers, quand j'étais en troisième... J'ai eu un bon contact avec l'intervenante et je me suis dit : c'est ça que je veux faire. Ensuite, j'ai fait des stages quand j'étais au lycée. »*

*« Je ne connaissais pas en terminale littéraire. Puis, j'ai été en hypokhâgne et khâgne [...] je suis rentrée en licence de philo, et en fin de maîtrise, je me suis dit que je ne voulais pas aller vers l'enseignement... Ma mère était infirmière dans un service ORL, et c'est comme ça que j'ai découvert ce métier... »*

C'est enfin quelquefois au sein du réseau familial, social, que cette profession est découverte, au gré de certaines rencontres, la curiosité pour cette profession pouvant alors être éveillée, quelquefois après être entré dans la vie active :

*« Ma grande sœur est institutrice. Elle m'a dit qu'elle aurait aimé faire ça... J'ai fait d'abord un autre métier, et puis j'ai rencontré des orthophonistes... »*

Si on creuse plus avant les motivations des personnes interviewées, on relève certains centres d'intérêts ou affinités spécifiques qui vont contribuer à orienter le jeune vers ce métier, au-delà des rencontres qui peuvent avoir lieu à l'adolescence.

### 1.1.1. L'enseignement, la recherche, en lien avec le langage

Pour une partie des interviewés, l'intérêt pour le langage, la communication, a constitué une motivation forte à s'orienter vers l'orthophonie. On trouve parmi ces personnes d'anciens « littéraires », qui avaient un goût marqué pour l'analyse de la langue.... Certains ont quelque peu hésité avec l'enseignement voire, la recherche, qui leur aurait également permis d'avoir comme matériau de travail la langue, mais, elles et ils, ont finalement opté pour l'orthophonie, étant donné la forme d'intervention que ce métier permet, qui apporte une aide ciblée, dans une relation individuelle :

*« J'ai toujours été passionnée par la lecture, l'orthographe, le langage, et j'avais envie de travailler avec des gens en face de moi... J'ai hésité avec l'enseignement... Mais dans l'orthophonie, il y a plus d'investissement personnel : on apprend plus de choses à une personne qu'à trente. »*

*« J'ai choisi ce métier pour travailler sur la communication et aussi l'aide à la personne. Mais J'ai hésité avec la recherche en linguistique. »*

Plusieurs avaient donc hésité, un temps, avec l'enseignement ou la recherche, mais c'est finalement la dimension individuelle qui l'a emporté sur l'intérêt de la transmission dans le cadre d'intervention face à un groupe.

### 1.1.2. Le soin, la santé, l'aide à la personne, aux enfants

Une autre partie des interviewés déclare avoir été, d'abord, attirée par les métiers en lien avec la santé, le soin et parfois plus précisément le soin aux enfants. Quelques personnes ont essayé une première année en faculté de médecine, même si de facto, elles n'avaient pas toujours un goût marqué pour cette profession. D'autres avaient envisagé la faculté de psychologie. Finalement, les spécificités du métier d'orthophoniste, où l'on retrouve la possibilité de travailler dans le soin, avec des enfants, et les possibilités réelles d'emploi à la fin des études ont créé une accroche forte chez ces personnes :

*« J'étais aussi attirée par le soin, la psycho... Mais en psycho, il y avait peu de débouchés... »*

*« J'ai commencé par médecine : je voulais travailler dans le soin à autrui... Je n'ai pas réussi la première année... Alors j'ai choisi une autre voie... J'étais aussi intéressée par ce qui est littéraire, et dans orthophoniste il y avait aussi ce côté médical... Et orthophoniste cela permettait aussi de travailler avec les enfants. »*

*« Au départ, je voulais aller en psycho... Mais j'ai vu une affiche, et je me suis renseigné... Je voulais être dans les soins... J'avais essayé de faire médecine, et puis j'aimais bien la linguistique... »*

*« Je voulais m'occuper essentiellement des enfants, travailler en paramédical... »*

Même si les motivations s'entrecroisent chez les personnes interviewées, il semble néanmoins que certains aient d'abord plutôt été intéressés par la dimension du « langage » et d'autres d'abord par celle du « soin », de la santé.

## 1.2. Représentations sur le parcours d'études

La plupart des personnes interviewées, jugent plutôt positivement leur formation en orthophonie. Elles estiment que les études sont denses et complètes. Quelques unes ont néanmoins souligné que les études sont peut-être un peu trop théoriques et qu'elles n'offrent pas suffisamment d'opportunités pour se confronter à la réalité des patients, de leurs pathologies, troubles du langage.

Notons également que plusieurs des interviewés considèrent qu'il n'est pas normal que la profession soit reconnue comme un bac +4 (Master 1) alors que les études durent actuellement 5 ans. Ces personnes estiment que les études d'orthophonie devraient pouvoir s'articuler selon le modèle actuellement en vigueur en Europe (Licence-Master-Doctorat), qui au-delà de la reconnaissance d'un niveau de Master 2 (Bac + 5), permettrait de développer une recherche universitaire propre.

On note aussi que interviewés estiment que la formation d'orthophoniste prépare peu les futurs professionnels à l'exercice en libéral. Les contraintes et obligations de gestion et d'administration sont peu abordées et les jeunes qui s'installent ne se sentent pas toujours suffisamment préparés pour démarrer leur carrière en tant que libéraux.

Enfin, plusieurs interviewés ont exprimé leur désaccord avec l'actuel numérus clausus, qui fait que le concours d'entrée aux écoles d'orthophonistes est extrêmement sélectif. Pour ces personnes, c'est ce numérus clausus très restrictif qui explique d'une part les phénomènes de sous dotation de certains territoires, les orthophonistes n'étant pas assez nombreux pour répondre aux besoins, et d'autre part le fait que certains jeunes aillent étudier en Belgique ou en Suisse. Cette limitation leur semble inadaptée aux besoins réels de la population.

Ce sentiment n'est toutefois pas partagé par tous les interviewés : d'autres estiment ainsi que les véritables pathologies et troubles du langage sont restées stables au fil du temps. Leur incidence reste la même et le numérus clausus est par conséquent toujours adapté aux besoins. S'il y a une distorsion apparente entre besoins et nombre d'orthophonistes cela serait dû au fait que les orthophonistes accepteraient d'intervenir sur des champs qui relèvent davantage, d'après eux, de l'éducation scolaire que du soin (notamment en ce qui concerne la rééducation logico-mathématique).

### 1.3. Choisir de travailler en établissement, en libéral ou en « mixte »

#### 1.3.1. Travailler en libéral ou en établissement : la question de la différence de rémunération est centrale

Si l'on compare les arguments des orthophonistes à ceux d'autres professionnels de santé<sup>6</sup> on retrouve un peu moins fortement le goût affiché pour « être libre » ou la volonté d'échapper aux « contraintes hiérarchiques ».

Ainsi, plusieurs des orthophonistes interviewés ont un exercice mixte, avec une prédominance toutefois de l'activité en libéral. L'activité salariée en établissement présente deux intérêts majeurs selon ces personnes : le premier est lié au contenu même du travail. En tant que salarié, il est fréquent de travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire, et le fait de travailler en établissement implique parfois une pratique plus « pointue », notamment lorsque les patients sont des personnes souffrant de pathologies lourdes. Par ailleurs, le salariat implique aussi que les activités de gestion, d'administration soient entièrement dévolues aux établissements employeurs. Dans ce sens le salariat offre un certain confort de travail qui permet aux orthophonistes de se centrer sur le soin.

Un confort qui peut être très rassurant notamment, en début de carrière, pour les orthophonistes qui redoutent de devoir travailler seuls alors qu'ils sont encore inexpérimentés, aussi bien en ce qui concerne la réalité des prises en charge des patients qu'en ce qui concerne la gestion d'un cabinet :

*« Au départ, je voulais travailler en salariat par manque d'assurance. »*

*« Je ne voulais pas commencer toute seule, je ne voulais pas m'installer. Et puis c'est parce que j'ai entendu beaucoup de fois, que commencer par un exercice libéral, c'est beaucoup de papier, qu'on est pas toujours bien aiguillé, et que ça me mettait en confiance de commencer avec des personnes qui exerçaient depuis des années pour éventuellement avoir des petites astuces... Au départ, c'est vraiment très compliqué, et puis on nous en parle vraiment très brièvement en 4<sup>ème</sup> année, à l'école d'orthophonie, mais ça représente pas du tout ce à quoi on est confronté au début... Enfin c'est beaucoup de stress au début, on va dire... » O3*

Reste que, d'après l'ensemble des personnes interviewées, malgré l'intérêt que peut présenter le contenu du travail en établissement, les revenus y sont fortement inférieurs à ce qu'ils sont en exercice libéral, pour un volume de travail, face au patient, égal.

Cet élément a été largement souligné, et semble être, dans plusieurs cas, la motivation essentielle à réaliser la majeure partie de son activité en libéral :

---

<sup>6</sup> Etudes réalisées par l'ORS Rhône-Alpes sur les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers (<http://www.ors-rhone-alpes.org/publications.asp?case=1>)

*« Je pense que je perds de l'argent, car si je prenais des patients à ce moment-là au cabinet, je gagnerais plus. L'intérêt [de l'exercice en établissement] c'est l'exercice de pointe, on va dire, l'exercice au sein d'une équipe : l'hôpital, les cas urgents, les décisions collectives, oui voilà, c'est vraiment le travail de groupe. Et également, les horaires et le statut de salarié. C'est-à-dire que quand je pars de l'hôpital, il peut y avoir un dégât des eaux dans l'hôpital, ce n'est pas moi qui m'en occuperai ! Alors qu'au cabinet il faut quand même toujours être là au cas où... Ça, c'est assez confortable. Et d'ailleurs, si je pouvais gagner ma vie aussi bien à l'hôpital qu'en cabinet, je pense que je chercherais un poste à temps complet. »*

Plusieurs ont néanmoins souligné que si le travail en établissement est souvent plus « pointu », spécialisé sur certaines pathologies ou types de patients, l'exercice en libéral est à l'inverse plus facilement polyvalent, avec un rapport différent aux patients et à leurs familles, qui sont côtoyées de manière plus proche en libéral :

*« En 2010 j'ai cherché pour pouvoir faire du libéral. La question financière était toujours là : pouvoir vraiment garder le salariat parce que c'est quelque chose qui me tient à cœur dans le fonctionnement et puis dans les valeurs, à la fois de travail et de façons de faire, du public aussi qu'on accueille. Mais je voulais aussi faire du libéral pour m'en sortir financièrement... Mais aussi, faire du libéral c'est aussi pas forcément très facile, donc la collaboration, c'était vraiment un moyen de pouvoir associer les deux. Et après à partir de 2010, ça a été vraiment une richesse de pouvoir avoir ces deux façons de fonctionner. (...) notamment pouvoir plus rencontrer de familles en libéral qu'en salariat. »*

Ainsi, pour plusieurs des personnes rencontrées l'exercice mixte constitue un idéal qui permet de concilier à la fois une pratique très spécialisée avec une pratique polyvalente, tout en maintenant un niveau de revenu jugé satisfaisant. Mais cet idéal n'est pas accessible à tous selon le mode de vie de chacun, mais aussi son territoire d'exercice. Ainsi, pour certains des orthophonistes interviewés, la rémunération en tant que salarié implique trop de sacrifices, même si l'intérêt du travail est fort :

*« Dans l'absolu la pratique qui me plairait vraiment c'est d'être en mixte, parce que j'ai beaucoup aimé. [...] La période où j'étais dans le centre, c'était vraiment très intéressant, mais la raison pour laquelle j'ai arrêté, c'est qu'on n'en vit pas, quoi ! J'étais à mi-temps à 700 euros : c'est pas possible ! Sachant que 700 euros c'est la somme que je gagne même pas en une semaine dans un cabinet. [...] Ce à quoi j'aspirais, c'est vraiment le côté varié d'être d'un côté en salarié et de l'autre côté en libéral. »*

*« Dès le départ, j'ai eu envie de faire du mixte. Mon père qui est médecin généraliste, m'a déconseillé le mixte, parce que c'est des horaires de dingues : pour compenser le salariat, il faut sur-travailler en libéral... Maintenant, j'aimerais bien travailler en structure, sur l'autisme. »*

On notera également que dans certaines zones rurales, les opportunités de travailler en établissement sont plus rares qu'en zones urbaines ou périurbaines : l'exercice en libéral « pur » est donc, de fait, presque une obligation sur certains territoires.

### 1.3.2. En établissement : un rythme de travail qui ne convient pas à tous

Si la question du poids de la hiérarchie n'a été que très rarement évoquée dans les entretiens, en ce qui concerne l'activité en salariat et en établissement, en revanche, quelques personnes ont souligné que l'organisation du travail en établissement ne leur convenait pas. Au-delà de la question de la rémunération, les modes et les rythmes de travail apparaissent comme trop lents, peu efficaces, dans les expériences de certains :

*« En salariat, j'avais l'impression de me tourner un peu les pouces ! ...] Je me rappelle qu'il y avait des demandes, mais on ne prenait pas tout de suite, fallait qu'on en parle en réunion, que ça discute, que l'on voie si c'était prioritaire... J'avais l'impression, comme il avait une réunion par semaine, de passer mon temps à attendre... Par rapport au libéral où il y a de la demande tout le temps ! Donc ça ne me convenait pas trop, je n'aime pas trop me tourner les pouces. »*

*« J'ai fait un remplacement au CMPP, pour un congé maternité, j'ai cru mourir d'ennui ! Des séances prévues pour ¾ d'heure, plus un quart d'heure de repos entre chaque, avec plein de gens qui ne venaient pas, beaucoup d'absentéisme.... »*

Ce problème de temporalité des prises en charge n'est jamais évoqué pour l'exercice libéral, où les séances peuvent se succéder à un rythme soutenu... Exception faite des zones sur dotées où l'abondance de cabinets d'orthophonie fait que les praticiens n'arrivent pas toujours à prendre en charge autant de patients qu'ils le pourraient.

## 2. LE CHOIX DU TERRITOIRE D'INSTALLATION

Les orthophonistes interviewés, majoritairement des femmes, à l'image de la population générale des orthophonistes en France, ont très largement choisi leur territoire d'exercice en fonction de leurs attaches et contraintes familiales.

Le potentiel de clientèle du territoire est également un élément important, mais il semble n'arriver qu'en second lieu, et est de toute façon couplé avec un goût, ou certaines formes d'affinités avec le territoire.

On notera que les hommes interviewés ont un peu plus mis en avant la question du potentiel de clientèle du territoire en matière de choix du territoire d'exercice.

On repère globalement que le rural est perçu comme présentant un potentiel de clientèle fort, mais que cet atout peut être largement contrebalancé par ce que le rural peut impliquer en termes de contraintes dans l'organisation familiale, domestique.



## 2.1. La proximité avec les enfants, les parents

Pour de nombreuses femmes, la proximité du lieu d'exercice professionnel avec le domicile et les lieux de vie des enfants a constitué une condition essentielle. La possibilité de concilier vie de famille et vie professionnelle a été déterminante, quel que soit le lieu où les études ont été effectuées :

*« Je voulais être proche de ma famille, de ma belle-famille. [...] Et j'ai choisi le côté pratique : j'ai acheté le logement par rapport au quotidien des enfants, pour la proximité entre l'habitation et mon lieu de travail, et tout est à côté de l'école des enfants : il fallait que tout soit concentré. »*

On repère que plusieurs de ces femmes, auraient spontanément choisi un type de territoire d'exercice, voire un mode d'exercice, différent de ce qui fait aujourd'hui leur quotidien, auquel elles ont finalement renoncé pour pouvoir plus facilement s'occuper de leur famille, qu'il s'agisse d'enfants ou de parents :

*« Si j'avais pas eu d'enfants, je serai allée dans le rural, mais avec des enfants, c'est trop compliqué. »*

*« J'ai hésité... J'avais travaillé dans les hôpitaux de Paris comme salariée hospitalière, j'étais attirée par la recherche... J'ai aussi travaillé dans un service à Garches, j'avais adoré... Mais je me suis ensuite rapprochée de ma mère malade. »*

## 2.2. Le travail du conjoint

L'emploi du conjoint est un autre paramètre déterminant dans le choix du territoire pour les femmes, qui peut être aussi important que l'organisation domestique par rapport aux enfants :

*« Moi c'est très simple, mon mari étant chef de projet, ingénieur, bref dans l'informatique, il ne peut avoir du travail que dans les grandes villes, donc on a essayé de faire un compromis. Moi je savais que plus j'allais dans la campagne, plus j'aurais du travail, on a fait un compromis entre les deux. »*

On notera que plusieurs des femmes interviewées travaillent à temps partiel, notamment lorsqu'elles ont de jeunes enfants et qu'elles souhaitent s'occuper d'eux le mercredi après-midi notamment. D'autres encore s'organisent pour les chercher en fin de journée ou pour déjeuner avec eux. Comme c'est le cas en population générale, le conjoint des femmes orthophonistes travaille généralement à temps plein, et ce sont les femmes orthophonistes qui ont davantage tendance à ajuster leur organisation professionnelle à la vie familiale.

### 2.3. Un goût pour le territoire

Enfin, quelques personnes évoquent des affinités par rapport à certains territoires qui, couplées à un potentiel de patientèle, ont déterminé le lieu d'installation :

*« Je suis venue m'installer à la campagne, parce que mon papa avait une maison de famille que j'aimais beaucoup et qu'il voulait vendre, et moi j'ai voulu empêcher de la vendre en venant l'habiter. Et de ce fait je me suis installée à [...], parce qu'à l'époque, il y avait absolument aucune orthophoniste. »*

On notera toutefois que ce type de choix apparaît comme minoritaire parmi les personnes que nous avons interviewées.

## 3. LES SPECIFICITES PERÇUES DES TERRITOIRES D'EXERCICE

Les orthophonistes que nous avons interviewés ont pu changer de territoire d'exercice en début de carrière, notamment lorsqu'ils exerçaient en tant que collaborateurs. Néanmoins, une fois installées en tant que titulaires, la plupart des personnes interviewées n'ont pas changé de territoire d'exercice en cours de carrière. Ces personnes n'expriment pas de regrets, aujourd'hui, quant à ce choix (à une exception près) et se déclarent, pour la plupart, globalement satisfaites de leur territoire d'exercice.

Cependant, tous ont un vécu, mais aussi parfois des représentations et perceptions sur les territoires d'exercices, qu'ils soient urbains ou ruraux, qui expliquent pourquoi ils restent en ville, ou en « campagne ».

### 3.1. Les territoires urbains et périurbains : patients très exigeants ou en grandes difficultés

Pour les orthophonistes qui exercent en territoire urbain ou périurbain, ce type de territoire facilite à la fois l'organisation domestique, mais aussi l'accès à un exercice mixte, les établissements étant plus nombreux en zones urbaines, quelle que soit leur nature.

Néanmoins, certains interviewés soulignent que les territoires urbains, voire périurbains, se caractérisent par un rythme de vie effréné qui se répercute sur la famille et les enfants. Les contraintes sont fortes, les

marges de souplesse faibles, notamment du fait qu'en ville, les établissements scolaires laisseraient moins facilement sortir les élèves en journée pour qu'ils se rendent chez les orthophonistes :

*« En ville, les gens ils arrivent, ils vous lâchent le gamin comme un paquet, ils sont pressés, ils ont toujours plein de trucs à faire, ils ne peuvent pas se garer, il n'a pas de nounous, les grands-parents sont loin... On n'a pas ce rapport... Les enseignants sont difficiles pour les horaires, c'est parfois difficile d'avoir du boulot comme on en a envie, alors que là où on est, c'est super confortable ! »*

A ces contraintes logistiques fortes s'ajoutent des phénomènes de concurrence entre orthophonistes, qui peuvent être marqués dans certains quartiers particulièrement bien dotés, et qui pèsent largement sur le rythme de travail et les horaires de travail des orthophonistes :

*« A l'origine mon choix pour ce territoire était relationnel, mais a posteriori, l'aspect concurrentiel s'est vérifié : les filles que je rencontrais en formation et qui travaillaient à Lyon m'expliquaient qu'elles galéraient pour travailler en journée, qu'elles étaient obligées de travailler le soir et entre midi et deux et rien d'autre parce que les enseignants ne voulaient pas laisser les enfants sortir en dehors des heures d'école, et qu'il y avait tellement de collègues autour, que les gens ne prenaient que les gens disponibles hors scolaire, et j'avais pas envie de m'ennuyer avec ça en plus ! »*

*« A aucun moment je n'aurais pensé à exercer en urbain ! Je ne me serais jamais installée à Lyon... A la Croix-Rousse, il y a trop d'orthophonistes, le ratio n'est pas bon : ça crée une mauvaise ambiance. »*

Certains mettent aussi en avant le fait que, dans les quartiers urbains défavorisés, les familles sont parfois peu investies dans le soin et accompagnent peu la prise en charge des enfants, alors que dans les quartiers favorisés, plutôt en centre-ville, c'est parfois l'inverse, les familles étant parfois d'une exigence déplacée, comme si l'orthophonie relevait d'une prestation de service et non d'un soin, en matière de prise en charge :

*« En centre-ville, c'est difficile de travailler avec les familles... [...] les familles sont surinvesties et veulent avoir la mainmise sur nos soins. »*

Dans les quartiers défavorisés, souvent en zones périurbaines, les caractéristiques de la population influent, d'après plusieurs des orthophonistes interviewées, sur le volume et la nature des demandes de prise en charge. Les difficultés socio-économiques de la population s'imbriquent parfois avec les difficultés de langage et les besoins d'accompagnement des familles, des enfants, vont parfois au-delà du soin :

*« On a une forte population étrangère ici : ça joue sur le volume de demandes... Ici, on n'a pas les mêmes demandes que [dans l'ouest lyonnais]. On fait du social mais ça ne me dérange pas. »*

*« Ici [commune de la première couronne de Lyon] les demandes ne cessent d'augmenter aussi parce que la population est de plus en plus défavorisée. Il y a un lien aussi quand même... Moi quand je travaillais en zone sensible... J'aurais pu voir toute la classe! Plus on est en zone sensible, plus les enfants en ont besoin, parce qu'il y a vraiment un manque de tout. C'est-à-dire qu'un enfant qui est à l'aise à l'école en zone sensible, il est limite dans un retard de langage... Tous ces enfants en ont besoin, seulement ils n'ont pas le soutien familial forcément, donc c'est très, très difficile de pratiquer, et on n'est plus tellement ortho, on est beaucoup assistantes sociales, et c'est épuisant parfois... »*

Par ailleurs, le fait qu'une partie des patients, adultes et enfants, vivent dans des environnements allophones (du fait de situations d'immigration) constitue une spécificité forte de certains territoires périurbains, qu'on retrouve beaucoup moins dans les territoires ruraux. Cette dimension linguistique s'ajoute ainsi à certaines difficultés ou troubles du langage, qui peut ajouter une certaine complexité dans les prises en charge :

*« C'est bien parce que c'est assez mixte. Ceci dit, il y a beaucoup d'étrangers, contrairement à ce qu'on pourrait imaginer... A une époque il y avait 30 % d'étrangers. Alors il y a beaucoup de problèmes de bilinguisme, pas mal de cas pas faciles... Et puis socialement, c'est plutôt des gens modestes voire parfois très modestes. »*

Enfin, au-delà des contraintes professionnelles, la vie en ville présente des difficultés propres avec notamment des coûts immobiliers qui peuvent constituer un obstacle à l'achat d'un logement. Le fait de s'éloigner un peu des zones urbaines facilite ainsi certains choix personnels :

*« Je ne voulais pas exercer en ville, c'est compliqué, la qualité de vie est moins bonne. Je voulais vivre en dehors de la ville, dans le semi-rural... Travailler en ville c'est les bouchons, la circulation... Et puis je voulais acheter un logement. »*

### 3.2. Les territoires ruraux, semi-ruraux : une patientèle agréable... Mais la sous dotation est une contrainte forte

Comme chez d'autres professionnels de santé<sup>7</sup>, on repère chez les orthophonistes des représentations globalement très positives concernant la patientèle des zones rurales, qui tranchent avec les descriptions qui sont faites par ailleurs, concernant les publics des zones urbaines favorisées (exigeants et « consuméristes » parfois) ou des zones urbaines défavorisées (en difficultés économiques et sociales, et linguistiques parfois). Les patientèles rurales sont ainsi décrites comme respectant davantage les

---

<sup>7</sup> Etudes réalisées par l'ORS Rhône-Alpes sur les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers (<http://www.ors-rhone-alpes.org/publications.asp?case=1>)

praticiens, les conditions et modes de prises en charge. Ces patients seraient en général plus ponctuels et respectueux des rendez-vous, avec en sus, une variété de besoins qui favorisent une forte polyvalence :

*« C'est un peu comme un médecin de campagne : c'est-à-dire qu'on touche à toute la population, et à tous les âges, et à toutes les pathologies. Et du coup moi je trouve ça super parce qu'on soigne les enfants, les parents, les grands parents, l'institutrice, et tout le monde quoi ! »*

*« Ici, il y a une grande diversité des patients. »*

La polyvalence de l'exercice en zones rurales est cependant parfois extrême, du fait de la rareté d'établissements spécialisés. Des patients qui en ville seraient pris en charge dans un établissement, pour des soins très spécifiques et ciblés, doivent, en rural se tourner vers les orthophonistes libéraux... Qui, dans les zones sous dotées ne peuvent pas toujours les prendre. Plusieurs orthophonistes ont ainsi souligné que des patients lourds restent parfois sans soins, les files actives des orthophonistes et des établissements étant souvent saturées :

*« En rural, l'investissement des familles est extraordinaire, et comme il y a pénurie, quand il y a une place, ils sont contents !... Mais en rural, il y a aussi des cas complexes, plus lourds : ils relèveraient d'un CMP, de classes SEGPA ou d'un IMPro. Il y en a qui sont concernés par des déficiences... Mais de plus en plus d'enfants n'ont pas de places dans ces structures... Il y a des enfants pas pris en charge pour de l'épilepsie, des troubles du comportement, des apprentissages : on en a de plus en plus. »*

*« Il y a des patients qui restent sans soins, des patients qui ont eu des AVC, des traumatismes, des cancers... »*

Notons que les qualités de la patientèle rurale ne se retrouveraient cependant pas toujours chez les « semi-ruraux », peut-être plus proches des « périurbains » et des contraintes logistiques et « sociologiques » de ces territoires... Toutes ces qualités n'empêchent pas que le « contrôle » social qui peut exister en zones rurales constitue aussi une contrainte forte :

*« On a une patientèle qui est plus agréable par rapport à mes collègues. Bon, c'est sur que si vous vous fâchez avec l'un, vous vous fâchez avec toute la commune, c'est l'inconvénient, mais d'une manière générale... Je n'ai pas d'absentéisme, par exemple. Enfin peu : il faut vraiment que les conditions soient mauvaises. Je trouve que la population est plus homogène. Je préfère mille fois à [territoire semi-rural], où vous avez tous les inconvénients : vous n'êtes pas en ville, vous n'êtes pas à la campagne : Il n'y a vraiment rien de bien ! »*

Enfin, la réalité du rural c'est aussi parfois la sous dotation en orthophonistes. Une sous dotation qui crée un tel manque pour les patients que certains parlent de « *tristesse thérapeutique* », de territoires « *déshérités* », comme on évoquerait une forme de misère où le manque de ressources s'ajoute aux grandes distances. Éléments qui entraîneraient chez les patients un renoncement aux soins ou des retards de recours aux soins qui peuvent aggraver les troubles :

*« Ici nous étions 4, la dernière arrivée repart sur Grenoble, fin juillet elle n'est plus là, donc nous allons être 3... il y a une personne à Saint-M... une personne à M... C'est-à-dire que cette vallée qui fait 200 km de long, plus toutes les stations sur les côtés, donc c'est un nombre de kilomètres inimaginables, ne comportent que 5 orthophonistes. Donc c'est vraiment, pour le coup, le bout du monde ! Là, c'est la tristesse thérapeutique ! Voilà. »*

*« Nous, on est vraiment déshérités... Ici il y a des collègues qui ont un an et demi d'attente... Le problème si on attend trop c'est que les choses peuvent se rigidifier... »*

Ces situations de non accès aux soins des patients peuvent être très culpabilisantes et anxiogènes pour les orthophonistes, conscients des conséquences que peuvent avoir une absence de prise en charge ... Cependant, les patients lourds (notamment lorsqu'il y a une notion d'urgence) sont très difficiles à intégrer dans les files actives des orthophonistes en zones sous dotées, qui sont débordées par les demandes. Il est alors parfois difficile de « dire non », il s'agit véritablement d'un apprentissage, et le fait d'être soutenu par d'autres orthophonistes ou professionnels de santé peut être très aidant :

*« [Une femme recherchait une orthophoniste pour son mari, qui avait fait un AVC et avait besoin de 5 séances d'orthophonie par semaine tout l'été] Finalement elle a trouvé à Valence ! [pour moi ] C'était pas possible, c'était pas possible ! Les médecins ils m'ont dit qu'il ne fallait pas que je me casse la tête non plus. Si c'était trop lourd, c'était trop lourd, point. »*

*« Les premières années, c'est intenable : on vient pour rendre service et on dit non tout le temps. Et puis petit à petit on se dit finalement, il n'y a pas mort d'homme. Mais c'est difficile ».*

Si la sous dotation est plus fréquente en rural qu'en urbain, le rural n'est pas non plus complètement exempt de phénomènes de sur dotation, Il peut en effet arriver qu'à l'échelle de certains pôles de centralité (communes rurales), une installation simultanée de plusieurs orthophonistes crée des situations de vive concurrence, comme cela peut arriver dans les grandes villes :

*« Il y a une dizaine d'année, il y a eu beaucoup, beaucoup d'orthophoniste qui sont arrivées à [...], en même temps : on a été jusqu'à presque 7. Et là ben ça ne l'a pas fait... Et elle qui avait une petite clientèle déjà, et ben elle a plus eu de patients du tout. Et elle a dû arrêter. Et c'était pas chouette. ».*

Enfin, pour certains, habitués à vivre en ville, la qualité de vie en territoire rural, ne réponds pas aux attentes en termes de ressources, de réseaux de sociabilité. La vie en territoire rural est ainsi parfois difficile pour certains orthophonistes :

*« Franchement, non, je n'y trouve pas mon compte... Mais peut-être que je n'ai pas découvert toutes les ressources locales... Je ressens bien un manque par rapport à l'endroit où j'étais, mais je ne me vois pas non plus aller à l'association de gym du coin, et y retrouver mes patients »(O5)*

In fine, le mode de vie en rural ne correspond pas aux attentes de tous, notamment ceux qui ont de fortes affinités avec des modes de vie citadins.

### 3.3. Les incitations à l'installation en territoire sous doté rural

Comme on l'a vu dans les résultats de l'enquête par questionnaires, une part importante des orthophonistes ne connaissent pas les incitations à l'installation... En partie parce qu'ils sont déjà installés depuis plusieurs années qu'ils ne recherchent pas ces informations, mais aussi parce, même lorsqu'ils sont en démarche d'installation, ces informations ne parviennent pas toujours jusqu'à eux... Pourtant, informés de cette ressource lors de l'entretien, certains se montrent intéressés :

*« Je ne sais même pas qu'il y a des aides proposées pour cette situation là [...] mais après c'est une question qu'on se pose... »*

Des marges de progrès existent donc en matière de diffusion des informations sur les aides à l'installation (contrats incitatifs) dans les zones sous dotées, notamment auprès des orthophonistes en début de carrière.

Néanmoins, certains soulignent que ces aides, à elles seules, ne peuvent suffire à attirer des orthophonistes dans des zones rurales sous dotées. Au-delà des conditions de vie en rural, qui ne répondent pas aux attentes de tous les profils d'orthophonistes, les spécificités de l'exercice en rural ne conviennent pas à tous. L'enjeu n'est donc pas uniquement l'effort d'installation sur un territoire : il renvoie à une nécessité d'affinité avec une forme de travail, sur la longue durée, dans un contexte où les ressources sont de toutes façons moins nombreuses qu'en urbain. Le fait de travailler seul, à l'échelle d'un cabinet ou d'un territoire peut demeurer ainsi rédhibitoire pour certains, au-delà de la phase d'installation :

*« Les aides à l'installation, ça peut attirer... Mais dans une zone reculée, il faut accepter d'être généraliste, il faut accepter de tout prendre, et il faut tout connaître : c'est pas très confortable pour les orthophonistes... Et on peut se sentir isolés, si on n'a pas de collègues. »*

*« Je pense que ce n'est pas l'argument principal. C'est-à-dire que si on a choisi de s'installer là et que c'est en sous doté, ben super, mais je ne pense pas qu'on y aille pour ça! [...] c'est pas la motivation d'installation... S'il y avait l'émulation du groupe, ça ce serait porteur »*

### 3.4. La fin de carrière selon le profil de territoire

Il ressort des entretiens qu'il est devenu très difficile, en fin de carrière de transmettre son cabinet et sa patientèle à un successeur. Cela semble encore possible dans certaines zones sur dotées, dans les grandes villes, où les orthophonistes sont en forte concurrence et ont parfois des difficultés à « remplir leur agenda », mais cela ne constitue plus la règle :

*« [en très sous doté] S'il y en a une qui débarque, on lui offre notre liste d'attente ! Quand j'entends dire qu'il y a des orthophonistes qui revendent leur clientèle, comme si c'était de l'argent, parce que dans certaines villes, elles n'ont pas leur planning plein, moi je n'arrive pas à imaginer que ça puisse exister, tellement je ne sais pas ce que c'est que d'attendre des patients ! Donc moi si j'ai quelqu'un qui débarque, je lui offre ! »*

Dans les zones classées comme intermédiaires ou sous dotées, transmettre, contre une indemnité, la patientèle du cabinet n'est plus du tout envisageable. Ce qui se pratiquait couramment il y a encore vingt ans n'est plus de mise aujourd'hui tant les demandes de prises en charge sont importantes. Hormis dans les quartiers d'hyper-centre, dans les grandes villes, les cabinets d'orthophonistes ont souvent des listes d'attente, plus ou moins longues. Ceci explique la stratégie de certains, qui a défaut de transmettre leur patientèle en fin de carrière, peuvent tenter de revendre leur local :

*« Quand je suis parti du 93, il n'y avait pas de repreneur... Il y a tellement pas de gens qui veulent s'installer là-bas... Et en fait, une collègue, amie d'amie, dont le mari gendarme s'installait dans la caserne d'à côté, et du coup ça tombait pile poil et je lui ai vendu le cabinet pour le prix des meubles... Moi je m'étais installée un an et demi avant... (...) je ne vois pas l'intérêt d'acheter une clientèle aujourd'hui. C'est aussi pour ça que j'ai acheté les murs, ça me semblait être un investissement plus sûr que la clientèle. »*

*« C'est même plus la peine d'essayer [de transmettre sa patientèle contre rémunération], non, nos cabinets ne valent plus rien du tout ! »*

*« J'avais contacté quelqu'un [...] qui me proposait d'acheter sa patientèle. Mais c'est une chose qui n'existe plus ! Il y a tellement de monde qu'on n'achète plus la patientèle... Y'a une telle demande, que même les écoles, quand on va les voir en équipe éducative, ils demandent : est-ce que vous avez de la place?... On est submergé ! Après peut-être pas dans toutes les villes, mais dans la région, moi je pense que c'est assez important quand même ».*



Finalement, la fin de carrière est plutôt une source d'inquiétude pour certains orthophonistes, notamment dans les territoires sous dotés, où les patients risquent de se trouver sans prise en charge, après leur départ en retraite. Tout l'enjeu est alors de trouver un successeur pour que les patients puissent continuer d'avoir accès aux soins... Mais beaucoup ne savent pas quels moyens utiliser pour rechercher efficacement un successeur :

*« Le jour où je partirai, j'espère que j'aurais un remplaçant... Il faut que je communique... Mais où ? »*

Au-delà de « l'angoisse » parfois suscitée par la liste d'attente et les patients qui appellent sans cesse, l'idée d'abandonner ses patients, sans solution, au moment de la retraite, ajoute également du stress aux orthophonistes exerçant dans les zones sous dotées.

## 4. GLOBALEMENT : IGNORANCE OU DESACCORD AVEC LE CLASSEMENT OFFICIEL DES TERRITOIRES D'EXERCICE

### 4.1. Un classement méconnu de beaucoup

Plusieurs des personnes que nous avons interviewées ne connaissaient pas le classement de la zone dans laquelle elles exercent et ne s'en sont jamais préoccupées. Souvent installées depuis longtemps au même endroit ou s'étant associées avec une personne installée depuis plusieurs années, elles n'ont pas eu à s'interroger sur la classification de leur zone de travail.

### 4.2. Spontanément, un « auto-classement » dans le degré de zonage inférieur au classement officiel

Une fois les explications données, lorsque cela était nécessaire, sur le zonage et ses cinq niveaux, les personnes interviewées ont très souvent tendance à considérer leur zone à un niveau inférieur de classement, par rapport au classement « officiel ».

#### 4.2.1. Malgré le classement officiel, pas de ressenti de sur-dotation dans plusieurs territoires

Hormis quelques cabinets situés dans les centres-villes de grandes villes (par exemple dans le 1<sup>er</sup> arrondissement de Lyon), plusieurs des orthophonistes interviewés qui travaillent dans des zones officiellement classées comme « sur dotées » ne sont pas d'accord avec le classement officiel. Pour ces personnes la sur dotation signifie principalement qu'il n'y a pas de délais pour prendre en charge des patients. Or, plusieurs de ces personnes constatent qu'elles ont des listes d'attentes, parfois de plusieurs mois, et qu'il y a un potentiel de patientèle largement suffisant pour tous, voire pour davantage d'orthophonistes. Par ailleurs, le classement étant renouvelé tous les cinq ans, il ne prend pas en compte les variations qui se produisent dans l'intervalle : nouvelles installations, mais aussi départs. De ce fait, ces orthophonistes ne se sentent pas en zone sur dotée, ils se considèrent parfois même comme étant dans une zone légèrement sous dotée :

*« Je ne suis pas d'accord avec le classement « très doté » : on a perdu une orthophoniste, et on est sous dotés maintenant... »*

*« Pas sur dotée, ça c'est sûr ! Moi je dirais... entre sous dotée et confortable ! Il y a un délai d'attente pour les patients, mais quand je vois le délai d'attente ailleurs, moi je me dis que c'est légèrement sous doté, mais bien mieux que dans certaines régions de France. [...] Alors on est limite-limite... Ça s'aggrave au fur et à mesure des mois... Mais nous c'est à la limite où on a un délai de 3 à 6 mois d'attente, pas plus... On se rapproche de quelques communes où ça se réduit à un à 2 mois, et on part 5 km plus loin, c'est de 6 à 12 mois. Et 30 km plus loin, c'est 12-18. Donc je suis vraiment à la limite. Mais je dirais qu'il y a encore de la place pour une orthophoniste largement, qui peut s'installer à temps plein. »*

*« C'est complètement faux de dire qu'on est en sur doté, car on a une liste d'attente et toutes nos consœurs en ont aussi ! »*

Plusieurs orthophonistes ont également souligné que le mode de classement actuel ne tient pas suffisamment compte des temps d'ouverture réels des cabinets. En effet, même si les cabinets sont nombreux dans certains territoires, les orthophonistes qui y exercent ne travaillent pas forcément à temps plein, certains, et plus particulièrement les femmes, ne travaillant qu'une partie de la semaine... Ce qui explique qu'il puisse aussi y avoir des listes d'attente pour les prises en charge, sur ces territoires :

*« On est en sur doté ? Je ne comprends pas pourquoi ! Je pensais qu'on était normalement doté... La classification prend pas en compte les temps d'ouverture du cabinet ? Il y a du monde, mais beaucoup de petits temps, beaucoup de collègues qui ne travaillent que deux ou trois jours par semaine : du coup nos collègues ont des listes d'attente plus importantes que nous et les absorbent moins vite. »*

Il semble que seules les personnes qui exercent dans certains quartiers très urbains aient véritablement des difficultés à trouver des patients, voire à exercer leur activité, du fait de phénomènes de forte concurrence. Ces quartiers d'hyper centre ville mis à part, peu se sentent en territoire sur doté, ce qui correspond aux résultats de l'enquête par questionnaires

#### 4.2.2. Territoires classés comme sous dotés : une meilleure adéquation avec le vécu des professionnels

Alors que le classement en zone sur dotée rejoint peu le ressenti des orthophonistes concernés, ceux qui exercent en zone sous dotée ou en zone très sous dotée se reconnaissent davantage dans ce classement, même s'ils ont également tendance à se classer à un niveau inférieur à celui du classement officiel, comme le montrent également les résultats de l'enquête par questionnaires.

Globalement, la majorité des orthophonistes interviewés ont tous les listes d'attente et la plupart estiment que le potentiel de patientèle est largement suffisant pour tous les orthophonistes du territoire, voire supérieur ou très supérieur à l'offre en présence sur leur territoire. Ainsi, le sentiment d'être dans une zone sous dotée, légèrement sous dotée ou très sous dotée, est dominant.

## 5. L'ORGANISATION DU TRAVAIL

### 5.1. La collaboration : une étape pour démarrer sa carrière

Parmi les personnes interviewées, c'est le plus souvent en début de carrière que le statut de collaborateur a été choisi. Celui-ci permettrait d'apprendre peu à peu les modes de fonctionnement d'un cabinet libéral, tout en travaillant en équipe (au moins à deux) et ce, sans avoir la responsabilité pleine du cabinet.

D'après les interviewés, la collaboration permet en outre l'accès à une patientèle, en échange d'une rétrocession qui couvre notamment une partie des frais fixes du cabinet, correspondant à l'usage qu'en a le collaborateur (bureau). Le montant de la rétrocession, se situe selon les territoires entre 20% et 25% des revenus perçus. Dans certains cas, le titulaire « plafonne » le montant de la rétrocession au bout d'une certaine durée de collaboration, la rétrocession n'étant plus alors qu'une sorte de paiement de loyer. Pour beaucoup, ce système est avantageux, notamment dans les territoires ruraux et sous dotés où le manque d'orthophonistes pousse les titulaires qui souhaitent avoir des collaborateurs (notamment pour faire face à une demande abondante de prise en charge), à proposer des conditions avantageuses :

*« Je donne 750 euros par mois [...] Je dirais moins de 20 %, normalement c'est 25 % souvent en orthophonie. Mais là elle plafonne, donc ça ne dépasse pas 9 000 euros annuels. Ce qui est peu. Ce qui est assez raisonnable en fait. »*

*« Moi je connais surtout des copines qui sont sur Paris, et qui elles versent vraiment 25% et ce qui représente plus de 1000 euros de redevance. Après, quand on passe 2 ans en tant que collaboratrice, bien souvent on ne paye qu'un loyer, alors c'est un petit peu moins cher : 500, 400 ça dépend. Après ici ça reste un peu cher avec la région, mais c'est globalement ça ».*

*« L'avantage en collaboration, c'est vraiment au niveau « frais », c'est beaucoup moins cher que quand on est associé ou indépendant. Ça permet vraiment de pouvoir débiter et d'avoir une patientèle tout de suite au lieu d'attendre de se faire connaître. L'intérêt d'une collaboratrice, pour une titulaire, c'est pouvoir faire en sorte que la liste d'attente s'amenuise et que quelqu'un puisse gérer les patients.»*

Si la collaboration peut constituer une bonne façon de démarrer sa carrière, au contact d'un orthophoniste titulaire expérimenté, à la fois en matière de gestion d'un cabinet, mais aussi en matière de prise en charge des patients, c'est donc aussi un moyen efficace pour le titulaire d'absorber des demandes de patients, voire résorber des files d'attentes importantes. Dans certains cas, les collaborations se transforment en associations, où les orthophonistes sont tous titulaires et responsables du fonctionnement du cabinet. Parfois également les collaborateurs quittent leur cabinet pour ouvrir leur propre cabinet.

Si ce mode de fonctionnement est plébiscité par certains, il peut aussi présenter certains inconvénients. Au premier chef de ceux-ci, le collaborateur doit s'adapter au mode de fonctionnement du titulaire, à l'organisation des prises en charges ce qui, selon les affinités et profils des orthophonistes peut, ou non, fonctionner. Il en va de même pour le titulaire, qui de facto confie une partie de sa patientèle à son collaborateur, mais reste responsable du cabinet. Pour les deux partenaires les contraintes peuvent être fortes et parfois supérieures aux avantages de ce mode de fonctionnement :

*« L'inconvénient, ça dépend aussi du titulaire avec qui on est, avec lequel il faut s'entendre... On n'a pas forcément d'échanges... Ce qui pourrait être un avantage ne l'est pas forcément... Et c'est aussi parfois être limité. [...] Moi je cherche à être indépendante, c'est aussi pour pouvoir être indépendante sur ma pratique. Parce que sur des façons de faire ou d'agir, je ne m'y retrouve pas du tout, et sur des choses qui sont faites par la titulaire, je ne veux pas être associée à ce genre de chose. [...] Et puis aussi me sentir libre de pouvoir avoir mon numéro de téléphone, ma plaque, d'être contactée directement par les patients.... »*

*« Plusieurs fois j'ai eu une collaboratrice... Mais c'est difficile parce que je n'ai qu'un seul bureau, alors ça ne me laisse pas de souplesse : la personne travaille quand je ne travaille pas [...] Mais ce n'est pas facile de travailler avec quelqu'un. »*

Enfin, même si les cas semblent rares, il peut arriver que des orthophonistes titulaires qui travaillent avec plusieurs collaborateurs, ne fassent presque pas ou plus de prises en charges de patients, les rétrocessions étant suffisantes pour leur assurer un revenu. La collaboration devient alors une forme déguisée de salariat, qui n'est donc pas légale :

*« J'étais toujours en collaboration mais le statut ne me plaisait pas du tout. Je ne sais pas si vous avez entendu parler de ça, mais il y a d'énormes abus... Il y a des personnes qui abusent de leur statut et qui en font un véritable commerce... (...) Il y a une poignée d'orthophoniste qui se prennent pour des chefs d'entreprise, et qui prennent sous leur joug 3,4,5,6 orthophonistes... Elles-mêmes travaillent très peu du coup... Et qui gagnent leur vie par le biais des rétrocessions des collaboratrices qui sont à leurs côtés. Ce qui fait que les collaboratrices travaillent énormément... Bon elles gagnent quand même bien leur vie, mais bon... Disons que la somme reversée chaque mois n'est pas du tout... Normalement durant nos études on nous dit que la somme doit couvrir une partie des frais du cabinet et puis un petit peu du fait de la présentation de la patientèle mais pas plus que ça. Et là, il y a des orthos qui gagnent 4 ou 5000 euros par mois par gains de rétrocession, c'est pas normal. »*

Si cette pratique reste marginale, elle révèle que certains collaborateurs ou collaboratrices sont prêts à accepter ces conditions, préférant cela à avoir l'entière responsabilité d'un cabinet, ou encore du fait d'un contexte local de concurrence très forte...

## 5.2. Avoir ou non des associés

Si le titulaire reste le responsable du cabinet et des choix de pratiques professionnelles, de modes de fonctionnement lorsqu'il a un collaborateur, l'association implique, elle, une totale égalité à la fois dans les responsabilités et les choix de fonctionnement et d'articulation entre les deux partenaires.

Certains des orthophonistes que nous avons interviewés n'ont jamais travaillé en association, et ce pour deux raisons principalement. La première est qu'il reste difficile d'attirer des orthophonistes dans les zones rurales, éloignées des grands centres et sous dotées. Comme c'est le cas pour les autres professionnels de santé, les orthophonistes sont davantage attirés par les zones urbaines ou périurbaines où il y a une forte concentration de ressources. Certains ont ainsi cherché à avoir un associé pendant des années sans jamais y parvenir. Ainsi, le fait de travailler en territoire rural sous doté, notamment lorsque celui-ci est éloigné des centres urbains, semble affaiblir fortement les possibilités d'association. La probabilité - ou le risque - de devoir travailler seul, sur ce type de territoire est donc plus élevé, comme c'est le cas pour la plupart des professionnels de santé.

Dans d'autres cas, les orthophonistes n'ont jamais souhaité avoir d'associé : locaux professionnels mal adaptés ou simplement désir de travailler de manière complètement indépendante expliquent ce choix.

Les personnes qui travaillent aujourd'hui en association soulignent les avantages de ce mode de fonctionnement, qui permet à la fois de partager certaines prises en charge de patients ayant des problèmes de santé très lourds, de s'orienter mutuellement des patients selon les pratiques spécifiques de chacun, et enfin d'échanger verbalement, de partager des petits moments conviviaux. L'association est décrite comme un moyen de mieux répondre à la demande, mais aussi un moyen de rompre le

sentiment de solitude qui peut s'installer lorsque l'on travaille en libéral. Reste que les associations, pour bien fonctionner doivent être fondées sur un minimum d'affinités...

*« J'ai une associée, mais il faut trouver la bonne personne. Moi, c'est la personne qui m'avait remplacé pour ma première grossesse, ensuite elle est devenue ma collaboratrice de 2010 à 2013... Et puis l'association est devenue une évidence. Maintenant, on prend pas mal de patients à deux, surtout les patients lourds : ceux qui ont fait un AVC, ceux qui ont un Parkinson, les petits qui ont des troubles sévères... On a cinq ou six patients en commun. »*

*« Si j'avais dû travailler seule, la situation m'aurait un peu pesé, même si j'ai des contacts avec les autres orthophonistes du coin [...]. Travailler seul c'est assez ennuyeux... Et puis c'est agréable de partager les temps de repas... C'est presque une relation d'amitié, en fait c'est une amie : on se voit en dehors du cabinet... Et on a d'autres collègues qui fonctionnent comme ça... Mais il y en a aussi d'autres pour qui ça se passe mal... »*

*« On oriente un peu au sein du cabinet : mon associée prend les Alzheimer, et moi c'est plutôt les bégaiements... Moi je ne fais pas de logico-mathématique : je ne l'ai pas fait en formation continue, et pour le moment j'en ai pas envie, ça ne me manque pas... Mais j'y crois, et j'envoie des patients vers ma collègue... Moi j'ai un D.U. sur le bégaiement. »*

*« On est trois personnes et on a trois bureaux, au niveau temps de présence, on essaye d'harmoniser pour que le cabinet soit ouvert tous les jours, car il y a beaucoup de demandes. »*

*« On a chacune notre spécialisation au cabinet. Moi je m'occupe des personnes sourdes et du logico-mathématiques. Je fais en plus de l'articulation, de la déglutition, du retard oral... Mon associée fait la méthode Padovan, et la précocité. »*

*« Il y a des avantages à se regrouper : j'aurais pas aimé travailler toute seule. A plusieurs on peut échanger, se partager la tache pour certains patients, voire se partager certains patients à domicile. »*

Lorsque les associations se passent mal pour raisons d'incompatibilité au niveau des modes de fonctionnement, de rapport à la patientèle, de pratiques thérapeutiques... les associés se séparent, emportant avec eux, ou non leurs patients, selon l'endroit où va s'installer celui qui s'en va... Les séparations sont décrites comme pouvant parfois être très dures, celui qui « reste » pouvant alors être pendant quelque temps en grande difficulté du fait du report des demandes de prise en charge des patients, mais aussi du fait des frais fixes auxquels il faut alors faire face seul.

On notera que sur certains territoires, des orthophonistes se montrent intéressés par des projets de Maisons Pluridisciplinaires de Santé, qui sans exiger des formes d'associations entre professionnels de

santé, permettent la mutualisation de certaines ressources, un projet partagé, et peuvent constituer un bon support pour échanger sur les pratiques professionnelles, s'entraider :

*« Le maire de la commune pense monter une MSP : ça nous intéresse. Ça se fera peut-être dans 4 ou 5 ans : ce serait bien pour échanger. »*

L'attente de travail en équipe se retrouve donc probablement aussi fortement chez les orthophonistes que chez les autres professionnels de santé, l'exercice complètement seul, en libéral uniquement, semblant peu fréquent.

### 5.3. Acheter ou louer un local

La question de la propriété du local semble moins cruciale pour les personnes interviewées que celle de l'association. Les orthophonistes interviewés ont souligné l'importance de pouvoir avoir des locaux adaptés (avec un bureau par orthophoniste), bien isolés au plan phonique... En ce qui concerne l'achat ou la location du local, les entretiens réalisés montrent que cela est extrêmement variable d'une personne à l'autre, avec cependant une facilité accrue pour acheter dans les territoires - notamment ruraux- où la pression immobilière est faible. La contrainte du coût est donc évidemment un frein à l'achat, mais au-delà, le fait d'être propriétaire ou locataire présente des avantages et des contraintes assez classiques pour les orthophonistes. L'achat permet de réaliser des travaux, de moduler l'espace et les installations et peut correspondre à une stratégie de constitution de patrimoine, mais il s'accompagne d'obligations en termes de respects des normes, mais aussi de paiement des taxes foncières. A l'inverse, être locataire est moins onéreux, mais limite les aménagements possibles au niveau de l'espace du cabinet :

*« Quand on est propriétaire, il y a certains travaux à faire pour être aux normes, et puis il y a la taxe foncière... Quand on loue, on n'est pas forcément libre de faire ce qu'on veut... »*

*« On a acheté, ça nous donne la possibilité de faire les travaux qu'on veut, et c'est un investissement en termes de patrimoine... »*

La question du local ne semble pas essentielle dans le choix du territoire d'installation. En revanche, elle conditionne fortement les possibilités de collaboration et d'association, chaque orthophoniste devant, en principe, pouvoir réaliser ses séances dans un bureau individuel.



## 5.4. La plupart des prises en charge se font au cabinet

Le local a cependant une grande importance dans la pratique des orthophonistes car, les interventions à domicile sont globalement rares et réservées aux patients qui ne peuvent pas se déplacer, en général des adultes ayant des atteintes sévères de la motricité, ou des personnes âgées souffrant de certaines dégénérescences séniles. Le travail à domicile reste donc rare, même s'il peut présenter un intérêt réel pour les orthophonistes en matière de prise en charge :

*« J'en fait un peu [à domicile]. Tous les matins, sauf le mercredi matin.... J'aime bien ça, moi. Déjà, ne pas avoir que des enfants tout le temps, j'apprécie d'avoir des adultes, et je trouve que... Le lien avec les familles...et de voir aussi, comment ça se passe à la maison, pour pouvoir mettre en place des choses, ne serait-ce parfois que des cahiers de communication... J'aime bien me rendre sur place. Et c'est vrai qu'ici, on était très peu à faire du domicile.»*

*« On est tellement débordées au bureau que faire du domicile c'est super compliqué ! C'est super compliqué. Il y a le temps de trajet aller, le temps de trajet retour... En fait il faut réserver un bout de temps : moi j'ai deux demi-journées où je fais un ou deux patients au bureau tôt le matin parce que ça permet de les prendre juste avant l'école ou au tout début, et après je pars en domicile et je les enquille les uns derrière les autres [...] C'est différent de travailler chez les gens : ça apporte des choses autrement et puis on a le sentiment d'être utile aussi. »*

On note que plusieurs des orthophonistes interviewés ne travaillent jamais au domicile des patients, notamment lorsque leur patientèle est entièrement composée d'enfants.

## 5.5. Le temps de travail : soins, administration, comptabilité

Le temps de travail peut fortement varier d'un orthophoniste à un autre. Mais, les éléments recueillis en entretiens prolongent les éléments de synthèse de la littérature : les femmes, notamment lorsqu'elles ont des enfants et un conjoint, modulent fortement leur activité, en fonction de l'organisation domestique et du temps consacré aux enfants.

### 5.5.1. Le temps de travail : un choix souvent en lien avec la vie personnelle

Une grande majorité des personnes interviewées indique prendre environ un mois de vacances en été et une semaine de congés à chaque vacances scolaires. Les personnes qui ont une activité mixte peuvent ne travailler que 3 ou 4 jours au cabinet et le reste du temps en établissement. Les femmes qui ont de jeunes enfants vont enfin plus facilement consacrer le mercredi après-midi à ceux-ci.

Enfin, plusieurs orthophonistes, parmi les personnes interviewées, consacrent une demi-journée par semaine aux tâches administratives, de comptabilité, et aussi (voire surtout) à l'écriture des comptes-rendus des bilans orthophoniques.

Mais dans certains cas, notamment lorsqu'il s'agit d'hommes ou de femmes n'ayant pas ou plus d'enfants en bas-âge, les orthophonistes travaillent quatre à cinq jours par semaine, parfois en y incluant le samedi, ce qui permet aux patients qui ne peuvent venir en séance durant la semaine de bénéficier d'une prise en charge :

*« Je suis 4 jours et demi par semaine, devant les patients. Je travaille tous les jours même le samedi matin, sinon, il y a des enfants qui ne viendraient pas. En été, je prends un mois ou cinq semaines, et puis une semaine à chaque vacance scolaire. »*

*« Je travaille cinq jours par semaine, pas le jeudi après-midi, mais le samedi matin. Le samedi je fais des groupes sur le bégaiement, j'ai un groupe de six adolescents, pendant une heure, le groupe c'est très porteur. »*

D'après notre échantillon, les orthophonistes des villes travaillent plus rarement le samedi matin.

#### 5.5.2. Le travail administratif et comptable

La grande majorité des personnes interviewées déclare que le travail administratif s'est plutôt simplifié avec les feuilles de soins électroniques. S'il demeure difficile et parfois pénible de se faire payer par certaines compagnies d'assurances complémentaires (« mutuelles »), les liens avec l'Assurance Maladie se sont semble-t-il améliorés au fil des ans, même si aujourd'hui, plusieurs regrettent qu'il n'y ait pas un guichet spécifiquement accessible aux professionnels libéraux de santé. Au bilan on ne repère pas, chez les personnes interviewées, de plaintes massives sur ce thème comme c'est parfois le cas pour d'autres professionnels de santé et les principaux points de difficultés sont les contacts avec la CPAM en cas de problèmes, et les remboursements avec certaines « mutuelles » :

*« Les feuilles de soin électronique, ça a été très dur pour moi... Je voulais pas d'ordinateur [...] Maintenant ça va pour la télétransmission, mais s'il y a un problème, pour les contacter à la CPAM, c'est jamais la même personne ! Et quand on les appelle, il faut payer la communication. Au début de la télétransmission, on pouvait être accompagné par une personne de la CPAM et là c'était très bien. »*

*« Je fais l'impasse sur le tiers-payant... Il n'y a qu'avec une mutuelle avec qui je le fais... Sinon, je le réserve pour les CMU et les ALD. »*

### 5.5.3. La gestion des demandes de rendez-vous

C'est peut-être davantage la réponse aux demande de rendez-vous qui peut accabler les orthophonistes, notamment dans les zones sous dotées où les demandes sont plus difficilement satisfaites. Les cabinets situés en zone sous dotée peuvent ainsi recevoir plusieurs dizaines d'appels par jour à certaines périodes de l'année, ce qui génère en soi une charge de travail importante. Certains orthophonistes utilisent un répondeur et rappellent (ou essaient de rappeler) les personnes, d'autres décrochent le téléphone systématiquement, d'autres encore ne décrochent qu'à certains moments.

Malgré la pression importante des demandes sur certains territoires, rares sont les cabinets qui ont un secrétariat. La principale raison avancée est que le premier contact téléphonique permet de faire une première évaluation des besoins du patient et de l'éventuelle urgence de la situation, une évaluation relativement difficile à faire par un non-orthophoniste. Par ailleurs, le secrétariat à un coût qui peut sembler trop élevé pour certains :

*« Le secrétariat c'est trop cher, et en plus on a besoin d'avoir un contact avec les patients qui appellent. Au téléphone, il faut savoir gérer les urgences. Ce premier contact, ça nous aide pour orienter le bilan, pour voir si la demande est fondée ou pas... Et ça peut créer un lien de confiance. C'est trop difficile de déléguer à une secrétaire. »*

Néanmoins, certains cabinets où la demande est particulièrement forte se sont décidés à avoir recours aux services d'une plateforme de secrétariat partagé (comme le font de plus en plus de nombreux professionnels de santé). Même si cette solution est difficile à utiliser, compte-tenu de la nécessité d'évaluer le besoin lors du premier contact, elle permet néanmoins de faire patienter les personnes, voire de leur indiquer d'emblée les délais d'attente pour une prise en charge :

*« Comme le téléphone sonnait beaucoup, on a pris des secrétaires [plateforme téléphonique], ça nous coute 150 euros par mois à chacune... C'est pas idéal, car c'est difficile de déléguer le contact avec le patient, mais ça sonnait tout le temps. C'est mieux que le répondeur : pour les patients, c'est mieux d'avoir un humain. La secrétaire peut parler de l'attente pour un premier rendez-vous : on gagne un peu de temps là-dessus : le plus difficile a été dit... »*

Parmi les personnes interviewées, seule une minorité avait un service de secrétariat. Le secrétariat au cabinet même semblant exceptionnel.

## 5.6. La question de la réorientation des patients

Au-delà des possibilités internes à chaque cabinet, selon le nombre d'orthophonistes en présence et leur pratiques spécifiques ou champs d'intervention privilégiés, on repère qu'à des échelles locales, il peut y avoir des formes d'articulation entre cabinets, voire entre cabinets et certains établissements qui permettent d'améliorer les réponses données aux patients, mais aussi d'améliorer le fonctionnement du cabinet. Ainsi, il arrive que des cabinets différents, basés sur un même territoire, puissent mutuellement se réorienter des patients, pour des raisons diverses, ce qui permettrait de fluidifier certaines prises en charge, mais aussi parfois de dénouer des relations problématiques avec certains patients :

*« On se répartit les choses avec les autres cabinets d'orthophonistes... On se renvoie des patients si on en a trop, mais aussi s'il y a des problèmes de règlement, d'incivilité... On s'entend très très bien et on se réoriente aussi suivant nos spécialités. »*

Il peut également arriver que certains types de patients soient réorientés vers des établissements, selon leurs besoins :

*« Les petits, je les réoriente parfois vers les CAMPS. »*

Ces possibilités d'articulations et de réorientations semblent toutefois limitées ou impossibles en zones rurales et sous dotées, faute d'établissements, de nombre de cabinets suffisants pour faire face à la demande... Ces pratiques sont également réduites en zones sur dotées, lorsqu'il peut exister une concurrence forte entre cabinets.

## 5.7. Les formes de « spécialisations »...surtout possibles en urbain

Il n'existe pas de « spécialités » formelles en orthophonie : le programme d'études est le même pour tous les orthophonistes et il n'y a pas de diplôme d'état qui sanctionne telle ou telle compétence spécifique. Les orthophonistes sont en principe capables de répondre à tout type de besoins, avec tout type de patients. Dans les faits, certains orthophonistes se « spécialisent » à travers des formations continues, mais surtout à travers une pratique qu'ils vont privilégier.

On relève cependant des « courants » de pensée divergents chez les orthophonistes interviewés. Tous ont une pratique « de base » relativement polyvalente, mais certains prennent en charge de manière privilégiée certains patients (autistes, sourds, ...). D'autres en revanche estiment que ces « spécialisations » n'ont pas de sens et que les orthophonistes doivent pouvoir prendre en charge la plupart des patients :

*« Les spécialisations en orthophonie ça n'existe pas. Nous sommes des généralistes, on doit pouvoir prendre tous les patients. »*

Certains orthophonistes estiment ne pas être suffisamment formés ou expérimentés pour traiter certains types de patients. Enfin, il arrive que des orthophonistes considèrent que certaines prises en charge sont insuffisamment rémunérées par rapport à la réalité du travail accompli :

*« On est des généralistes mais les IMC, les trisomies, on n'en a pas [...] je ne suis pas assez formée. »*

*« La déglutition, peu d'orthophoniste souhaitent prendre en charge ce type de pathologie. Et en plus, c'est très mal rémunéré. Et en plus il faut avoir des patients très très coopérants, sinon ça ne marche pas. »*

Le fait de travailler à plusieurs orthophonistes au sein d'un même cabinet facilite une répartition des patients selon les affinités, l'expérience et les formations continues de chacun. A l'inverse, travailler seul et se spécialiser sur certaines prises en charge semble plus rare, et presque impossible en zones rurales sous dotées où, par essence, il faut pouvoir répondre à une grande variété de besoins. Comme c'est le cas pour d'autres professionnels de santé, la polyvalence affirmée est particulièrement incontournable lorsque l'offre en orthophonistes est rare.

## 5.8. Le temps des séances

Les orthophonistes interviewés qui déclarent travailler face aux patients environ quatre jours par semaine voient en moyenne une cinquantaine de patients pendant ces quatre journées de travail. Les séances avec les patients durent de 30 à 40 minutes. Parmi les personnes interviewées, nombreux sont ceux qui voient leurs patients au rythme d'une fois par semaine. Cependant, selon l'urgence et la spécificité des besoins du patient, il arrive que certains soient vus pendant deux séances d'affilée (soit environ pendant une heure), ou encore deux fois par semaine :

*« [Deux fois trente minutes] C'est un gain de temps pour la famille : c'est un trajet de moins à faire dans la semaine. Moi j'y trouve mon compte parce que je trouve que ça avance mieux, les enfants y trouvent leur compte : ceux que je prenais au début deux fois une demi-heure dispatchée et maintenant une heure, ils me disent que c'est plus court qu'une demi-heure ! (...) ils ne voient pas le temps passer. »*

*« Moi à partir du moment où je m'engage avec un patient, je m'engage à être le plus efficace pour lui : on verra pour les autres après. Donc en prendre 50 une seule fois par semaine, franchement, j'ai pas l'impression de faire du bon boulot. »*

Le choix n'est pas toujours facile à faire : les séances de prises en charge rapprochées semblent donner de meilleurs résultats selon certains, du moins plus rapidement... Mais, le fait de voir le même patient plusieurs fois par semaine a aussi pour conséquence que certains patients ne peuvent être pris en charge, faute de place. Face à la masse des demandes certains considèrent ainsi qu'il est préférable de passer moins de temps par semaine avec chaque patient, et de répondre à davantage de demandes :

*« La plupart, je les vois une fois par semaine, il y en a quelques-uns que je vois deux fois par semaine. Alors voilà : c'était tout le dilemme de dire est-ce que je vois moins de patients, moins de diversité dans les patients, mais je les vois plus de fois par semaine, et potentiellement ça va aller plus vite, je dis potentiellement, parce que c'est difficile de savoir... Ou est-ce que j'accepte plus de monde, mais une fois par semaine. J'ai choisi la deuxième option, sauf des cas marginaux. »*

Encore une fois, le choix de séances rapprochées dans la même semaine, semble être facilité dans les territoires qui ne souffrent pas de sous dotation. Lorsque la pression de la demande est très forte, les orthophonistes semblent avoir tendance à accorder une séance par semaine à chacun, sauf cas exceptionnel.

## 5.9. Temps de travail et rémunération

La majorité des personnes que nous avons interviewées se déclarent relativement satisfaites de leur rémunération en tant qu'orthophonistes libérales.

Comme on l'a vu plus haut, si le fait de travailler en tant que salarié, en établissement, peut avoir un fort intérêt au niveau du contenu du travail, des échanges professionnels, les rémunérations sont généralement moins élevées qu'en libéral.

Une réserve majeure a cependant souvent été faite concernant la rédaction des analyses de bilans orthophoniques, souvent longues (les orthophonistes parlent de deux à quatre heures de travail par bilan), et rémunérées en moyenne 60 euros par bilan :

*« Je trouve qu'on gagne très bien notre vie. Je pense que je me plaindrai jamais. Mais c'est au niveau de l'aspect administratif, où vraiment je trouve que ça nous prend énormément de temps. Et c'est pas suffisamment mis en avant, et les gens se disent elles gagnent très bien leur vie, mais je pense qu'on en oublie qu'on donne 50 % à l'URSSAF, à toutes les charges sociales et qu'on passe beaucoup de temps à la rédaction de compte-rendu... Donc ça je trouve que ce n'est pas assez mis en avant ... Il y en a qui disent qu'on devrait être payées plus pour la rédaction de bilan. Mais en même temps, quand une famille vient et qu'on leur dit que c'est telle somme, ben ça peut leur faire peur aussi... Ben voilà, dans toutes professions, il y a toujours quelque chose qui ne va pas bien, et nous c'est surtout le temps rédactionnel qui n'est pas pris en compte... Bon en même temps, on a les rééducations qui suivent, donc ce n'est pas non plus la catastrophe... non, on gagne très bien notre vie. »*

Certaines orthophonistes ont nuancé cette satisfaction en rappelant qu'en tant que libérales, elles peuvent avoir une marge de manœuvre supérieure à celle des salariés pour augmenter leurs revenus. Elles peuvent en effet travailler 5 jours par semaine, voir 70 patients si elles le souhaitent... Néanmoins un tel rythme ne serait pas forcément favorable à la qualité des prises en charge et pourrait conduire à l'épuisement des praticiens. En termes de « tarif horaire », certains orthophonistes ne se sentent pas forcément mieux lotis que les salariés, même si dans l'absolu, ils peuvent choisir d'augmenter leur temps de travail et donc leur revenu.

Notons que quelques orthophonistes qui font de la formation semblent trouver un meilleur équilibre en termes de rémunération grâce à cette activité :

*« Je ne gagne pas beaucoup, beaucoup ma vie ! Comme dit ma comptable, je suis un peu au SMIC quoi ! Oui sur ma part acte du cabinet, je crois que je ne gagne pas énormément ma vie. Après en formation, je compense pas mal. ».*

Par ailleurs, certains rappellent que les orthophonistes sont souvent des femmes, et que leur niveau de vie dépend aussi du salaire de leur conjoint. Celles qui vivent seules et élèvent seules leurs enfants n'ont pas forcément le sentiment que leur métier leur permet de vivre confortablement...

*« 60 000 euros de chiffre d'affaire, soit environ 30 000 euros de revenus : [je suis satisfaite] mais parce que je vis en couple, je pense. Je vivrais seule je ne vous dirais pas la même chose. Mon mari gagne bien sa vie... Je travaille, mais c'est pour le plaisir, disons. J'exagère, mais j'ai pas le souci de me dire qu'il faut que je gagne ma vie. J'ai des amies ortho, qui sont seules avec leurs enfants, et qui galèrent vraiment. C'est une profession très féminisée, où la plupart sont en couple, donc ça ne remonte pas tellement, ça. Mais à côté de ça je trouve quand même qu'on gagne bien notre vie. On pourrait gagner mieux si on travaillait plus, mais ce n'est pas un métier où on peut faire du 8h-20h non stop. ».*

Reste que la perception qu'à chacun de la juste correspondance entre son niveau de revenu, ses années de formation initiale, son temps de travail et la « pénibilité » au travail, recouvre toujours une part de subjectivité...

## 6. LA GESTION DE LA PATIENTELE

### 6.1. La liste d'attente : des stratégies différentes repérées

#### 6.1.1. La liste d'attente : signe de demandes nombreuses ou mal « triées » ?

La grande majorité des personnes que nous avons interviewées ont une liste d'attente. Seules quelques personnes, qui exercent dans les grandes villes de la région disent ne pas avoir d'attente, sans pour autant expliquer cela par une concurrence forte (ce qui est pourtant observé par d'autres, notamment dans les hyper-centres des villes). Ces quelques orthophonistes qui n'ont pas de liste d'attente mettent ainsi en exergue le fait qu'ils « trient » plus sévèrement les demandes de prise en charge, et n'acceptent pas notamment les demandes qu'ils estiment relever d'une problématique éducative ou scolaire. Certains de ces orthophonistes refusent par exemple toutes les prises en charge pour de la rééducation logico-mathématique... D'après eux, les listes d'attente sont d'autant plus importantes que les orthophonistes acceptent des patients (et notamment des enfants) qui n'ont pas de « troubles » à proprement parler, mais sont essentiellement concernés par des difficultés d'apprentissage de la lecture et de l'écriture, qui pourraient se résoudre autrement que par l'orthophonie. Les listes d'attente seraient donc en partie le fruit de files actives indument occupées par des enfants dont les difficultés devaient se résoudre ailleurs, notamment à l'école. Maitriser sa liste d'attente serait donc aussi lié au fait de savoir « résister » à certaines demandes pour se recentrer sur le soin et ne pas dévier sa pratique vers une forme d'aide aux apprentissages, ou pire « d'aide aux devoirs »... Ce qui serait souvent la tentation des parents (et la demande de certains enfants), et que les techniques de rééducation logico-mathématiques pourraient favoriser si l'on n'y prend garde :

*« La tentation c'est de demander de l'aide aux devoirs avec le logico-mathématique, le langage écrit. Il faut résister à la demande des enfants, des parents... C'est difficile, certains s'énervent. Il y a des patients qui ont arrêté. Moi, je ne touche pas du tout le matériel scolaire... Si besoin j'oriente vers le RASED<sup>8</sup>... »*

*« La rééducation logico-mathématique, c'est pas du soutien scolaire : ça n'a rien à voir... Les parents veulent qu'on améliore les résultats scolaires... L'orthophonie, c'est encore très rattaché à l'école dans l'esprit des gens. [...] moi, je jette tout ce qu'on a fait en fin de séance : l'enfant ne repars avec aucun papier, même si on a travaillé sur tel ou tel exercice de maths... »*

Il semble qu'il y ait donc une divergence ou un débat, entre certains orthophonistes, sur la place voire la légitimité de la rééducation logico-mathématique dans le cadre d'une démarche de soins remboursée par l'Assurance Maladie.

---

<sup>8</sup> RASED : Réseau d'Aide aux Elèves en Difficulté, dispositif de l'Education nationale qui vise à apporter une aide aux élèves ayant des difficultés scolaires, mais non à soigner des troubles.



Il semble que dans d'autres pays francophones, la question ait été tranchée autrement que l'orthophonie soit d'emblée liée aux instances sanitaires mais également scolaires : il n'y a alors plus forcément d'obligation de trancher entre un « problème de santé » au sens strict du terme et une « difficulté de langage », pas forcément en lien avec un trouble cognitif, du développement etc. Le débat n'est donc pas clôt, même si aujourd'hui, le remboursement de l'orthophonie conditionne, en principe, la pratique du fait qu'il s'applique à une activité de soin, et non d'aide à la personne.

### 6.1.2. La souffrance de la liste d'attente

Plusieurs orthophonistes, qui travaillent notamment dans des zones intermédiaires à très sous dotées, déclarent avoir des listes d'attentes très importantes, avec des patients qui ont des besoins réels de prise en charge. Comme on l'a vu plus haut, face à la masse de demandes, et dans des contextes ruraux où les réorientations vers des confrères ou consœurs sont difficiles étant donné la pauvreté de l'offre, la seule solution est parfois d'opposer un refus. Or, même si ce refus est expliqué et justifié aux personnes qui appellent, par l'argument d'une file active déjà saturée, il reste très difficile à exprimer et à faire accepter par les appelants. Outre l'agressivité de certains patients, parfois désespérés de ne pas trouver de solution, il est très difficile pour les orthophonistes concernés de refuser de prendre en charge des personnes qui ont des difficultés réelles et qui vont parfois rester sans soins. Mais face à l'abondance de demandes, il n'y a parfois pas d'autres solutions que de signifier clairement aux personnes qu'elles ne pourront être prises en charge :

*« La liste d'attente on l'arrête quand on est à 90 [patients]. Mais en fait on leur dit qu'il y a plus d'un an d'attente : 90 demandes, même à 5, le temps qu'on termine avec certains patients, généralement il nous faut plus d'un an pour évacuer ça, donc on leur dit qu'il y a plus d'un an d'attente et que c'est pas honnête vis-à-vis d'eux de les ajouter sur cette liste. »*

Ces refus sont cependant souvent la cause d'une profonde souffrance pour les orthophonistes interviewés, souffrance que l'on rencontre à l'identique pour d'autres professionnels de santé dans les zones sous dotées....

*« On se sent une responsabilité quand même vis-à-vis de ces patients qui ne sont pas suivis. Après, c'est vrai qu'il faut pouvoir s'en détacher, parce que sinon on se met une pression qui fait qu'après, on peut dire oui à tout, se remplir des journées de dingue, et effectivement, ne pas être disponible correctement non plus pour chaque patient parce que on est dans le trop : trop prendre et pas arriver à faire la qualité aussi. (...) Mais on a aussi parfois des demandes par téléphone de patients qui sont déjà au dixième voire plus, appel de cabinet, et quand on leur dit qu'on a une liste d'attente, on se fait insulter parce qu'on ne peut pas leur laisser de place, mais ils ne se rendent pas compte qu'on y peut rien ! On essaie de faire de notre mieux, mais on n'y peut rien. »*

*« On ne va pas se plaindre d'avoir du boulot, mais franchement, quand vous dites non à quelqu'un qui vous appelle au désespoir en lui disant : ma liste d'attente est de 90 personnes.... Franchement, on ne fait pas un métier de soin pour ça... Moi j'ai une phobie du téléphone! Je peux plus ! »*

*« Avec les listes d'attente qu'on a, on aurait envie de dire oui à tout le monde! Sauf que c'est inenvisageable! C'est terrible! Moi j'ai deux ans d'attente en ce moment. C'est-à-dire que je suis en train de prendre en bilan cet été des enfants qui attendent depuis 2 ans. Et je trouve ça inhumain, pour les familles, pour les enfants, pour moi... »*

Lorsqu'un renvoi vers des collègues orthophonistes du territoire est possible, la pression – et la souffrance – sont moins fortes. Evidemment, ces possibilités sont rares en territoire sous doté.

Par ailleurs, certains orthophonistes renoncent purement et simplement à avoir une liste d'attente, la gestion de celle-ci leur semblant de toute façon trop complexe :

*« Je ne fais pas de liste d'attente : je ne sais pas gérer. Soit je renvoie, soit je dis aux gens que je n'ai pas de places. J'ai toujours fonctionné comme ça. »*

Dans tous les cas, une forme de « détachement » semble indispensable pour supporter un volume important de demandes et, la nécessité d'opposer des refus s'impose parfois pour ne pas sombrer dans une forme de burn-out...

### 6.1.3. Le répondeur, la liste et le rappel des patients

Dans certains territoires bien dotés ou intermédiaires, il est possible pour les orthophonistes de rappeler les patients qui laissent un message sur le répondeur. Même s'il y a une liste d'attente, celle-ci est limitée et les personnes qui ont laissé un message peuvent toutes être rappelées :

*« Si personne peut les prendre en charge, on les mets en liste d'attente... On les rappelle systématiquement. La liste d'attente est de 4 mois. »*

Compte-tenu de ce qui nous a été dit en entretiens, on peut considérer qu'une liste d'attente de 4 mois constitue une attente « moyenne »... Cette stratégie de rappel ne semble pas être mise en œuvre au-delà de six mois d'attente. Même si les temps de présence effective au cabinet sont variables d'un orthophoniste à un autre, on repère qu'au-delà d'une certaine durée ou d'un certain nombre de personnes dans la liste, il devient matériellement difficile de rappeler toutes les personnes ayant laissé un message.

Notons cependant que sur certains territoires, notamment ruraux, les gens attendent effectivement que leur tour vienne dans la liste d'attente : tous les patients ne vont pas appeler tous les orthophonistes du

territoire, notamment lorsque le territoire en compte peu. Ainsi, dans certains territoires, les listes d'attente sont relativement mouvantes et volatiles (les patients qui peuvent être pris en charge ailleurs ne pensant pas toujours à le signaler au professionnel chez qui ils sont toujours inscrits en liste d'attente). Sur d'autres territoires ces listes peuvent être relativement « fixes », avec des patients qui attendent véritablement « leur tour » :

*« Ici, la liste d'attente, les gens font confiance, ils restent : il n'y a pas de nomadisme. Le nomadisme, c'est plutôt en ville, mais ça viendra chez nous car le territoire gagne en habitants. »*

#### 6.1.4. La prime au patient à « horaires souples »

Plusieurs orthophonistes nous ont expliqué qu'ils prennent en priorité les patients (enfants ou adultes) qui peuvent être vus en journée, et pas uniquement en fin de journée ou le mercredi après-midi. Ainsi, le fait que certaines familles puissent (avec l'accord de l'école ou du collège), emmener leur enfant pour des séances en journées favorise largement les possibilités de prise en charge. A l'inverse, certains orthophonistes, notamment dans les territoires sous dotés, ne prennent plus du tout des patients qui demandent des créneaux horaires précis :

*« Quand les familles appellent, s'ils n'ont pas d'exigence au niveau des horaires, on les prend. Si les gens ont des contraintes horaires, on leur dit qu'il n'y a pas de place. »*

Il ne demeure pas moins que cette « rapidité » de prise en charge, voire cette priorisation des patients selon leur souplesse en termes d'horaires pour les séances, est relative et qu'elle peut impliquer plusieurs mois d'attente :

*« Si les gens sont disponibles en journée, on peut les voir plus vite, sauf exception, on peut les prendre en rendez-vous sous six mois. »*

La stratégie qui vise à prioriser les patients à horaires souples ne supprime donc pas la liste d'attente dans les zones où les demandes de prises en charge sont nombreuses. On notera à l'inverse que dans les territoires urbains bien dotés, dans les quartiers où il existe une certaine concurrence entre orthophonistes, c'est la souplesse horaire des orthophonistes qui leur permet d'avoir des patients, ces derniers étant alors en mesure de choisir l'orthophoniste qui leur proposera le meilleur horaire. Ceci souligne bien que la sous dotation est, d'abord, une contrainte très forte pour les patients, ceux qui ont la chance de pouvoir bénéficier d'une certaine marge de manœuvre au plan de leurs horaires de travail ayant plus de chance de trouver une place pour leur enfant que ceux qui travaillent à temps plein avec des horaires de travail très rigides.

#### 6.1.5. La prime au patient qui rappelle, qui « insiste »

Certains orthophonistes ont pris le parti de ne pas constituer de liste d'attente formelle et de ne pas rappeler systématiquement les personnes qui appellent, sauf dans certains cas précis (situations repérées comme particulièrement urgentes). Les patients sont ainsi clairement invités à rappeler « ultérieurement », et ce sont finalement ceux qui rappellent, voire qui rappellent plusieurs fois, qui seront considérés comme véritablement motivés pour une prise en charge, comme étant le plus en difficultés, et qui seront donc vus en priorité :

*« Sur le répondeur, je ne dis pas que je n'ai plus de place, mais je ne rappelle pas tout le temps... Je laisse les gens me rappeler... Ensuite au téléphone, je les fais causer, et parfois je donne un rendez-vous tôt, cela dépend de l'urgence de la situation... Au téléphone, j'évalue la situation... [...] Et il y a ceux qui appellent trois fois : il faut insister. Si on fait le forçing du cabinet, ça me touche, et je donne un rendez-vous plus vite... Celui qui n'insiste pas, sera plus en difficulté. »*

Ce système qui, finalement, fait que les patients se « trient » un peu par eux-mêmes, présente néanmoins également des limites. Certains orthophonistes reconnaissent ainsi qu'il peut y avoir des personnes qui n'insistent pas tout en ayant pourtant de vrais besoins. Si les urgences peuvent être assez aisément repérées (notamment chez les personnes qui ont eu un AVC), certaines situations échappent à cet « auto-tri » et laissent des patients sans réponses :

*« On ne fonctionne plus par liste d'attente [...] On dit aux patients de nous rappeler à telle période : ça fonctionne aussi bien, et les gens rappellent s'il y a une vraie demande... Mais il y a aussi des enfants qui restent sans soins... Il y a des urgences : on a des patients aphasiques, pour eux, les mois post-AVC sont les plus importants. »*

#### 6.1.6. Le partage de la liste d'attente entre plusieurs orthophonistes

Le fait d'avoir une liste d'attente commune dans les cabinets de groupe est présenté comme un élément facilitant par certains orthophonistes. Ainsi, la mutualisation de la liste d'attente permettrait de multiplier les chances des patients, chaque orthophoniste ayant son propre calendrier de prises en charge :

*« Une ligne de téléphone commune, et une liste d'attente commune. Hormis les personnes qui demandent spécifiquement l'une d'entre nous, qui du coup garde cette personne là sur sa liste d'attente perso, on essaie d'avoir une liste d'attente la plus importante possible pour multiplier les chances pour les gens d'avoir une place un jour. Et quand on a une place on prend la première personne sur la liste d'attente et on l'appelle. Et puis on voit si l'horaire qu'on a de disponible pour les séances leur convient »*

Avec la liste « commune » tous les patients sont certains d'être rappelés lorsque viendra leur tour formel (sans avoir besoin d'insister), les dégagements de possibilités par les différents orthophonistes du cabinet pouvant s'équilibrer et accélérer le traitement des attentes. Néanmoins, même avec ce système, les temps d'attente peuvent être supérieurs à 4 mois.

#### 6.1.7. Des réorientations plus faciles pour certains patients « lourds »

Dans certains cas bien précis, il est possible de refuser un patient lorsque la file active est saturée, notamment pour les patients reconnus comme ayant une affection de longue durée. Si ceux-ci sont pris en charge dans un autre territoire, par un autre orthophoniste et que cette réorientation est justifiée, l'Assurance maladie prend en charge le patient sans difficultés :

*« Maintenant, on fait des lettres à la CPAM, si le patient est pris ailleurs et qu'il est en ALD : on dit qu'on ne peut pas le prendre et la CPAM accepte de le rembourser. »*

## 6.2. Les urgences, les priorités

Que les orthophonistes fonctionnent ou non avec une liste d'attente formelle, la plupart de ceux qui ont été interrogés prennent toujours dans leur file active une petite proportion de patients « urgents », pour lesquels la rapidité de la prise en charge va être déterminante, et qui constituent de fait des publics prioritaires. Notons que s'ils sont considérés comme prioritaires, sur le principe, ils ne sont néanmoins pas acceptés si la file active est jugée complètement saturée. Sur les territoires ces patients sont éventuellement réorientés, si les orthophonistes ne peuvent les prendre eux-mêmes en charge, et si cela est possible, vers des établissements ou d'autres orthophonistes libéraux.

Les cas « urgents » les plus fréquemment cités par les orthophonistes interviewés sont sans contestes les patients ayant subi des accidents vasculaires cérébraux (AVC), les traumatisés crâniens, suivis par les patients atteints par certains problèmes de voix. Mais d'autres problèmes peuvent également être considérés comme « urgents » ou prioritaires selon les contextes et les patients :

*« On prend certains patients en priorité : les AVC, les traumatisés crâniens, ou alors on les réoriente. »*

*« Les AVC et les problèmes de voix urgents. Enfin la neuro, quoi ! Et puis les enfants qui ne parlent pas du tout à 3 ans, 3 ans et demi, où il n'y a pas de langage, quoi. Donc ceux-là je ne fais pas attendre non plus. »*

*« C'est les patients qui ont eu un AVC : on les prend après la phase aiguë à l'hôpital. Ça peut être aussi des problèmes de voix, des dysphasies... ou des problèmes orthodontiques : quand on enlève les appareils, si les dents rebougent à cause de la langue qui pousse les dents, on fait une douzaine de séances. »*

*« On essaie de se débrouiller pour prendre les aphasies et les voix, qu'on considère comme des priorités, bien que ce ne soit pas très... La dyscalculie aussi, ça peut être... On essaie... quand on peut... »*

Enfin, pour certains orthophonistes, c'est la souffrance perçue chez le patient qui peut aussi constituer un indicateur de priorité. Néanmoins, cette priorité va permettre l'accès à un bilan (et à un début de diagnostic), mais pas forcément à une prise en charge à court terme. En effet, le fait de voir le patient, de repérer et de nommer son problème (si problème il y a) permet aux patients et à leurs familles d'attendre plus sereinement, ou selon les cas, de se tourner vers d'autres ressources (si toutefois le territoire le permet) :

*« Moi la notion d'urgence elle vient souvent du fait qu'il y a des parents qui appellent et qui sont désespérés dans leur quête, qui ont tourné toutes les listes de pages jaunes et qui n'ont personne, qui ont le sentiment que quelque chose va mal, qui ont des enfants petits, ou pas petits, peu importe.. En tout cas il y a une souffrance depuis longtemps, et on leur dit : j'ai une liste d'attente pour un an ou pour deux ans, dans certains cas, et je ne peux pas vous prendre. Moi ça, c'est l'urgence. Je prends, oui. En bilan, en disant bien aux gens que même si je ne peux pas assurer une prise en charge, au moins on posera un diagnostic... des pistes de diagnostic. Parce que des fois ça suffit à calmer les choses. (...).»*

Reste que, comme on va le voir plus bas, pour la plupart des orthophonistes interviewés, rares sont les patients qui sont reçus uniquement pour un bilan alors que la file active est déjà saturée...

## 6.3. Les bilans

### 6.3.1. Pas de bilan si pas de prise en charge possible

Comme on l'a vu précédemment, pour une majorité des orthophonistes rencontrés, seuls les patients qui peuvent potentiellement être pris en charge, peuvent être vus en bilan. Il semble qu'il soit très rare qu'un patient soit « bilanté », qu'il s'avère nécessaire de faire une prise en charge, mais que celle-ci soit ensuite effectuée par un autre orthophoniste qui n'a pas fait le bilan. La règle semble donc que les orthophonistes n'effectuent pas le bilan s'ils ne peuvent pas du tout assurer le soin ensuite :

*« Globalement, seuls 5% des enfants vus en bilans ne sont pas pris en charge ensuite. »*

*« Si j'ai fait le bilan, je fais le suivi derrière ! Ça m'arrive aussi de faire des bilans et il y a juste un petit point et je rassure les gens. Ça m'arrive. Mais s'il y a besoin d'une rééducation, je prends.[...] Alors après le créneau horaire ne convient pas toujours, mais je m'engage à prendre. »*

Par ailleurs, accepter un patient pour un bilan suppose à la fois de disposer également du temps nécessaire pour rédiger le compte-rendu de bilan (presque unanimement considéré comme une activité très mal rémunérée au regard du travail réel qu'il implique), et c'est aussi s'engager déjà, un peu, avec le patient. Il semble difficile de ne pas prendre en charge un patient « bilanté » qui a de réels besoins. Un bilan est donc en réalité bien plus qu'un outil de diagnostic, c'est souvent la première étape de la prise en charge, un moment où se noue déjà un début de relation avec le patient :

*« Moi je n'avais pas envie de me taper des bilans, des bilans, des bilans. Premièrement, c'est un gros boulot, c'est une source de temps importante pour pas grand-chose quoi ! Au final, [...] les bilans, c'est très mal payé ! Deuxièmement, le risque c'est que vous vous attachiez à l'enfant, vous avez commencé une relation, et après, vous vous dites mince, mince il a vraiment besoin d'orthophonie, et là c'est sûr que vous allez débloquer un horaire qui vous arrangera pas du tout. C'est difficile de dire non quand on voit que les gens sont dans la panade... »*

### 6.3.2. Le compte-rendu des bilans : une nécessité relative, un acte mal rémunéré

Au-delà de la passation des tests qui composent le bilan en lui-même, celui-ci nécessite ensuite un temps d'analyse des résultats aux tests, puis la rédaction du compte-rendu des résultats du bilan. L'ensemble de l'opération peut prendre 2 heures à 4 heures, selon les patients et les orthophonistes, mais il est toujours en moyenne rémunéré environ 60 euros, ce qui, ramené à un taux horaire, est considéré comme très faible par tous les orthophonistes interviewés.

Certains orthophonistes, dans certains cas et selon les professionnels qui leur orientent des patients, ne rédigent pas systématiquement tous les comptes-rendus. D'après ces orthophonistes, ces comptes-rendus ne sont pas toujours lus par les prescripteurs et deviennent de ce fait une « formalité », pas réellement utile au déroulement de la prise en charge. Ainsi, même si le bilan est fait dans les règles de l'art, un compte-rendu complet n'accompagne pas toujours ce bilan. Les comptes-rendus, considérés comme chronophages et mal rémunérés, n'apportent donc pas toujours une aide à l'orthophoniste lui-même, et ils ne sont pas toujours regardés (et pas toujours complètement compris) par les médecins prescripteurs. Certains orthophonistes décident ainsi des situations où rédiger un compte-rendu complet a du sens à la fois pour eux et pour le prescripteur, et celles où cela n'en n'a pas :

*« Là comme j'avais des trous quand même, dès que j'avais 5 mn je m'y mettais, et autrement, ben c'est le soir jusqu'à minuit, une heure moins le quart [...]. Ces comptes rendus c'est 2 à 3 heures par compte-rendu. On n'a pas toujours des nouveaux, mais on peut avoir des renouvellements... (...) Moi je suis toujours à la bourre, parce que quand on a 70 patients, il faudrait que je travaille jour et nuit, week-ends compris. Donc techniquement c'est impossible. Donc j'avoue, il y a des comptes rendu que je ne fais pas : tout ce qui est rééducation vocale, parce que c'est le phoniatre qui me les envoie, et le phoniatre, il a vu*

*les cordes vocales [...], tout ce qui est rééducation de la langue, en lien avec la posture : là c'est un ostéopathe qui me les envoie, lui il ne m'a jamais rien demandé. Il sait ce qu'il fait et il a des retours positifs donc.... Sauf s'il y avait un problème, il m'appelle. Pour le langage écrit, on nous demande des comptes rendus pour les écoles et là on est un peu obligés d'y faire et ça c'est un boulot de dingue. Et c'est très mal rémunéré [...] 2-3 heures pour 60 euros en tout. »*

Notons que le temps consacré à ces comptes-rendus peut aussi empiéter sur les prises en charge et contribuer à allonger les listes d'attente...

## 7. LES RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES

Quel que soit le territoire d'exercice, les orthophonistes ne travaillent pas seuls. Leur travail s'effectuant sur prescription médicale (du moins dans le cadre des soins remboursés par l'Assurance Maladie). Par ailleurs, ils peuvent parfois réorienter leurs patients, selon les besoins et les situations, ou travailler de manière coordonnée avec certains professionnels.

### 7.1. Les médecins prescripteurs

Les premiers partenaires des orthophonistes libéraux sont les médecins prescripteurs. Ceux-ci ne sont pas forcément à l'origine de la demande de bilan orthophonique (de plus en plus souvent spontanément demandé par les parents, mais surtout de plus en plus souvent sur suggestion des enseignants, semble-t-il). Cependant, même s'ils ne sont pas à l'origine de la demande de bilan, la prise en charge ne pourra faire l'objet d'un remboursement que si une prescription émane formellement d'un médecin.

#### 7.1.1. La prescription : un acte formel, qui suit les recommandations de l'orthophoniste

Les orthophonistes interviewés soulignent que la prescription par un médecin n'a pas toujours une grande utilité. Celle-ci est *de facto* rédigée sur la base des résultats du bilan effectué par l'orthophoniste qui recommande bien lui-même le nombre de séances qui lui paraissent nécessaires et la forme de la prise en charge qui lui semble la plus adéquate. Ainsi, c'est l'orthophoniste qui décide du nombre de séances nécessaires à effectuer et de la nature du travail à réaliser pendant les séances : l'orthophoniste a



dans sa compétence, le choix de la cotation et du nombre de séances dont le remboursement sera demandé à la CPAM, le médecin prescrit seulement une rééducation.

Reste que les médecins (généralistes ou pédiatres) sont souvent peu formés eux-mêmes aux troubles du langage, de la voix, et encore moins aux techniques de rééducation. Dans les faits il semble ainsi que la grande majorité des médecins fassent confiance aux conclusions du compte-rendu (qui constitue le fondement du diagnostic, même si cette terminologie ne peut être officiellement utilisée, le « diagnostic » stricto sensu relevant du médecin) et aux recommandations des orthophonistes. Ce qui renforce encore le doute chez plusieurs orthophonistes sur l'intérêt de rédiger de longs comptes-rendus est que ces ne sont presque pas lus semble-t-il par les médecins, qui sont rarement en mesure d'interpréter eux-mêmes le test, de définir la prise en charge nécessaire... Reste que ces comptes-rendus peuvent constituer une base un peu « formelle » pour établir un minimum de partenariat, avec le médecin, autour du patient. Le médecin pouvant avoir, par ailleurs, une connaissance « globale » du patient qui peut améliorer la compréhension des orthophonistes sur la problématique, éventuellement plus large, du patient :

*« Je n'ai jamais eu aucun retour sur mes bilans. J'ai certains collègues qui n'envoient plus les comptes-rendus, parce qu'elles sont persuadées que ce n'est pas lu. Après, moi je m'évertue, peut-être, mais je continue à le faire parce qu'après, quand j'ai besoin d'un appui de leur part ou d'avoir un avis, j'hésite pas à les appeler. Et c'est vrai que ça me paraît plus logique... Ils vont peut-être jeter un œil, à un moment donné, même si c'est archivé et pas forcément lu. [...] généralement ils répondent assez présents : je ne parais pas les déranger... J'essaie de les mettre un peu dans le circuit, parce que parfois, ils sont justes... on peut avoir l'impression qu'ils font juste un papier qu'ils gribouillent... J'essaie parfois de les solliciter ».*

Il arrive que certains médecins ne suivent pas, dans un premier temps, la recommandation de l'orthophoniste, mais il semble qu'après un temps d'échange, les premiers se rangent le plus souvent à l'analyse faite par les seconds :

*« Il y a des médecins généralistes qui refusent des rééducations pour des petits qui bégaiant, alors on les appelle et on leur explique : ça peut passer tout seul, ou pas... On peut proposer quelques séances pour faire de la prévention. »*

Il ressort des entretiens que les médecins généralistes peuvent davantage « accompagner » le diagnostic plutôt que le poser. A l'inverse, les spécialistes que sont les médecins neurologues ou médecins phoniatres constituent davantage des ressources pour les orthophonistes, sur le fond.

### 7.1.2. Les orthophonistes devaient-ils être prescripteurs ?

Etant donné que les comptes-rendus de bilans semblent extrêmement peu lus par les médecins prescripteurs lorsqu'il s'agit de généralistes, qui suivent le plus souvent la recommandation des orthophonistes, certains se demandent s'il ne serait pas plus sage que ce soient les orthophonistes qui établissent directement la prescription. Pour beaucoup, le passage obligé par le médecin généraliste est une étape complètement formelle, qui n'ajoute rien à la qualité du diagnostic ou de la prise en charge envisagée. Compte-tenu de cette réalité, qui semble constatée par une large part des orthophonistes interviewés, la question de la responsabilité de la prescription se pose :

*« J'aimerais bien qu'on prescrive. Passer par le médecin généraliste, ça rajoute un peu de paperasse. Surtout que souvent, il y en a qui sont formés, mais pas tous. Alors je vois bien que parfois, c'est difficile... J'ai eu des médecins à qui j'envoyais les comptes-rendus, et qui au bout d'un moment, m'ont dit : tu me dis juste combien tu veux et je note, c'est pas la peine de m'envoyer les comptes-rendus... Donc bon, des fois c'est dommage, je me dis que quelque part, quand même, on sent bien qu'ils ne sont « que » prescripteurs. »*

*« Si les patients pouvaient venir directement vers nous ce serait quand même plus simple. On pourrait peut être aussi avoir un peu plus d'autonomie sur la prescription des examens complémentaires dont on a besoin. Quand on le met en bas du bilan, c'est ensuite le médecin traitant qui envoie ensuite... à mon avis, il y a trop d'intermédiaires. Ce serait pas plus mal et on pourrait même faire des économies de séances de généralistes, tout en gardant obligatoire un lien avec le généraliste. Et pour le coup, une base d'échange de données, le serpent de mer du carnet de santé virtuel, ce serait quand même un intérêt majeur pour le libéral. »*

Soulignons néanmoins que cette idée est davantage posée comme un constat par les orthophonistes interviewés que comme une revendication.

## 7.2. L'Education nationale

Si les médecins prescrivent, ce sont bien souvent d'autres professionnels qui orientent les patients, les familles, vers les orthophonistes... Et notamment les professionnels de l'Education nationale. A la fois « orientateurs » mais aussi partenaires dans l'accompagnement de l'enfant qui a besoin d'aménagements, parfois, pour réussir sa scolarité, les enseignants, mais aussi les professionnels du RASED sont des partenaires potentiellement très importants pour les orthophonistes :

*« Les équipes éducatives<sup>9</sup>, c'est assez intéressant, s'il y a de la confiance, s'il y a une bonne ambiance. C'est intéressant pour avancer ensemble. »*

Si ce partenariat peut-être riche et aidant pour l'enfant, il n'est pas toujours facile, les enseignants ou les professionnels du RASED ( psychologues et maitres de remédiation) notamment ne comprenant pas toujours bien la spécificité du métier d'orthophoniste et la distinction qui doit être opérée entre une intervention qui relève du soin, de la santé, et une aide qui relève du soutien scolaire, d'une démarche éducative. Les incompréhensions sont parfois fortes, d'après l'expérience des orthophonistes interviewés :

*« Pour ce qui est des troubles du langage oral-écrit, c'est eux [les enseignants] qui signalent souvent les problèmes aux familles. Après il y a parfois des problèmes, quand certains enseignants veulent absolument imposer une rééducation. Bon, qu'ils veuillent imposer un bilan, je peux comprendre, ils veulent savoir d'où ça vient, comment ils peuvent eux éventuellement adapter leur pédagogie... Mais je me suis pris de bec il n'y a pas très longtemps avec une instit qui voulait absolument que je prenne plus [souvent] le gamin, qui voulait savoir combien de fois je le voyais par mois... Enfin voilà : une intrusion qui n'a pas lieu d'être. Mais bon voilà, c'est loin d'être la majorité ! La plupart du temps c'est une bonne entente. Sauf que les enseignants n'ont pas forcément en tête qu'on ne fait pas de la pédagogie et qu'on fait du soin et même si nos interventions sont proches : c'est eux qui apprennent à écrire aux gamins... Même si c'est proche ce n'est pas le même travail. Je ne peux pas donner de conseils en pédagogie, ce n'est pas notre métier, par contre je peux donner des conseils sur une adaptation des outils. »*

*« C'est le RASED qui nous demande de faire du soutien scolaire... Alors justement, on veut les rencontrer pour éclaircir avec eux la spécificité des orthophonistes. Nous on fait de la rééducation alors qu'eux font de la remédiation, il faut qu'ils comprennent. »*

On notera que, dans certains cas, lorsque le dialogue est véritablement bloqué entre orthophonistes et Education nationale, le partenariat est rompu, et certains orthophonistes ont ainsi décidé de ne plus participer aux équipes éducatives.

---

<sup>9</sup> Equipes éducatives : temps de rencontre, qui ont lieu dans les écoles, à l'initiative des enseignants, et qui peuvent rassembler, outre les enseignants, les différents professionnels qui peuvent être amenés à suivre un enfant pour une difficulté particulière : orthophoniste, psychologue, ...

## 7.1. Les établissements et structures de soins

### 7.1.1. Les CMP et CMPP

Les centres médico-psychologiques (qui dépendent de la psychiatrie publique de secteur) et les centres médico-psycho-pédagogiques (associatifs, le plus souvent), sont des structures qui prennent en charge des enfants présentant des difficultés ou des troubles au plan psychologique, parfois associées à des troubles ou des difficultés de langage. De nombreux CMP et CMPP ont des orthophonistes salariés, mais pas tous. Il arrive alors que des enfants puissent être suivis au CMP ou au CMPP et en parallèle par un orthophoniste libéral. D'après les orthophonistes, des partenariats fluides existent parfois avec ces structures, et dans d'autres cas, chacun travaille de son côté et il y a très peu d'échanges. Il ne semble pas y avoir de règle (voire de consigne en la matière) et la qualité des relations semble fortement « personne-dépendante » :

*« On travaille de façon étroite avec les deux CMP, on a des échanges avec eux et aussi avec les psychologues et les psychomotriciennes et ça se passe très bien... On est aussi en lien avec un réseau de santé sur les dys et les troubles des apprentissages. »*

*« Je n'ai aucun lien avec eux et ils ont leur orthophoniste. Avant, j'avais des liens avec le médecin, maintenant c'est terminé. C'est utile pour les prises en charge. »*

*« Le CMP ils sont très fermés, très secrets... Ils ont leurs orthophonistes et on n'est pas en lien. »*

On notera que certaines études<sup>10</sup> ont montré que des familles reportent leurs demandes vers le CMP, même si l'enfant n'a pas de difficultés psychologiques, lorsque les orthophonistes libéraux sont « saturés » ou lorsqu'eux-mêmes n'ont pas de complémentaire santé. Inversement lorsque les CMP sont complètement « saturés » (notamment dans les territoires urbains défavorisés) les familles se tournent vers les orthophonistes libéraux, même si l'enfant aurait besoin, en complément, d'une prise en charge psychologique.

Sur certains territoires, notamment urbains défavorisés, où la demande de prise en charge peut être particulièrement élevée, il peut ainsi y avoir des phénomènes de « vases communicants » entre orthophonistes libéraux et CMP, voire CMPP.

---

<sup>10</sup> Diagnostic sur le dépistage et l'accompagnement des troubles du langage dans l'agglomération Grenobloise, avril 2011, ORS Rhône-Alpes ([http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Troubles\\_langage.pdf](http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Troubles_langage.pdf))

### 7.1.2. Les SESSAD, CAMPS, SESSAD et IME

Autres partenaires possibles, les SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile) utilisés pour certains enfants qui ont des difficultés particulières, qui nécessitent une aide régulière à la frontière entre le soin et l'éducation, les CAMPS (Centre d'Action Médico-sociale Précoce), globalement dédiés aux enfants de 0 à 6 ans porteurs d'un handicap et les IME (Instituts Médico-Educatifs) pour les enfants porteurs de handicaps ayant entre 6 et 12 ans, peuvent également être en lien avec les orthophonistes libéraux, lorsque les enfants ont besoin de plusieurs suivis simultanés. Le partenariat avec ces structures peut-être très positif pour les orthophonistes qui ont le goût du travail en équipe pluridisciplinaire, mais la problématique de la rémunération des heures de travail n'est pas toujours simple à résoudre, la jonction entre le fonctionnement libéral et salarié n'est pas toujours facile, les libéraux étant parfois « intégrés » aux temps d'échange comme s'ils faisaient partie des équipes salariées:

*« J'ai toujours été intéressée par le handicap lourd et les collègues le recherchent peu... J'ai toujours aimé et cela peut se faire en libéral, et il faut beaucoup de coordination avec les SESSAD CMP, aussi avec les libéraux comme les ergothérapeutes, les psychologues... J'aime bien... Mais le SESSAD me paye pas les réunions, c'est bien, mais il faut arriver à caser les réunions... »*

Ces prises en charge multiples sont particulièrement indiquées dans le cas de certains handicaps. Néanmoins, ces suivis multiples sont aujourd'hui fortement limités : un seul suivi peut être remboursé par l'Assurance Maladie : un enfant ne peut être suivi simultanément par un orthophoniste libéral et par un orthophoniste dans un CAMPS. Dans les faits, les familles qui ont des ressources économiques suffisantes peuvent continuer à payer un orthophoniste libéral, en sus du travail fait par l'orthophoniste du CAMPS, mais cela ne constitue pas la norme :

*« La réforme dit qu'il faut éviter les doubles suivis, donc quand ils sont déjà suivis, ils ne peuvent pas être vus en libéral... Mais ce n'est qu'une question d'argent, car dans certains IME, il n'y a pas d'orthophonistes, et alors il y a des enfants sans soins en orthophonie. Ou alors, il faut qu'ils payent, mais c'est difficile pour ceux qui ne peuvent pas payer. »*

L'accès aux orthophonistes libéraux est en effet possible sans passer par une prescription, mais les patients (ou leur familles) doivent alors s'acquitter de la totalité des coûts de prise en charge, ce qui est impossible pour les familles modestes ou économiquement défavorisées.

### 7.1.3. Les hôpitaux

Pour les patients atteints de troubles sévères, ou ayant subi des accidents graves, les hôpitaux constituent également des « orientateurs » de premier plan. Ce sont alors généralement des médecins spécialistes (neurologues, phoniatres, mais aussi psychiatres...) qui orientent les patients vers des orthophonistes libéraux, notamment lorsque les patients ont achevé leur phase de convalescence. Globalement, la neurologie et la psychiatrie sont des disciplines-clé dans ces orientations :

*« Les AVC, les aphasiques, les traumatismes crâniens c'est l'hôpital qui nous les envoie. »*

*« On nous envoie des personnes du pavillon U de HEH, pour la surdité. On échange aussi avec Saint-Jean de Dieu pour les enfants qui ont des troubles du développement, des troubles psychologiques. »*

D'après les orthophonistes interviewés, on ne repère pas de problématique particulière dans leurs liens avec les hôpitaux, les prises en charge se mettant en place de manière relativement fluide. On notera cependant que ces prises en charge concernent une petite minorité de patients au sein des files actives des orthophonistes

### 7.1.4. Les centres référents du langage

Les centres de consultation multidisciplinaire, dénommés centres référents du langage, sont attachés à des équipes hospitalières universitaires .Le dispositif de ces centres de référence a été mis en place à partir de 2001 dans le cadre du plan d'action interministériel en faveur des enfants atteints de troubles spécifiques du langage. Depuis 2004, un centre de référence est présent dans chacune des régions de métropole Dans certaines régions comme Rhône-Alpes, il y a plusieurs centres référents (4 dans le Rhône, 1 en Isère, 1 dans la Loire).

Les orthophonistes libéraux peuvent demander des examens complémentaires aux centres référents du langage, mais ceux-ci doivent le plus souvent faire face à de très nombreuses demandes et les listes d'attente exc dent souvent un an. Il est ainsi recommandé de n'orienter vers les centres référents que les patients qui ont déjà subi tous les bilans possibles à réaliser en libéral ou en établissement (CAMPS, IME, CMP, ...), qui constituent des cas particulièrement complexes, avec des résultats de prise en charge peu probants. L'intérêt d'un bilan réalisé par un centre r f rent est d'affiner le diagnostic initial, de mettre éventuellement à jour (notamment grâce à l'imagerie cérébrale) des difficultés qui n'auraient pas été repérées, et de proposer de nouvelles pistes pour ajuster ou réorienter les prises en charge. Toutes ces contraintes font des centres référents du langage des partenaires réels, mais rares pour les orthophonistes libéraux :

*« On oriente peu vers le centre r f rent : ils nous disent de réserver ça pour les cas les plus complexes. »*

## 7.1. Les parents : la difficulté de l'investissement juste

Selon les territoires, selon les milieux sociaux, les parents sont décrits comme plus ou moins démunis ou investis face aux démarches de soins, de rééducation. Si certains semblent dépassés, d'autres sont décrits comme « surinvestis », voire ont le sentiment de connaître le diagnostic avant même que le bilan ne soit fait, les discours tenus par les enseignants favorisant peut-être cette attitude :

*« J'ai des mamans qui me disent : la maîtresse m'a dit que mon enfant est dyslexique... Même sans avoir fait de bilan ! »*

Certains orthophonistes préfèrent que les parents ne soient pas présents pendant les séances (voire ne soient même pas présents en salle d'attente, pendant la séance), car ils estiment que les enfants ne s'investissent pas de la même manière dans le travail lorsqu'ils savent que leur mère est derrière la porte...

A l'inverse, d'autres orthophonistes estiment qu'il est plus facile pour l'enfant de poursuivre le travail chez lui, lorsque ses parents, sa mère, sont présents pendant tout ou partie de la séance. Ces orthophonistes estiment que les parents sont des partenaires essentiels, qu'il faut associer au travail de rééducation :

*« Il ne faut pas déposséder les parents : ils peuvent être acteurs, c'est important, pour aider l'enfant, le comprendre. »*

*« Parfois, c'est difficile de mobiliser les parents... Plus les parents s'impliquent, mieux c'est... Avoir régulièrement les parents en séance, c'est porteur et la rééducation va plus vite car les parents reprennent le travail à la maison... Mais les parents ne sont pas toujours intéressés, ils ne voient pas toujours le problème... »*

*« Mes bilans et mes séances se déroulent en présence des parents. Moi je mets en place des choses en séance, et je demande que ce soit repris à la maison 5 mn par jour. 95 % des gens adhèrent. Les 5% ils ne reviennent pas. »*

En tout état de cause, le fait de travailler dans un territoire socialement favorisé ou défavorisé impacte souvent la relation avec les parents, comme on l'a vu plus haut, les personnes en difficultés socio-économiques étant peut-être moins « exigeantes » mais parfois plus en peine pour aider leur enfant.

## 7.2. Les réseaux informels d'orthophonistes

En tant que professionnels libéraux, les orthophonistes, s'ils n'ont pas d'associés ou de collaborateurs peuvent être amenés à travailler dans une certaine forme de « solitude », pas toujours choisie. Le fait qu'il y ait une prescription médicale en amont de la prise en charge ne suffit pas à créer une relation professionnelle forte. Certains s'accommodent très bien de travailler relativement seuls, d'autres ont un exercice mixte, ce qui leur permet des temps d'échanges au sein des structures dans lesquelles ils interviennent... Enfin nombreux sont ceux et celles qui sont en lien avec d'autres orthophonistes, de manière « informelle », c'est-à-dire qui n'est encadrée par aucune structure (établissement, association, réseau officiel, ...). Ces liens, qui s'établissent souvent à l'échelle d'un territoire donné permettent des échanges sur les pratiques professionnelles (avec parfois des réorientations de patients à la clef, ou des échanges pendant les congés, ...) :

*« C'est bien de partager avec des collègues, de savoir ce que font les autres pendant la séance. »*

*« On a peu de contacts avec des orthophonistes salariées, on a plus de contacts avec des collègues libérales. Avec elles, ça se passe très bien : parfois on fait des orientations spécifiques, on peut faire des échanges de patients... Et puis s'il y en a une qui part en vacances, on peut parfois reprendre des patients. »*

Si ces réseaux donnent lieu à des rencontres espacées dans le temps, parfois les liens sont plus resserrés, et, lorsque les orthophonistes travaillent sur un même territoire, les réseaux peuvent permettre des formes de collaboration informelles, par exemple dans la gestion des listes d'attente :

*« Mes copines [...] on se voit très souvent, on s'appelle. Et puis on a un peu l'impression d'avoir la même liste d'attente, si vous voyez ce que je veux dire ! Parce que les parents ils appellent partout, et ils posent le même nom partout. Donc souvent on s'appelle et on se dit : est-ce que l'une de vous a déjà pris tel enfant ? Et on apprend que oui, il a été pris, donc on l'enlève de notre liste. On pourrait presque avoir un standard téléphonique pour toutes, mais bon comme on ne pratique pas de la même manière... On veut aussi laisser le libre choix aux parents d'aller vers l'une ou vers l'autre, quoi. »*

*« Ici le cadre est top ! On doit être une vingtaine d'ortho, et oui oui, on se connaît toutes, on mange ensemble, on a fait un repas il n'y a pas très longtemps : on se connaît ! Les filles elles ont fait un récap de qui fait quoi pour pouvoir adresser s'il y en a une qui fait les maths, l'autre qui fait le bégaiement, l'autre qui fait la voix.... Pour dire, quand on a un appel, à qui on peut réadresser. »*



Ces réseaux sont parfois ouverts à d'autres professionnels de santé qui interviennent également sur le langage, et ils peuvent donner lieu à des échanges très organisés, très structurés, sur les pratiques de chacun :

*« On a un petit groupe informel, avec des neurologues, des pédiatres, des psychomotriciennes, sur le langage, les enfants autistes. Il y a 4 ou 5 soirées organisées par an, sur les cabinets des uns et des autres, on est 10 à 25 personnes chaque fois. On peut s'orienter des patients entre nous. A chaque soirée, un thème différent est abordé : pendant une heure on présente avec un Powerpoint, et ensuite on fait un petit pot... Et entre orthophonistes on se voit deux fois par an. Toutes les orthophonistes de [...] y participent : c'est convivial et on peut s'orienter des patients, suivant les formations de chacune... »*

Ces liens permettent aussi l'établissement d'espaces de convivialité, qui renforcent les liens, les opportunités d'échange :

*« Ici, on essaye de se faire des restos, et aussi des échanges téléphoniques, par mail. »*

S'il existe souvent une notion de voisinage territorial dans ces réseaux, cela n'est pas toujours ou pas exclusivement le cas. Des réseaux d'orthophonistes ayant travaillé ou étudié ensemble à certaines périodes existent aussi :

*« Je suis toujours restée en lien avec les orthophonistes avec lesquelles j'ai passé mon mémoire. Donc du coup, pour parler de métier, y'avait pas souci. On se voit encore maintenant une fois tous les 3 mois, parce qu'elles n'habitent pas la région. Et puis pendant un temps, j'ai fait partie d'un groupe d'orthophonistes, 4 ou 5 orthophonistes, c'était il y a quelques temps, et donc j'ai gardé des liens, et dès qu'il y a un souci, je les contacte. »*

Dans certains territoires ruraux, sous dotés, ces liens peinent cependant à s'établir, souvent faute de temps, dans des contextes où les demandes abondent :

*« Je les connais mais on ne collabore pas beaucoup... De toute façon on a tellement de travail, les unes les autres qu'on n'a pas le temps. »*

*« On connaît les orthophonistes de R... parce qu'on fait un repas par an, pour se rencontrer, pour discuter de l'organisation de chacune... Moi j'avoue je ne connais pas beaucoup les orthophonistes... Je n'ai pas fait beaucoup de réunions, je ne suis pas syndiquées en plus... Mais c'est encore des choses qui prennent du temps, et j'avoue que les week-end et les soirées, j'ai parfois envie de faire autre chose... »*

Il y a toujours une part de motivation individuelle qui détermine la participation des orthophonistes à ces réseaux, mais sur l'ensemble des personnes interviewées, la grande majorité avait un petit réseau fondé sur les échanges, les réorientations et aussi la convivialité.

## 8. LES EVOLUTIONS DU METIER

Les orthophonistes que nous avons interviewés notent que leur métier a réellement évolué au fil du temps et que des changements d'approches, de pratiques se sont opérés depuis qu'ils ont débuté leur carrière. Le constat est particulièrement fort chez ceux qui sont en milieu ou en fin de carrière.

### 8.1. Approches psychologiques, approches neurologiques

Certains orthophonistes ont le sentiment que le développement des neurosciences a beaucoup impacté à la fois les diagnostics qui sont posés sur les patients, mais aussi la forme des prises en charges. Ceux qui ont démarré leur carrière il y a plusieurs dizaines d'années estiment que les neurosciences ont peut-être un peu supplanté la psychologie dans la compréhension de certaines difficultés de langage, au risque parfois, de glisser dans des explications un peu mécanistes et d'oublier les aspects relationnels et affectifs qui peuvent bloquer ou stimuler le langage :

*« Ça a beaucoup bougé avec les neurosciences... Ça permet de comprendre mieux le fonctionnement du cerveau, là où il faut faire des efforts... Mais je conserve le côté relationnel à l'enfant, qu'il soit partie prenante, qu'il soit content de venir... [...] il faut lui donner le plaisir du langage écrit, de la lecture. [...] les orthophonistes sont de plus en plus neuropsychy... Mais quelque part, un être humain, c'est plus complexe. »*

Ces évolutions impactent aussi les relations qu'ont certains orthophonistes avec les centres référents du langage (souvent plus proches des démarches neuroscientifiques) mais aussi avec les CMP, CMPP (parfois plus proches des lectures psychologiques, voire psychanalytiques des troubles du langage). Au-delà des évolutions scientifiques, la sensibilité de chacun impacte la façon dont il peut y avoir ou non appropriation de ces évolutions.

## 8.2. Les besoins des patients

Au-delà des évolutions théoriques, médicales qui ont pu modifier certains diagnostics et formes de prises en charge, plusieurs orthophonistes soulignent que les besoins de la population ne sont pas non plus exactement les mêmes qu'il y a 20 ou 30 ans.

### 8.2.1. Les pathologies en recul, en développement

Plusieurs orthophonistes ont déclaré prendre de moins en moins souvent en charge des enfants sourds. En effet, les enfants sourds sont de plus en plus nombreux à avoir un implant cochléaire dès le plus jeune âge, ce qui leur permet d'entendre les sons et modifie complètement leur apprentissage de la communication orale, qui est maintenant très proche de celle des « bien entendants ».

A l'inverse, les accidents vasculaires cérébraux sont plus nombreux aujourd'hui, et aussi plus efficacement et précocement pris en charge. De ce fait les orthophonistes ont davantage de patients en rééducation, qui ont subi un AVC et qui doivent réapprendre à parler, mais aussi à déglutir, ... De même, l'allongement de la durée de la vie qui va de pair avec le développement des dégénérescences séniles (Alzheimer, Parkinson, ...), est la cause d'une prise en charge accrue des personnes âgées, chez qui il ne s'agit pas de restaurer des fonctions perdues, de soigner un trouble, mais de retarder la perte d'autonomie et d'aider à maintenir, autant que faire se peut, une bonne qualité de vie.

Chez les enfants, qui, pour la plupart des orthophonistes interviewés, demeurent la part la plus importante de la patientèle, des évolutions sont aussi soulignées. En premier lieu, les problèmes présentés se sont complexifiés, ou du moins les prises en charge possibles se sont affinées. Certains troubles dont on pensait qu'ils étaient relativement « simples », sont aujourd'hui interprétés comme ayant des ramifications complexes (notamment liées au développement du cerveau) et nécessitent des prises en charges multiples et complémentaires, ce qui n'est pas toujours possible pour les familles :

*« Je dirais que de plus en plus il y a des jeunes qui ont besoin de doubles suivis. Et on sent qu'il y a aussi un besoin de logique, et pas que le langage. Effectivement, il y a de plus en plus de besoins pour ces jeunes. Et finalement, ce sont des jeunes qui iraient bien dans les centres (CMPP)...où là il peut y avoir effectivement un suivi pluridisciplinaire. Et après il n'y a pas forcément de places, et tant que les suivis sont remboursés en libéral, les parents ont encore parfois le courage de faire tous ces déplacements là. »*

Les exigences scolaires ayant également évolué, et l'échec scolaire étant de moins en moins bien toléré au niveau social, familles et éducateurs ont de fortes demandes pour tout ce qui peut aider, favoriser les apprentissages et la réussite scolaire. De là une confusion qui s'opère parfois concernant les objectifs de l'orthophonie, qui reste ancrée dans le champ de la santé, de la prise en charge de troubles, mais qui est

parfois utilisée comme un appui aux apprentissages. Une tendance contre laquelle les orthophonistes essaient de lutter :

*« Au niveau du logico-mathématique, les gens sont mal informés, et il y a de plus en plus de demandes. Mais ce n'est absolument pas du soutien scolaire... Mais il peut y avoir confusion : il y a des patients qui arrivent en larmes car ils n'ont pas su traiter un devoir d'école... Mais avec moi, tout ce qui est fait ensuite est mis à la poubelle, et ensuite l'enfant le refait chez lui. »*

Plusieurs orthophonistes ont d'ailleurs insisté sur le fait qu'ils sont de plus en plus souvent appelés pour « réparer » ce que l'école n'a pas su faire, ou pis, ce que l'école aurait « cassé ». Certains orthophonistes sont ainsi très critiques sur la façon dont l'école enseigne aux enfants, et sur les dégâts provoqués par certaines rigidités du système scolaire, aggravées parfois par des environnements sociaux et familiaux peu stimulants :

*« Le système broie les enfants : ce n'est pas assez individualisé... Les enfants sont victimes du système : les orthophonistes pallient aux problèmes de l'éducation nationale. Le système va mal : il y a de plus en plus de souffrance des enfants... Les rythmes de l'enfant ne sont pas respectés. »*

*« Je vois chez les ados une baisse du niveau de vocabulaire, de la syntaxe, c'est environnemental, c'est la société... Ils ont de plus en plus de problèmes de compréhension... Il y a une part de responsabilité familiale importante et aussi de l'Education nationale : il y a des failles. »*

C'est là sans doute un grand constat partagé par la plupart des orthophonistes interviewés. La société s'est complexifiée : exigences de l'école en décalage avec ce qui est enseigné, précarité des familles, migrations... Un mille-feuille de difficultés pèse parfois sur les enfants qui impacte négativement le langage. Les enseignants se tournent alors facilement - trop facilement ? - vers les orthophonistes, qui peuvent effectivement souvent aider l'enfant dans les apprentissages... Alors que le problème, à la base, est peut-être plus « sociologique » ou éducatif que sanitaire, à proprement parler :

*« Chez les enfants, jusqu'à 11-12 ans, il peut y avoir des retards, des problèmes de compréhension... Cela dépend aussi du niveau familial : on ne sait pas toujours si c'est de la pathologie ou du social. Il faut faire la part entre ce qui relève de l'orthophonie et ce qui relève de l'éducation : les enfants des CLIN, je ne les prends pas.[...] Je vois de plus en plus de primo-arrivants, mais ce n'est pas mon boulot : je n'enseigne pas le français, ce n'est pas mon travail... C'est les maitresses qui nous les orientent. C'est une situation qui m'agace énormément. J'aurais voulu qu'on se mette d'accord, toutes les orthophonistes de [la ville] pour rappeler aux maîtresses dans quels cas on peut orienter vers les orthophonistes.... »*

Certains orthophonistes refusent purement et simplement certains patients, en leur expliquant que leur problème ne relève pas de l'orthophonie. D'autres développent des démarches pour former les enseignants, afin de les rendre vigilants à certains symptômes, mais aussi afin d'éviter des orientations intempestives vers l'orthophonie lorsque les problèmes sont essentiellement éducatifs.

## 9. LES ATTENTES POUR L'AVENIR

Même si les orthophonistes interviewés sont globalement satisfaits de leur métier et de leurs conditions de travail, ils énoncent néanmoins certaines améliorations qui pourraient être apportées, dont certaines paraissent particulièrement nécessaires.

### 9.1. Favoriser l'installation en zones sous dotées

#### 9.1.1. Modifier le numéris clausus

Interrogés sur les solutions possibles face au problème de la sous dotation de certains territoires, les orthophonistes ont souligné certains points sur lesquels des changements pourraient intervenir.

Le numéris clausus qui existe, *de facto*, du fait du nombre de places limitées dans les écoles d'orthophonistes semble ainsi inadapté à certains qui estiment que ce nombre est aujourd'hui en total décalage avec l'évolution des besoins de la population, mais aussi avec les compétences des candidats. Le concours est extrêmement sélectif, mais au fond pas forcément en phase avec les compétences qui sont réellement nécessaires pour exercer le métier d'orthophoniste :

*«Le numéris clausus n'est pas du tout adapté: il y a tant de gens qui n'ont pas le concours... Le concours n'est pas adapté... Ce n'est pas en adéquation avec la demande: il faut former plus d'orthophonistes!»*

Si tous les orthophonistes ne sont pas favorables à un élargissement du numéris clausus, ceux qui travaillent dans des zones sous ou très sous dotées sont plutôt attirés par cette solution, étant donné le peu de « candidats » à l'installation en rural parmi les jeunes diplômés, aujourd'hui.

### 9.1.2. Installer des quotas à l'installation dans les territoires sur dotés

D'autres ont évoqué la possibilité d'instaurer des limites à l'installation des orthophonistes dans les territoires sur dotés, afin de favoriser un report vers les territoires intermédiaires ou sous dotés. Certains sont favorables à ce type de mesure coercitive, alors que d'autres y sont totalement opposés :

*« S'il y avait des quotas à l'installation, je ne serai pas contre. »*

*« On y sera peut-être obligés, mais ce serait terrible : les quotas, je trouve ça odieux. »*

D'autres souhaitent davantage explorer la voie des mesures incitatives, notamment en facilitant et en encourageant les stages des étudiants orthophonistes dans les zones sous dotées. Reste que les stages de moins de trois mois ne sont pas rémunérés, ce qui n'encourage pas les étudiants à faire l'effort d'aller en rural sous doté, où il faut prévoir un hébergement, et pour lesquels il faut faire face aux coûts de déplacements.

Du côté des orthophonistes, accueillir un stagiaire requiert un effort d'encadrement qui n'est pas négligeable. Et ce, même si l'Agence Régionale de Santé propose des aides pour favoriser l'accueil de stagiaires (information qui semble largement méconnue, au demeurant)

Enfin, certains orthophonistes rappellent que la profession est encore très largement féminine. Or, l'activité professionnelle des femmes, au sein des ménages, reste encore souvent la variable d'ajustement. Travaillant moins souvent à temps plein que leurs conjoints, et souvent pour des revenus inférieurs, elles suivent le plus souvent ceux-ci... Le couple va donc avoir tendance à s'installer là où le conjoint peut trouver du travail, qui se trouve rarement en zone rurale, même si c'est là que les orthophonistes peuvent avoir un bon potentiel de patientèle. Il y a donc peut-être une réflexion à mener pour attirer davantage les hommes vers les études d'orthophonie, qui iront peut-être plus facilement s'installer dans les zones sous dotées (ce qui ne se confirme cependant pas chez les autres professionnels de santé où les hommes sont majoritaires.)

### 9.1.3. Ajuster et compléter les critères de classement des zones

Par ailleurs, il serait nécessaire, pour beaucoup de mieux classer les territoires, et sur des laps de temps plus courts (et plus tous les 5 ans), en prenant notamment en compte les plages horaires d'ouverture des cabinets, mais aussi la situation économique et sociale des territoires, la défavorisation pouvant être en lien avec des difficultés d'apprentissage, de maîtrise du langage oral et écrit qui augmentent le volume des demandes. Le fait que ces demandes ne sont pas toujours en lien avec un réel problème de santé posant par ailleurs d'autres difficultés, puisque la prise en charge est remboursée par l'Assurance maladie.

#### 9.1.4. Aider les jeunes à démarrer leur carrière en rural

Il serait appréciable, pour encourager les jeunes à s'installer dans des territoires ruraux, des territoires sous dotés de faciliter leur installation en les aidant :

- A trouver des locaux aux normes (notamment en matière d'accueil des personnes à mobilité réduite), à faire face aux charges, au moins pendant les premières années de carrière
- A trouver un logement en zone rurale, économiquement et géographiquement attractif
- A monter des cabinets de groupes, à avoir des associés, en soutenant la communication de ceux qui recherchent des associés, en favorisant les rencontres entre jeunes diplômés et orthophonistes déjà installés
- A avoir un exercice mixte, en favorisant les partenariats avec les établissements des territoires ruraux (pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes en soins de suite, ...). Et ce d'autant plus que l'exercice mixte peut être intéressant à différents âges de la vie ; pour les femmes, au moment des congés maternité, mais aussi en fin de carrière.

Au-delà de ces éléments de facilitation, il semble également important de favoriser la réalisation de stages de fin d'étude en zones rurales, sous dotées. Faciliter les déplacements, l'hébergement et l'accueil en cabinet est une solution déjà envisagée par d'autres professions de santé qui constatent que les jeunes diplômés sont souvent des urbains qui méconnaissent totalement les possibilités de l'exercice en rural et la qualité de vie que l'on peut y avoir.

## 9.2. Alléger certaines contraintes administratives

Même si les conditions de travail sont globalement décrites comme convenables ou bonnes, une part des orthophonistes interviewés soulignent que certaines exigences ou pratiques pourraient être modifiées et allégées car elles ne se justifient pas toujours. La rédaction de comptes-rendus détaillés, qui suivent les bilans, qui sont transmis ensuite aux médecins qui les lisent rarement ou les « survolent », semble une pratique surannée à certains et une énorme contrainte, mal rémunérée :

*« Les comptes-rendus de bilan, c'est beaucoup d'heures de travail : le temps de passation c'est déjà 1h30, avec la correction et l'analyse, c'est 4 à 5 heures. »*

Certains prônent ainsi un assouplissement formel de l'obligation de rédiger ces comptes-rendus (ce qui s'accorderait avec la pratique d'une partie des orthophonistes, qui ne rédigent plus que certains comptes-rendus). Moins détaillés, non systématiques, et non systématiquement envoyés aux médecins généralistes, qui demeurent les prescripteurs officiels, ces comptes-rendus de bilans doivent être repensés pour que cette démarche retrouve un sens et une utilité réelle.

Notons que ces changements devraient selon certains interviewés s'accompagner d'une possibilité pour les orthophonistes de prescrire eux-mêmes. Si certains continuent de penser que le médecin demeure un

partenaire qui doit continuer à assumer la responsabilité du diagnostic officiel et de la prescription, d'autres pensent que ce circuit de prescription ne se justifie plus, les médecins généralistes n'ayant pas la formation nécessaire pour, en réalité, poser le diagnostic et définir la prise en charge à mettre en place.

Au plan administratif, même si plusieurs orthophonistes ont souligné que les évolutions des relations avec les CPAM se sont améliorées et que le télépaiement a simplifié les choses pour eux, d'autres soulignent qu'en cas de problème la CPAM est difficile à joindre. Par ailleurs, les cotisations à payer à la CARPIMKO ou aux URSSAF sont jugées très lourdes par certains. Une part des orthophonistes souhaiterait ainsi des relations un peu plus fluides avec la CPAM, notamment lorsque des difficultés dans les paiements sont repérées, et enfin que les cotisations soient allégées. La restauration d'un guichet privilégié pour aider les professionnels de santé semble souhaitable à beaucoup qui regrettent de ne plus avoir de « canal » d'échange spécifique ou facilitant avec la CPAM...

*« L'administratif outrepassa notre travail : c'est pas de la clinique, toutes ces cases à cocher, pour moi c'est très lourd. »*

*« Ce serait bien qu'on soit moins surchargé au plan administratif, avec les URSSAF, CPAM, CARPIMKO... on est pris pour des vaches à lait. J'ai l'impression que la CPAM fait souvent des erreurs, et avec la plateforme téléphonique, on n'est pas aidés. »*

Notons que la question des cotisations à la CARPIMKO est souvent évoquée par les professionnels de santé, d'une manière générale, qui estiment qu'elles sont très élevées

### 9.3. Affiner, améliorer certaines pratiques en orthophonie

Face aux évolutions des besoins, aux évolutions du métier, certains orthophonistes souhaitent qu'une réflexion soit développée sur plusieurs axes :

- Le développement de l'analyse de la pratique, notamment pour les orthophonistes qui exercent seuls, en territoire sous doté et qui ont peu d'occasions d'échanger avec des confrères ou consœurs
- Le rôle des comptes-rendus de bilans orthophoniques : quel est leur utilité, comment doivent-ils être rédigés, et dans quel objectif ? La pratique réelle montrant qu'ils sont aujourd'hui peu ou pas lus par les médecins généralistes souvent prescripteurs. Faut-ils les maintenir en l'état, et si c'est le cas pour quelle rémunération. Faut-il réduire les exigences et les ajuster aux pratiques et besoins tels qu'observés dans la réalité ?
- Développer les partenariats avec d'autres professionnels de santé particulièrement en prise avec les problématiques de langage : les neurologues, neuro-psychologues, psychologues, à l'instar de ce qui se fait, semble-t-il en Belgique, au Canada, aux Etats-Unis
- Dans le prolongement de ces partenariats et des réflexions à affiner, il serait d'après certains, nécessaire d'approfondir la réflexion sur les besoins des enfants porteurs de handicap, mais aussi de mieux redéfinir les frontières entre les besoins qui sont en lien avec un problème de santé et ce que



d'aucuns nomment les « besoins en soutien scolaire », la question du mal-être, de la fragilisation des enfants en échec scolaire posant néanmoins la question de la « bonne santé » dans un registre différent de celui des troubles cognitifs, des troubles développementaux.

- Enfin, il semble indispensable à beaucoup de proposer des formations à ce qu'est l'orthophonie aux partenaires « naturels » des orthophonistes : médecins généralistes, pédiatres, enseignants, professionnels des RASED. Ceci existe déjà sur certains territoires et semble à la fois correspondre à de réels besoins, mais souvent aussi à des attentes de la part de ces professionnels, qui souvent, à leur corps défendant, tombent dans le travers de la sous-orientation ou de la sur-orientation, craignant de « médicaliser » tous les problèmes ou au contraire de passer « à côté » d'un problème qui dépasse les difficultés éducatives.

#### 9.4. Favoriser une meilleure reconnaissance du métier d'orthophoniste

Même si la plupart des orthophonistes interviewés n'ont pas fait état de revendications concernant le niveau de cotation de leurs actes et leur niveau de rémunération, ils ont cependant été nombreux à souligner que le travail de bilan (comprenant les tests, l'analyse des tests, et la rédaction d'un compte-rendu) est extrêmement chronophage (entre 2 et 4 heures de travail par bilan, au total, voire parfois davantage), l'ensemble étant rémunéré en moyenne 60 euros. Ce tarif semble dérisoire à tous, au-delà même du sens et de l'utilité que peut avoir le compte-rendu. Plusieurs estiment ainsi que la rémunération du bilan doit être revue à la hausse pour correspondre au temps de travail réel qu'il implique :

*« Il faudrait réévaluer le coût du bilan. On est payé à l'acte : c'est 60 euros le bilan ... Et la séance, c'est trente euros pour trente minutes, mais il y a les temps de préparation... »*

Enfin, certains orthophonistes, même s'ils se sentent globalement bien reconnus dans leur travail estiment qu'il y a de plus en plus de sollicitations qui sont en décalage par rapport à leurs compétences et à leurs missions. Parfois utilisés comme des outils complémentaires à l'école, ils soulignent qu'ils peuvent traiter des patients de toutes les tranches d'âge, ayant des difficultés extrêmement diversifiées, et qu'ils ne sont pas en quelque sorte des « prothèses » de l'Education nationale. Certains souhaitent ainsi que des campagnes d'information et de sensibilisation soient menées pour que parents et enseignants notamment, sachent mieux dans quels cas faire appel aux orthophonistes :

*« J'aimerais bien qu'il y ait une campagne de sensibilisation sur le rôle des orthophonistes : on ne travaille pas qu'avec des enfants, on n'enseigne pas le français... Il faudrait faire une campagne nationale. »*

Cette question soulève néanmoins le débat du lien exclusif, pour le moment, de l'orthophonie avec la santé. Comme on l'a vu plus haut, l'orthophonie, dans certains pays francophones est autant reliée à la santé qu'aux processus d'apprentissages, ces derniers pouvant parfaitement être déconnectés de problématiques de santé.

Par ailleurs, une meilleure reconnaissance du rôle et de la compétence des orthophonistes pose la question de leur capacité à poser un diagnostic, à prescrire la forme et le contenu de la prise en charge. Globalement, il semble qu'aujourd'hui les faits soient en contradiction avec les textes : les médecins généralistes réalisent la prescription formelle (qui permet le remboursement par l'Assurance Maladie), mais ils n'ont souvent pas la formation qui leur permet de poser réellement un diagnostic ou de définir la prise en charge la plus appropriée.

Faut-il que les orthophonistes prescrivent ? Quelle serait la plus-value pour les patients ? Les risques pour les patients ? Les risques éventuels de « dérapages » pour l'Assurance Maladie ? Le débat n'est pas nouveau et il reste d'actualité, même si ce n'est pas sur ce point que portent les revendications les plus fortes des orthophonistes.

Si les orthophonistes se déclarent globalement satisfaits de leur niveau de rémunération, certains estiment néanmoins qu'au-delà de la revalorisation des bilans, il serait nécessaire de revaloriser les AMO, mais aussi de faire une lettre-clef modulable selon les territoires et prenant en compte le volume et la nature des demandes.

Enfin, la reconnaissance du niveau d'étude des orthophonistes en tant que Master (Bac + 5), outre le fait qu'elle serait cohérente avec la durée réelle des études, permettrait de développer une recherche universitaire, faite par des orthophonistes, comme c'est déjà le cas dans de nombreux pays.

# SYNTHESE ET PISTES DE REFLEXION



## Synthèse de l'enquête par questionnaire

---

### Descriptif de l'échantillon représentatif

L'enquête par questionnaires s'est déroulée du 30 avril au 30 juin 2015, en réalisant un sondage élémentaire aléatoire au ¼ dans chacun des cinq niveaux différents de dotation. Elle a permis d'interroger un **échantillon représentatif** de 361 orthophonistes exerçant dans chacune de ces **cinq catégories de territoires définies : très sous doté, sous doté, intermédiaire, bien doté et sur doté**, le taux de réponse global aux questionnaires ayant été de 67%.

Les répondants à l'enquête étaient très **majoritairement des femmes** (98,6%), dont la plus grande partie avait entre **25 et 40 ans**, vivait **en couple** (80,6%) et avait, pour un peu moins de la moitié des répondants, des enfants de moins de 12 ans. En termes de territoire d'exercice, la répartition des répondants était la suivante :

- 43% en sur doté
- 30% en intermédiaire
- 19% en bien doté
- 4% en sous doté
- 5% en très sous doté

Presque la **moitié des répondants** exerce en **zone urbaine et un peu moins d'un quart en zone périurbaine**. Près de **90%** des orthophonistes interrogés exercent **en libéral « pur »** et seulement 10 % ont un exercice mixte. Près de 60% exercent par ailleurs en cabinet de groupe et un tiers en cabinet individuel.

Plus des **deux tiers des actes pratiqués concernent les retards de parole et les pathologies du langage écrit**, suivis par la rééducation logico-mathématique qui concerne 10% des actes.

Le principal prescripteur d'actes est le médecin généraliste (44%) suivi par le pédiatre (23,8%).

### Classement ressenti et classement officiel du territoire d'exercice, en terme de démographie (dotation)

On observe un très fort décalage pour ceux qui travaillent dans une zone officiellement classée comme sur dotée : très peu ont le sentiment de travailler sur un tel territoire, alors qu'ils sont très nombreux à ressentir leur territoire d'exercice comme intermédiaire, et encore plus nombreux à considérer leur territoire comme sous doté.

Ainsi, globalement, **les orthophonistes ont le sentiment de travailler sur un territoire moins doté que ne l'indique le classement « officiel » de leur territoire d'exercice.**

Ce sentiment de travailler dans un territoire sous doté ou intermédiaire, même si le classement officiel indique que le territoire est « bien doté » concorde avec les délais existants pour un premier rendez-vous. Pour 53% des orthophonistes, leur liste d'attente pour un premier rendez-vous est de 4 mois, et pour 37% qu'elle est de plus de 6 mois. De même, pour la majorité des orthophonistes le délai d'attente moyen pour effectuer un bilan est de plus de 6 mois. Ainsi, **les délais d'attente des territoires officiellement classés comme « intermédiaires » sont en réalité relativement longs en ce qui concerne les bilans ou les prise en charge** puisqu'ils excèdent 6 mois. Des délais aussi longs que sur les territoires officiellement classés comme très sous dotés, où 46% des orthophonistes ont des délais de plus de 6 mois pour effectuer un bilan : une part importante, mais néanmoins inférieure à ce qui est observé en sous doté et intermédiaire, où 69% et 61% des répondant affirment avoir des délais de plus de six mois. De même, 82% des orthophonistes qui estiment exercer dans une zone très sous dotée déclarent que les délais pour un premier rendez-vous sont au moins de 7 mois. A l'inverse, 88% de ceux qui pensent exercer en zone sur dotée déclarent des délais de 1 à 2 mois pour un premier rendez-vous.

En ce qui concerne la **prise en charge des urgences, le délai est de 1 à 3 semaines pour près de 60% des répondants** et environ **un tiers ne prennent pas d'urgence**. En la matière on note également un décalage surprenant : 18% de ceux qui travaillent dans un territoire officiellement sur doté prennent les urgences en moins d'une semaine, ce qui est aussi le cas dans les territoires officiellement classés comme sous dotés. En revanche, si l'on se base sur le bassin d'exercice ressenti, seuls 11% des orthophonistes pensant exercer en zone sous dotée prennent des urgences en moins d'une semaine alors que 48% de ceux qui affichent ce délai estiment être en territoire sur doté.

Tous ces indicateurs montrent un **fort décalage entre le ressenti des orthophonistes et le classement officiel du territoire**, la tendance globale étant de considérer que son territoire d'exercice est moins doté que le classement officiel ne l'indique.

### **Le choix d'un territoire d'exercice**

Les raisons d'installation sur un territoire sont, en première instance, pour un tiers **le potentiel de patientèle** et pour un autre tiers **l'emploi du conjoint**, le rapprochement familial et l'attrait du territoire étant les raisons qui arrivent en seconde position pour un quart de l'échantillon.

Plus de **60% des enquêtés disent ne pas avoir envie de changer de territoire d'exercice**. 60% des orthophonistes estiment exercer dans un territoire favorisé ou très favorisé et 36% d'entre eux dans un territoire défavorisé ou très défavorisé...

Parmi les orthophonistes enquêtés **44% ne connaissent pas le contrat incitatif, mais parmi ceux qui le connaissent 85% le jugent utile**. Enfin, 48 % de ceux qui le considèrent utile exercent en zone très sous dotées... et 54 % exercent en zone sur dotée ! Enfin, **51% de ceux qui ne connaissent pas ce contrat exercent en territoire intermédiaire**.

Les répondants qui estiment ce contrat inutile expliquent que cette aide a peu d'impact par rapport aux critères familiaux et personnels, et ce d'autant plus qu'elle est considérée comme faible et n'impliquant pas un accompagnement dans la recherche de locaux adéquats... Enfin, s'installer ne suffit pas : d'après les enquêtés il faudrait peut-être aussi développer une aide pour les aider à rester sur les territoires sous dotés.

### **Satisfaction quant aux conditions de travail**

**90% répondants se déclarent satisfaits de leurs conditions matérielles d'exercice et des relations avec la patientèle.**

Environ **55% des répondants se déclarent seulement « assez satisfaits » quant à leur charge de travail, mais aussi leur rythme de travail**, et ce sont globalement ceux qui exercent en **territoire officiellement classé comme sous doté ou très sous doté**.

Ceux qui ont expliqué les raisons de leur satisfaction ont déclaré exercer un métier passionnant, varié, utile et déclarent apprécier la relation avec leurs patients.

Enfin, **en matière de rémunération, 42% se déclarent très satisfaits et 45% se déclarent peu satisfaits**. Les insatisfaits estiment que leur rémunération est faible au regard de leur charge de travail, de leur niveau d'études, mais aussi comparativement à d'autres professions médicales. Enfin, le poids de la charge de travail nuit à la fois à la qualité de vie personnelle et à la qualité du travail d'après les répondants, avec notamment le stress engendré par le fait de devoir régulièrement refuser des demandes de patients dans les territoires sous dotés.

## **Synthèse de l'enquête qualitative**

---

### **Méthodologie**

29 entretiens semi-directifs approfondis ont été menés en Rhône-Alpes, équitablement répartis dans les 5 catégories de zones de dotation, sur des territoires urbains et ruraux, dans tous les départements de la région, le Rhône ayant néanmoins prédominé. Les entretiens ont été d'une durée de 1 à 2 heures.

### **Devenir orthophoniste libéral**

Les motivations pour devenir orthophonistes sont souvent liées à des rencontres à la fin de l'adolescence, mais aussi à un goût pour le langage et pour le soin. Si certains ont hésité avec l'enseignement ou avec une autre profession de santé, la relation individuelle avec un patient l'a emporté, notamment du fait que ce métier permet de travailler avec des enfants.

Les personnes interviewées ont plutôt une bonne image du parcours d'études nécessaire pour devenir orthophoniste, même si plusieurs regrettent que le diplôme ne soit pas reconnu comme un « bac + 5 » ce qui correspond à la durée réelle des études actuellement. Un manque est cependant souligné, l'absence de préparation pour aborder l'exercice en libéral.

Contrairement à d'autres professions de santé qui indiquent massivement choisir l'exercice en libéral par goût de la liberté et rejet des contraintes hiérarchiques, on trouve chez les orthophonistes interviewées un discours moins tranché.

Plusieurs interviewés ont un exercice mixte et ceux qui ont un exercice en libéral « pur » auraient, pour certains d'entre eux, pu être intéressés par un exercice en établissement, Trois écueils néanmoins sont repérés par les orthophonistes pour exercer en « mixte ». En premier lieu les revenus en tant qu'orthophoniste salarié sont très inférieurs à ceux que l'ont peut obtenir en tant que libéral, pour la même charge de travail. Le nombre de postes en établissements est limité, notamment en zone rurale où il y a aussi moins d'établissements. Enfin, le rythme de travail dans les établissements ne convient pas à tous, certains le jugent trop lent, ou pas assez réactif par rapport aux besoins des patients.

### **Choix et perception des territoires d'exercice**

Chez les personnes interviewées, le choix du territoire d'installation a été très largement guidé par des considérations familiales : rapprochement avec les parents, facilités pour passer du temps avec ses enfants au quotidien, et enfin emploi du conjoint. L'attraction pour le territoire a été un élément déterminant pour quelques interviewés, qui étaient notamment célibataires et sans enfants au moment où ils se sont installés.

La perception des territoires qu'ont les orthophonistes interviewés est très clivée selon qu'il s'agisse d'un espace urbain ou rural.

En premier lieu, les patients urbains sont considérés comme plus exigeants, plus pressés, stressés que les patients des zones rurales qui seraient, eux, plus conciliants et d'un contact plus agréable. Par ailleurs, les territoires urbains et périurbains sont plus souvent décrits sous l'angle de la défavorisation sociale qui, croisée avec des problématiques scolaires ou d'acquisition du français pour les enfants de familles allophones, fait émerger une importante masse de besoins, qui se situent parfois à la limite du besoin de soutien scolaire. Reste que la ville est décrite comme plus facile à vivre par certains qui apprécient d'avoir de nombreuses ressources à proximité.

Au-delà de la patientèle décrite comme agréable, respectueuse et compliant, travailler en territoire rural implique d'avoir un exercice très diversifié et un goût pour la polyvalence : d'après les interviewés il est

plus facile de se « spécialiser » en ville pour ceux qui le souhaitent. Mais les contraintes du rural sont également soulignées par les interviewés, au premier rang desquelles la sous dotation qui frappe plus facilement les territoires, et qui implique de refuser régulièrement des demandes de soins, même urgentes ce qui peut créer une frustration et un stress très fort chez les praticiens.

Quel que soit le territoire d'exercice, les orthophonistes interviewés estiment qu'en fin de carrière, ils ne pourront « vendre » leur cabinet (c'est-à-dire leur patientèle) à un successeur. Tout au plus pourront-ils vendre leurs locaux s'ils en sont propriétaires : la demande de soins est si importante que les jeunes orthophonistes qui s'installent n'ont pas besoin de « racheter » des patientèles.

Ainsi, à l'exception des centres-villes sur dotés, la demande de soins est telle que les orthophonistes qui s'installent nouvellement ne tardent pas à se constituer une patientèle. C'est d'ailleurs pour cette raison que certains orthophonistes achètent leur local : outre le fait que cela leur permet de décider des aménagements éventuels à apporter, les « murs » peuvent être vendus, au moment du départ en retraite, en tant que local professionnel, ou comme lieu d'habitation. On notera enfin que la question du local est très importante pour les orthophonistes puisque c'est là que se sont réalisées la plupart des prises en charge. Ainsi, un local aux normes, bien adapté pour recevoir les patients constitue un atout fort en termes de conditions de travail, voire d'attractivité pour favoriser la venue d'autres orthophonistes, même si les territoires ruraux sous dotés sont globalement moins recherchés par les jeunes, comme c'est aussi le cas pour les autres professions de santé.

### **Classement ressenti et officiel des territoires en termes de dotation**

Dans le prolongement des résultats de l'enquête par questionnaire, les entretiens ont montré que les orthophonistes connaissent rarement le classement officiel de leur territoire d'exercice et que, spontanément, ils considèrent travailler dans une zone moins dotée que ce classement ne l'indique. D'une manière générale, ils « s'auto-classent » dans le degré de zonage inférieur au classement officiel. Beaucoup estiment que le classement officiel est inexact par rapport à la réalité de leur exercice, et ce pour plusieurs raisons. En premier lieu, le renouvellement de la classification se ferait à un rythme trop lent (5 ans) qui ne correspond pas au rythme des flux réels de praticiens (départs en retraite et installations), enfin, il ne prend peut-être pas suffisamment en compte les temps d'ouverture réels des cabinets, certains orthophonistes ne travaillant que 2 ou 3 jours par semaine.

### **L'organisation du travail**

L'organisation du travail pour les orthophonistes passe bien souvent par quelques mois ou années de collaboration en début de carrière. Cette étape leur permet de se familiariser avec l'exercice libéral sans avoir pour autant la responsabilité du cabinet. Si certains abus sont dénoncés (des orthophonistes vivraient des seules rétrocessions de leurs collaborateurs), cette forme de travail semble appréciée par les « débutants ». Par la suite, se pose la question de travailler, ou non, avec un associé. Cette question se résout parfois d'elle-même dans les territoires ruraux sous dotés où il est souvent difficile d'attirer des associés, voire même des collaborateurs. L'association n'est pas le choix de tous, certains préférant travailler seuls et « compensant » éventuellement ce relatif isolement par une journée de travail hebdomadaire en établissement, comportant des opportunités d'échanges au sein d'une équipe. Ceux qui travaillent en association y voient de nombreux avantages : outre la convivialité, les possibilités d'échanger, ce format permet de mieux répondre à l'ensemble des demandes et éventuellement de se spécialiser en termes d'actes pratiqués, les orthophonistes du cabinet pouvant choisir de privilégier certains actes, par goût personnel ou du fait de formations complémentaires.

En matière de temps de travail, les orthophonistes interviewés (majoritairement des femmes ayant des enfants mineurs) ont fait le choix de travailler 3 jours par semaine. Les hommes ou les femmes interviewés qui n'ont pas de jeunes enfants travaillent 4 voire 5 jours par semaine au cabinet. La plupart des personnes interviewées déclarent prendre 3 à 5 semaines de congés en été et une semaine pendant



toutes les « petites » vacances scolaires. Ce rythme correspond à celui des enfants qui constituent la part majoritaire dans la patientèle des interviewés.

Les séances se déroulent généralement sur des durées de 30 à 40 minutes. Certains orthophonistes estiment qu'il est parfois judicieux de réaliser des « séances doubles ». Dans les territoires sur dotés il arrive qu'un patient soit vu deux fois par semaine, mais ceci semble rare dans les territoires sous dotés ou le volume de demande est tel que les patients sont généralement vus une fois par semaine.

Plusieurs personnes ont indiqué voir une cinquantaine de patients sur 4 à 4,5 jours en cabinet, par semaine.

Si certains déplorent le poids du travail administratif, notamment en ce qui concerne le recouvrement des sommes dues par les assurances complémentaires (« mutuelles »), plusieurs ont souligné que les liens avec la CPAM se sont nettement améliorés ces dernières années avec le télépaiement notamment. Cependant, plusieurs orthophonistes déplorent le fait qu'il n'existe pas de guichet facilement accessible aux professionnels de santé, et qu'il faille parfois une longue attente au téléphone ou de nombreux échanges de courriers en cas de problème.

### **Gestion des demandes, des listes d'attente**

La gestion des demandes de rendez-vous est un point spécifique et délicat dans l'organisation du travail. Seule une minorité d'orthophonistes ont recours aux services d'une secrétaire : la plupart prennent les rendez-vous directement par téléphone, en décrochant eux-mêmes ou en utilisant un répondeur téléphonique. Les freins au recours à une secrétaire sont en premier lieu le coût qui peut sembler élevé à certains (même si les secrétaires sont dans une « plateforme » située à l'extérieur du cabinet), mais surtout le fait qu'il est difficile, pour une personne non formée, de juger de l'urgence ou du bien fondé d'une demande de prise en charge. Lorsque les orthophonistes répondent elles-mêmes au téléphone, elles font une rapide évaluation des besoins de la personne et proposent alors, ou non, un bilan.

La gestion des demandes de patients renvoie de facto à la gestion de la liste d'attente. Celle-ci fait l'objet de stratégies mais aussi de points de vue différents et parfois divergents.

En premier lieu on notera que certains orthophonistes considèrent que les listes d'attentes sont parfois – voire souvent – « gonflées » avec des demandes injustifiées. Ces demandes seraient largement générées par l'institution scolaire qui, face aux difficultés scolaires des enfants, se tourne vers les orthophonistes, alors que les difficultés seraient plutôt éducatives et sans lien avec un problème de santé (neurologique, cognitif)... Ce sont ces demandes qui seraient la cause des listes d'attentes saturées... Cette approche semble minoritaire parmi les orthophonistes interviewés, même si plusieurs font le constat d'une tendance à la sur-orientation vers l'orthophonie par les enseignants.

En tout état de cause, plus la liste d'attente est longue et plus certains orthophonistes se voient contraints de refuser des prises en charge, lorsque ces listes semblent saturées. Ces refus peuvent engendrer une pression et un stress extrêmement forts chez les orthophonistes, angoissés à l'idée de dire « non » à des patients qui ont de réels besoins. Afin de réduire cette pression, certains privilégient le recours à un répondeur : ils rappellent les patients ayant laissé des messages. Ceci est cependant davantage le fait des professionnels exerçant dans des zones très dotées ou intermédiaires, où la liste d'attente n'excède pas 4 mois.

D'autres orthophonistes privilégient les demandes de certains patients : ceux qui ont des horaires souples et qui ne demandent pas exclusivement des séances en fin d'après-midi ou le mercredi, plages les plus demandées. Les patients qui peuvent être vus en journée auront ainsi plus de chances d'être pris en charge à court ou moyen terme. Les patients « insistants » peuvent également avoir de meilleures chances auprès de certains orthophonistes, l'insistance pouvant être interprétée comme le reflet d'un vrai besoin et d'une réelle motivation pour une prise en charge. Le fait de travailler à plusieurs au sein d'un même cabinet peut aussi permettre un « partage » de la liste d'attente, qui peut alors se réduire plus rapidement que des listes d'attentes séparées. Dans certains cas, et notamment lorsqu'il s'agit de personnes atteintes de pathologies complexes, il arrive également que les orthophonistes réorientent ces patients vers d'autres confrères, ou vers des établissements.

Reste qu'il y a des demandes qui peuvent être considérées comme des urgences ou du moins des priorités. Les cas les plus fréquemment cités sont les personnes ayant subi des accidents vasculaires cérébraux, des traumatismes crâniens, et qui après une phase aiguë, généralement prise en charge à l'hôpital ou en établissement, ont besoin d'une rééducation. Dans certains cas, et face à une souffrance ou une inquiétude forte perçue chez le demandeur (notamment conjoints ou parents), certains orthophonistes proposent de réaliser un bilan, qui ne sera pas forcément suivi d'une prise en charge à court terme. Dans ce cas le bilan a pour vocation de permettre la vérification de l'existence d'un problème, de le nommer (diagnostic) et dans tous les cas de sortir le demandeur de l'incertitude et d'envisager des solutions de prise en charge (éventuellement avec d'autres cabinets)

### **Satisfaction par rapport à la rémunération**

La plupart des orthophonistes interviewés déclarent être globalement satisfaits de leur rémunération, celle-ci étant supérieure en libéral par rapport au salariat. Certains pondèrent toutefois ce constat en soulignant que si les orthophonistes libéraux peuvent moduler le niveau de leurs revenus, cela se fait en travaillant moins ou plus. Mais, dans ce métier en face-à-face constant avec le patient, l'accumulation des heures de travail est une stratégie qui se heurte rapidement aux limites physiques et psychologiques du praticien... Par ailleurs, certaines activités seraient particulièrement mal payées d'après les interviewés. Les orthophonistes sont ainsi unanimes sur le fait que les comptes-rendus des bilans orthophoniques, qui sont souvent très longs à réaliser, sont très mal rémunérés. Certains évaluent qu'un bilan complet nécessite environ 4 heures (en incluant les tests, l'analyse des tests et la rédaction du compte-rendu), alors qu'il est rémunéré en moyenne 60 euros.

Cette problématique de rémunération du travail des comptes-rendus ajoutée au fait que les médecins généralistes prescripteurs les lisent peu, constituent les deux raisons pour lesquelles certains orthophonistes ont décidé de ne plus rédiger des comptes-rendus complets, sauf lorsqu'il s'agit de certains prescripteurs bien précis.

### **Les partenaires des orthophonistes libéraux**

Dans le cadre de leur activité, les orthophonistes sont en lien avec différents partenaires, au premier rang desquels les médecins généralistes, qui établissent la majorité des prescriptions. Les orthophonistes soulignent que peu de médecins sont formés en matière d'orthophonie et que, de ce fait, ils s'appuient très largement, voire uniquement, sur le bilan et les recommandations réalisés par les orthophonistes, qui de ce fait valent quasiment diagnostic et prescription. Certains orthophonistes se demandent ainsi, s'il ne serait pas plus cohérent et simple qu'ils prescrivent eux-mêmes les séances, car si les médecins neurologues et phoniâtres ont une bonne connaissance des approches et outils de l'orthophonie, cela est beaucoup moins vrai pour les médecins généralistes.

D'autres partenaires sont repérés avec lesquels les orthophonistes peuvent travailler en collaboration autour de certains patients : les professionnels de l'Education Nationale (notamment pour l'enseignement primaire), les centres médico-psychologiques et les centres médico-psycho-pédagogiques, mais aussi les SESSAD, et enfin les CAMPS et IME qui s'occupent d'enfants porteurs de handicaps. En ce qui concerne les adultes, les orthophonistes sont plus facilement en lien avec les hôpitaux, notamment pour les patients ayant subi des AVC ou des traumatismes crâniens.

Enfin, la patientèle des orthophonistes étant très majoritairement composée d'enfants, les parents de ces derniers sont souvent cités comme des partenaires. Des partenaires que certains souhaitent impliquer au maximum dans la prise en charge afin que le travail réalisé en séance puisse être poursuivi à la maison.

Autres partenaires, les orthophonistes libéraux eux-mêmes qui, à des échelles locales, sont ponctuellement en contact, pour des temps d'échanges à la fois conviviaux et professionnels, de manière souvent informelle, mais aussi parfois très structurée autour d'une thématique précise. Ces réseaux et ces échanges ont une réelle importance, même pour les orthophonistes qui travaillent en cabinet de groupe,

car ils permettent une ouverture sur d'autres pratiques et facilitent quelquefois les réorientations de patients.

### **Les évolutions du métier**

En termes d'évolutions du métier, les orthophonistes convergent sur le fait que certaines prises en charge sont en très net recul : ainsi la rééducation des enfants sourds s'est notablement réduite du fait de la banalisation des implants cochléaires. A l'inverse, l'incidence des AVC étant en augmentation, le nombre de rééducation de patients concernés progresse, de même que l'aide au maintien de certaines fonctions chez les personnes atteintes de dégénérescences séniles, de plus en plus nombreuses du fait de l'allongement de la durée de la vie

L'institution scolaire, de plus en plus sensible aux troubles du langage et des apprentissages oriente facilement vers les orthophonistes, parfois même un peu trop de l'avis de plusieurs orthophonistes qui regrettent certains excès de la part des enseignants.

Enfin, certains se félicitent et d'autres regrettent le recul des approches « psychanalytiques » des troubles du langage, qui primaient il y a encore 20 ans, au profit d'une progression des approches « neurologiques ». Les causes développementales et environnementales des troubles sont mieux connues, mais certains orthophonistes soulignent qu'il est souhaitable de maintenir un équilibre dans les soins apportés entre les deux approches, la dimension « relationnelle » du langage restant déterminante.

### **Les attentes des orthophonistes**

En ce qui concerne les problématiques de sous dotation certains prônent purement et simplement l'élargissement du numérus clausus afin que les besoins soient mieux couverts sur tous les territoires. D'autres sont favorables à la mise en place de quotas à l'installation dans les territoires sur dotés. Cette mesure coercitive est loin de faire l'unanimité parmi les interviewés, mais elle semble être la seule mesure efficace pour certains, qui veulent lutter contre les concentrations d'orthophonistes en milieu urbain.

Le classement des territoires est remis en cause par certains : les cycles de renouvellement du classement devraient être plus courts pour mieux s'ajuster aux changements effectifs, et le classement devrait mieux intégrer certains paramètres qui influent sur la nature et le volume des demandes de prises en charge. Ainsi la défavorisation sociale notamment, qui accroît les demandes de prise en charge, peut-être plus en lien avec des difficultés scolaires qu'avec des troubles, au sens médical du terme.

Les mesures incitatives restent privilégiées par certains qui estiment que c'est en aidant les étudiants en orthophonie à faire des stages hors des villes que, peu à peu, certains s'installeront dans les zones sous dotées. Au-delà des stages, des orthophonistes prônent une aide plus active aux jeunes désireux de s'installer dans les zones rurales et sous dotées. D'après certains interviewés il serait souhaitable qu'il y ait davantage d'aide pour trouver des locaux aux normes, pour faire face aux charges, pour chercher et trouver des associés, voire pour développer un exercice mixte, et aussi davantage d'aide pour trouver un logement personnel dans les zones sous dotées.

Enfin, certains insistent sur la nécessité d'alléger les parties de leur travail qu'ils jugent injustifiées, comme les comptes-rendus de bilans, peu lus par les médecins généralistes qui sont devenus, d'après certains, une contrainte administrative plus qu'une aide au diagnostic. Par ailleurs, le bilan complet devrait, selon les orthophonistes interviewés, être revalorisé en termes de rémunération.

Si les liens avec la CPAM se sont améliorés, notamment grâce au télépaiement, certains soulignent néanmoins la nécessité d'améliorer le contact direct en cas de problèmes avec certains remboursements. Si tous les interviewés ne se sentent pas débordés par le travail administratif, ils souhaitent pouvoir être aidés plus rapidement en cas de difficultés, même si celles-ci ne sont plus aussi nombreuses qu'autrefois.

Enfin, des attentes ont été exprimées quant à la pratique même du métier d'orthophoniste. En premier lieu les comptes-rendus orthophoniques doivent être réajustés en fonction de l'usage réel qui en est fait aujourd'hui, au plan de la rémunération comme au plan du contenu et du niveau de détail requis.

Pour ceux qui travaillent seuls, le développement d'analyse de la pratique serait un appui appréciable.

En termes de besoins des patients, une réflexion devrait être menée sur les enfants porteurs de handicaps, les liens à faire, ou à « défaire », entre orthophonie et besoin de soutien scolaire, à une époque où l'échec scolaire est de plus en plus redouté... Plusieurs ont également évoqué l'intérêt de développer des partenariats, autour des troubles du langage avec d'autres professionnels spécialistes : neurologues, neuropsychologues et psychologues pour affiner encore les pratiques.

Et enfin, presque de manière unanime, les orthophonistes souhaiteraient que certains partenaires non spécialistes, et notamment les médecins généralistes, mais aussi les pédiatres, les professionnels des RASED soient mieux formés aux spécificités de l'orthophonie, afin d'améliorer leur vigilance sur les risques de sous-orientation ou de sur-orientation. Des campagnes de sensibilisation à des échelles plus larges, pour les parents et les enseignants seraient sans doute aussi nécessaires.

In fine, certains estiment que le métier devrait évoluer dans le sens d'une meilleure reconnaissance du parcours d'étude, à un niveau bac + 5 (ou Master 2), et qu'il serait sans doute opportun de questionner le rôle et la responsabilité des orthophonistes en ce qui concerne le diagnostic, mais aussi la prescription de soins. Dans les faits, les médecins généralistes et les pédiatres, suivent très souvent les constats et propositions faites par les orthophonistes : ils entérinent un diagnostic plus qu'ils ne le posent...

## Pistes de réflexions pour l'avenir

---

Les orthophonistes ayant participé à cette étude sont globalement satisfaits de leurs conditions d'exercice, même si la sous dotation reste difficile à vivre pour beaucoup, car elle a pour conséquence l'impossibilité des praticiens de répondre à toutes les demandes. Problème générateur de stress et de frustration pour les orthophonistes qui redoutent que certains patients restent sans soins.

Globalement, la classification officielle des territoires d'exercice ne correspond pas au ressenti des orthophonistes. Elle prendrait mal en compte les temps réels d'ouverture des cabinets, les phénomènes de défavorisation sociale qui peuvent impacter la demande de soins à la hausse, et globalement les attentes marquées de l'Education Nationale.

Enfin certains questionnent le rôle du médecin généraliste dans le diagnostic mais aussi dans la prescription des soins à réaliser. En effet, les médecins généralistes entérinent bien souvent les constats et indications des orthophonistes, faute d'avoir eux-mêmes la formation et les connaissances pour le faire, et souvent sans même avoir lu le détail des comptes-rendus de bilans... Mais ce type d'évolution impacterait à la fois la responsabilité des orthophonistes vis-à-vis des patients, liée au diagnostic posé, et aussi la relation aux patients - et à l'Assurance Maladie - en effet prescrire et réaliser les soins à la fois, pose l'éternelle question des risques de « dérapages » et de la maîtrise des dépenses de santé. Le débat reste donc largement ouvert, et complexe, sur cette évolution possible.

A la croisée de ces différents constats, quatre grandes pistes de réflexion se dessinent pour l'avenir de cette profession, à l'échelle régionale et sans doute au-delà :

1/ La sous dotation de certains territoires, qui porte en elle le risque de sérieux retards ou renoncements aux soins pour les patients, implique de redynamiser les installations de jeunes orthophonistes sur ces zones. Les contrats incitatifs ne semblent pas suffisants pour attirer de jeunes orthophonistes sur ces territoires : les **locaux des cabinets** et **l'emploi du conjoint** doivent être deux axes privilégiés pour favoriser les installations. **L'aide au travail en équipe**, a minima avec un réseau de partenaires identifiés, peut également être un facteur d'attractivité.

2/ La classification des territoires doit mieux intégrer certains paramètres comme les **temps d'ouverture réels des cabinets** mais aussi la **situation socio-économique des territoires**. Le lien entre niveau d'échec scolaire dans certains territoires et niveau des demandes de prises en charge, avec orientation par l'Education Nationale, doit être mieux compris.

3/ De cette réflexion découle un autre champ d'interrogation autour de **l'évolution des besoins des patients**, chez les enfants mais aussi chez les adultes : le recours à l'orthophonie est reconnu comme bénéfique face à de nombreux troubles, mieux repérés ou en augmentation (AVC). La demande de soins ne semble pas devoir fléchir, même si les problématiques scolaires peuvent, chez les enfants, créer des confusions. **Comment ajuster le nombre de places en école d'orthophonie face à cette tendance ?**

4/ L'autonomie et la spécificité des orthophonistes, en termes de compétences, doit amener à **réévaluer à la fois le niveau d'études**, dans le cadre européen LMD, mais aussi **le rôle de ces professionnels dans le diagnostic et la prescription**. Au-delà de la rémunération du bilan orthophonique, l'enjeu qui se pose est celui de l'écart entre autonomie « formelle » et « réelle » des orthophonistes pour poser un diagnostic et définir une prescription adaptée aux besoins du patient.



# ANNEXES

- Questionnaire / Volet quantitatif
- Guide d'entretien / Volet qualitatif
- Détail des réponses aux questions ouvertes du questionnaire
- Références bibliographiques





# Les conditions d'exercice des orthophonistes en Rhône-Alpes.

Etude diligentée par vos représentants de  
l'URPS orthophonistes

et réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé  
Rhône-Alpes

**Questionnaire à renvoyer à l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes  
avant le 26/06/2015**

## L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

---

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes est une association loi 1901 indépendante qui a pour mission l'aide à la décision en santé publique. L'ORS a été mandaté par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) orthophonistes de Rhône-Alpes, afin de réaliser une étude sur les conditions d'exercice des orthophonistes exerçant dans les zones sous dotées, intermédiaires et bien dotées de la région.

Pour plus d'informations sur l'ORS, vous pouvez consulter son site internet :

[www.ors-rhone-alpes.org](http://www.ors-rhone-alpes.org)

### Les objectifs de l'étude

---

L'objectif général de l'URPS orthophonistes de Rhône-Alpes est de mieux comprendre ce qui fonde le sentiment des orthophonistes d'exercer dans un territoire bien ou mal doté, peut-être en contradiction avec le classement officiel du territoire d'exercice, et ce afin de proposer des pistes pour pouvoir rééquilibrer ce classement.

Il s'agit ainsi de mettre à jour, le plus finement possible, tous les éléments concrets permettant de mieux connaître et comprendre les conditions d'exercice réelles des orthophonistes en Rhône-Alpes, selon les profils de territoire, les profils de professionnels et les modes d'exercices.

Le présent questionnaire est envoyé à un échantillon représentatif d'orthophonistes exerçant dans les différentes zones sous dotées, intermédiaires et sur dotées de la région Rhône-Alpes.

Les questionnaires seront traités exclusivement par l'ORS de manière anonyme.

La participation de chacun à cette enquête est précieuse et permettra d'obtenir des résultats complets et fiables.

Aussi, **nous vous remercions par avance de bien vouloir prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire et d'utiliser l'enveloppe affranchie pour nous le retourner avant le 26 juin 2015 à :**

***L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes,  
9, quai Jean Moulin 69001 Lyon***

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter :

**Karine Fontaine-Gavino** au 04-72-07-46-27 ou par mail : [karine.fontaine@ors-rhone-alpes.org](mailto:karine.fontaine@ors-rhone-alpes.org)

Les résultats de cette étude seront accessibles sur le site internet de l'ORS Rhône-Alpes et sur celui de l'URPS orthophonistes Rhône-Alpes, fin 2015

## I - Identification

1. **Sexe**  
 homme  femme
2. **Âge**  
 25-29 ans       30-34 ans       35-39 ans       40-44 ans       45-49 ans  
 50-54 ans       55-59 ans       60-64 ans       65 ans et plus
3. **Vivez-vous en couple ?**  
 oui  non
4. **Vivez-vous avec des enfants de moins de 12 ans?**  
 oui  non
5. **Commune de résidence** (code postal).....
6. **Commune d'exercice professionnel** (code postal).....
7. **Votre commune d'exercice se situe-t-elle : ?**  
 en zone urbaine ?       en zone rurale ?  
 en zone peri-urbaine (à moins de 10 km d'une ville de plus de 10 000 habitants) ?

## II – Formation

8. **Année d'obtention du diplôme ?**
9. **Lieu d'obtention du diplôme** (code postal) .....

## III – Conditions d'exercice

10. **Exercez-vous en :**  
 libéral exclusivement ?       mixte (y compris activité salariée) ?
11. **En libéral, exercez vous :**  
 en cabinet individuel ?       en cabinet de groupe ?  
 en Maison Pluridisciplinaire de Santé ?
12. **En libéral, exercez vous en tant que :**  
 titulaire ?       collaborateur ?

13. **Si vous exercez aussi en structure, laquelle ?** : (plusieurs réponses possibles) :

- secteur hospitalier  SSR  EPHAD  CMP  
 centre de rééducation  maison d'accueil spécialisée  
 autres, précisez.....

14. **Combien de semaines travaillez-vous en moyenne par an?**

15. **Combien de demi-journées travaillez-vous en moyenne par semaine?**

#### IV – Vos patients

16. **Quel est le nombre moyen de patients que vous suivez dans l'année ?**

17. **Votre patientèle est-elle majoritairement composée :**

- d'enfants de moins de 6 ans ?  d'enfants de 6-15 ans ?  d'adultes ?  
 de personnes de plus de 60 ans ?

18. **Dans quel rayon autour de votre cabinet résident la plupart de vos patients ?**

- moins de 10 km  entre 10 et 20 km  entre 21 et 30 km  plus de 30 km

#### V– Les actes pratiqués

19. **Globalement, comment se répartissent vos actes sur une année** (en pourcentage)?

Libellés des actes	Répartition des actes
Rééducation des retards de la parole, des retards du langage oral, par séance	
Rééducation des pathologies du langage écrit, par séance	
Rééducation du langage dans les aphasies, par séance	
Rééducation des troubles du langage non aphasique dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance	
Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, par séance	
Rééducation vocale	
Rééducation dans les handicaps de l'enfant	
Rééducation logico-mathématique	
Autres	
Total	100%

20. **Combien de RDV avez-vous en moyenne par semaine ?**

**21. Les médecins prescripteurs proviennent essentiellement de :**

- médecine générale     pédiatrie     neurologie     chirurgie dentaire  
 Oto-Rhino-Laryngologie     psychiatrie  
 autres, précisez.....

**22. Vous arrive-t-il de réorienter certains patients vers d'autres ressources ?**

- oui     non

**23. Si oui, pourquoi ?**

- par manque de place     pour des raisons médicales  
 autres, précisez.....

**VI – Gestion des patients suivis**

**24. Délai moyen d'attente pour effectuer un bilan dans les 12 derniers mois ?**

- 1 à 3 semaines     1 mois     2 mois     3 mois     4-6 mois     plus de 6 mois

**25. Délai moyen d'attente pour un 1er rendez-vous de prise en charge dans les 12 derniers mois ?**

- 1 à 2 mois     3 à 4 mois     5 à 6 mois     6 à 12 mois     plus de 12 mois

**26. Pour des patients ayant des besoins de prise en charge urgente (AVC, trouble de la déglutition, paralysie faciale...), quels sont vos délais de prise en charge ?**

- moins d'une semaine     1 à 3 semaines     impossible de les prendre en charge

**27. Sur les 12 derniers mois, avez-vous pris en charge de nouveaux patients ?**

- oui     non

**28. Si non, pourquoi ? :.....**

.....

**VII – Votre territoire d'exercice**

**29. Pouvez-vous donner la ou les raisons qui vous ont conduit à exercer dans votre localité actuelle (plusieurs réponses possibles) :**

- emploi du conjoint     rapprochement familial     tarifs immobiliers  
 attrait du territoire     potentiel de patientèle     réseau socio-professionnel  
 lieux de stage     « contrat incitatif orthophoniste »  
 autres, précisez.....

**30. En dehors du départ à la retraite, envisagez-vous de quitter un jour ce territoire pour exercer dans un autre ?**

- oui     non

**31. Si oui, pourquoi ?**

.....  
.....

**32. En matière de nombre d'orthophonistes sur votre territoire, considérez-vous exercer dans une zone :**

- très sous-dotée ?    sous-dotée ?    intermédiaire ?    bien dotée ?    sur-dotée ?

**33. Pourquoi ?**.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**34. Comment décririez-vous au plan socio-économique votre territoire d'exercice ?**

- très favorisé ?    favorisé ?    défavorisé ?    très défavorisé ?

**35. Votre cabinet est-il bien desservi par les transports en commun ?**

- oui très bien    oui un peu    insuffisamment    pas du tout

**VIII – Globalement votre satisfaction professionnelle**

**36. Etes-vous satisfait de vos conditions matérielles d'exercice (cabinet et lieu d'implantation du cabinet) ?**

- Très satisfait    assez satisfait    peu satisfait    pas satisfait

**37. Etes-vous satisfait des relations avec la patientèle ?**

- Très satisfait    assez satisfait    peu satisfait    pas satisfait

**38. Etes-vous satisfait de votre charge de travail ?**

- Très satisfait    assez satisfait    peu satisfait    pas satisfait

**39. Etes-vous satisfait de votre rythme de travail ?**

- Très satisfait    assez satisfait    peu satisfait    pas satisfait

**40. Etes-vous satisfait des relations avec les partenaires professionnels locaux ?**

- Très satisfait    assez satisfait    peu satisfait    pas satisfait

**41. Etes-vous satisfait de votre niveau de rémunération ?**

- Très satisfait    assez satisfait    peu satisfait    pas satisfait

**42. Souhaitez-vous apporter des précisions, par rapport à votre satisfaction ou insatisfaction professionnelle ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**IX – Votre opinion sur les enjeux des zones sous dotées**

**43. Dans les zones sous dotées, jugez-vous que le « contrat incitatif » est :**

- Utile ?       Inutile ?       ne connais pas ?

**44. Pourquoi ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**45. D'après vous, quelles mesures devraient être prises pour réduire les problèmes de sous-dotation ou de sur-dotation sur le territoire?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

***Nous vous remercions d'avoir consacré du temps au remplissage de ce questionnaire.***

***Merci de le retourner avant le 26 juin 2015 à  
l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes,  
9, quai Jean Moulin  
69001 Lyon  
dans l'enveloppe affranchie ci-jointe.***





**Etude sur  
les conditions d'exercice des orthophonistes  
en zones sous dotées, intermédiaires et bien dotées,  
en Rhône-Alpes**

**Guide d'entretien individuel**

*Ce document constitue un support pour orienter l'entretien et obtenir les informations telles que définies dans les objectifs de l'étude. Il ne s'agit en aucun cas d'un questionnaire, et sera, en situation réelle de discussion, adapté à la verbalisation des individus (rythme et forme de verbalisation des individus, ...).*

## Introduction

---

*Présentation de l'ORS RA*

*Présentation des objectifs de l'étude*

*Indications : liberté des réponses, garantie du respect de l'anonymat des interviewés dans le traitement des réponses*

*Accès aux résultats de l'étude sur le site internet de l'ORS*

## 1/ Eléments signalétiques

---

- Age et date du diplôme
- Sexe
- Situation familiale
- Lieu d'exercice professionnel / lieu de résidence
- Ville-centre la plus proche du lieu d'exercice
- Mode d'exercice (individuel/groupe et salarié/libéral/mixte)

## 2/ Choix d'installation dans le territoire

---

**2.1 Pour débiter l'entretien et en quelques mots, pouvez-vous nous dire pourquoi vous avez fait des études d'orthophonie ?**

**2.2 A la fin de vos études, sur quel genre de territoire souhaitez-vous vous installer ? Pourquoi ?**

**2.3 Quels sont, éventuellement, les différents territoires sur lesquels vous avez exercé pendant votre carrière et pourquoi ?**

- Quels étaient les points forts et les points faibles des territoires sur les lesquels vous avez exercé, selon vous (au plan professionnel, au plan personnel) ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui vous a amené à changer de territoire et à quel moment ? (en cas de changements) ?

**2.4 Finalement, pourquoi vous êtes-vous installé ici (territoire actuel) ?**

- Quand et comment s'est passée votre installation ici ?
- A l'époque de votre installation, quels étaient les points forts et les points faibles de ce territoire (au plan professionnel, personnel) ? Cela a-t-il changé aujourd'hui, pourquoi ?

### **3/ Les conditions actuelles d'exercice dans le territoire**

---

#### **3.1 Quel est votre mode d'exercice ? Vous travaillez dans un cabinet individuel ou de groupe, à temps complet, partiel, complètement en libéral ou avez-vous un exercice mixte (libéral et salarié) et pourquoi ?**

- Comment êtes-vous organisée et pourquoi ?
- Avez-vous des associées, des collaboratrices et pourquoi ?
- Avez-vous acheté votre local ou le louez-vous et pourquoi ?
- Cela a-t-il changé dans le temps et pourquoi ?
- Quels sont les avantages et les contraintes de ce mode d'organisation ?

#### **3.2 Plus précisément, comment est organisé le fonctionnement de votre cabinet ?**

- Quelles sont vos plages d'ouverture/de présence ? Vos plages de congés ? Pourquoi ?
- Si cabinet de groupe : y a-t-il une répartition / un partage des tâches, des publics entre vous ? Pourquoi ?
- Présence ou non d'une secrétaire et pour quelles tâches ?
- Qui s'occupe des tâches administratives, de la comptabilité ? Pourquoi ?
- Comment est organisé votre local d'exercice ? Avez-vous des bureaux dédiés ou partagés (avec collaboratrice, par exemple ?...)
- Faites-vous des actes à domicile, pourquoi ? Si oui, en quelle proportion et pour quel type de soins/patients ?
- Si vous avez une collaboratrice, quel est le pourcentage de rétrocession ? Ce pourcentage s'explique-t-il par les caractéristiques du territoire, et si oui, comment ?

#### **3.3 Quel est votre périmètre géographique en termes de « bassin de recrutement » de la patientèle et pourquoi ?**

- Caractéristiques spatiales de votre territoire (urbain, rural, distances, transports,...) ?
- Ce périmètre a-t-il évolué dans le temps et pourquoi ?

#### **3.4 Comment se structure ce territoire en matière de ressources en orthophonie ?**

- Quels sont les « *orientateurs* », prescripteurs d'orthophonie sur le territoire ? (médecins traitants, médecins scolaires, médecins spécialistes, dentistes, établissements hospitaliers ou autres, ...) ?
- Quelles sont les autres ressources du territoire, ou les plus proches du territoire en matière d'orthophonie (autres orthophonistes libérales, CMP, CMPP, établissements de SSR, SESSAD, autres, ...) ?
- En quoi la proximité ou l'éloignement d'orthophonistes constitue-t-il un atout ou une contrainte pour vous ? Etes-vous plutôt complémentaires ou concurrents et pourquoi ?
- Où adressez-vous les patients qui dépassent le cadre du cabinet et pourquoi ? Cela est-il contraignant pour les patients en termes de déplacements, pourquoi ?
- En cas d'interruption momentanée de votre activité (congés d'été, congés maternité), quelles sont les ressources possibles pour prendre en charge votre patientèle ?

### **3.5 En termes d'équilibre financier de votre cabinet, en quoi le territoire vous permet-il, ou non d'atteindre vos objectifs ?**

- Réalisez-vous des actes non-conventionnés et pourquoi ?

## **4/ La patientèle et les soins**

---

### **4.1 Quelles sont les principales caractéristiques de votre patientèle ?**

- Quel est le volume de votre file active, en moyenne, à l'année ? Ou combien de patients voyez-vous en une semaine, en moyenne ?
- Quel est le profil de vos patients (âge, professions, ...)
- Quelles sont les besoins, demandes des patients ? (pathologies, troubles ?)
- Y a-t-il des patients que vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas prendre en charge, et pourquoi ?
- Depuis votre installation, quelles évolutions avez-vous noté au niveau de votre patientèle ? En termes de besoins, de demandes exprimées ?
- Aujourd'hui, votre patientèle correspond-elle à ce que vous souhaitiez en vous installant ici et pourquoi ?

### **4.2 Quels types de soins dispensez-vous sur ce territoire et pourquoi ?**

- Polyvalence ou spécialisation, activité dominante (type de soin, type de public, ...) et pourquoi ?
- Vous arrive-t-il de prendre certains patients avec une notion d'urgence ? Pourquoi et si oui, comment ?
- Cela a-t-il changé dans la durée, depuis que vous vous êtes installée et pourquoi ?
- Les types de soins que vous dispensez correspondent-ils à ce que vous souhaitez faire ? Pourquoi ?

### **4.3 Comment les patients viennent-ils jusqu'à vous ? Par quelles orientations, prescriptions ?**

- Comment se passe la réalisation du diagnostic (avec les « orientateurs », les patients, les prescripteurs) ?
- Cela influence-t-il le profil de votre patientèle et pourquoi ?
- Cela a-t-il changé dans le temps et pourquoi ?
- Qu'est-ce qui d'après-vous fonctionne bien ou mal dans l'orientation des patients vers vous et pourquoi ?

### **4.4 Comment gérez-vous les demandes de bilans, les demandes de suivis ?**

- Pouvez-vous accepter toutes les demandes ? Pourquoi ? Comment ?
- Que se passe-t-il pour les patients que vous ne pouvez prendre ? Les orientez-vous vers d'autres orthophonistes ? Avez-vous une liste d'attente ? Autre ?
- Concrètement, y a-t-il des choses que vous aimeriez changer dans la gestion de votre patientèle, des demandes de nouveaux patients ? Pourquoi et si oui, quoi ?

**4.5 Aujourd'hui qu'y a-t-il de plus facile/ agréable ou difficile/contraignant avec votre patientèle et pourquoi ?**

**4.6 Envisagez-vous, pour l'avenir, des changements dans les soins que vous dispensez, dans les publics que vous recevez ? Pourquoi et comment ?**

## **5/ La qualification de votre territoire**

---

**5.1 Savez-vous comment votre territoire d'exercice est officiellement classé ?**

(cf : très sous-doté, sous-doté, intermédiaire, bien doté, sur-doté)

- Si oui, êtes-vous d'accord avec cette classification et pourquoi ? Si vous n'êtes pas d'accord, quelle serait la classification appropriée selon vous et pourquoi ?
- Si non, d'après votre expérience, quelle serait la classification appropriée selon vous et pourquoi ?
- Est-il facile ou difficile sur votre territoire de s'associer ou de trouver des collaborateurs et pourquoi ?

**5.2 Quels sont les avantages et inconvénients concrets à exercer dans votre territoire ?**

- Qu'est-ce que cela implique pour vous ?
- Qu'est-ce que cela implique pour les patients ?

**5.3 Aujourd'hui, si vous deviez recommencer votre parcours professionnel, vous installeriez-vous ici ou ailleurs ? Pourquoi ?**

- Au plan personnel ?
- Au plan professionnel ?

## **6/ La qualité de vie sur votre territoire d'exercice**

---

**6.1 Quels sont les points forts et les points faibles de ce territoire pour vous-même et votre famille au plan de la qualité de vie ?**

- Pour votre conjoint, vos enfants ?
- Au niveau résidentiel ?
- Au niveau scolaire, études, ?
- Au niveau loisirs, culturel ?
- Au niveau de la santé (médecins, professionnels para-médicaux, ...) ?
- Au niveau réseau social ? Familial ?
- Globalement, au niveau des déplacements ?

**6.2 En quoi vos proches sont-ils satisfaits de ce territoire ou non ?**

## **7/ Evolution professionnelle et fin de carrière**

---

### **7.1 Etant donné votre territoire d'exercice et votre mode d'exercice, quelles sont pour vous les possibilités d'évolution professionnelle ?**

- En termes de formation continue ?
- D'évolution des soins ?
- De partenariat, travail en réseau avec d'autres orthophonistes, autres professionnels (réseaux de soins, MPS, ...) ?

### **7.2 Idéalement, comment envisagez-vous la suite, la fin de votre carrière professionnelle sur ce territoire ? Pourquoi**

- Pensez-vous que vous pourrez transmettre votre cabinet ? Pourquoi ?
- D'après vous, y a-t-il des territoires plus faciles que d'autres pour terminer sa carrière ? Pourquoi ?

## **8/ Votre point de vue sur l'installation d'orthophonistes en territoires sous-dotés**

---

### **8.1 Pour un orthophoniste, en quoi est-ce ou non intéressant de s'installer sur un territoire sous-doté, aujourd'hui ?**

- Y a-t-il des besoins, des perspectives professionnelles et si oui lesquels ?
- Quels sont les principaux freins ou leviers que vous repérez à l'installation de jeunes orthophonistes sur votre territoire ?

### **8.2 Les aides et incitations à l'installation peuvent-elles favoriser la venue ou le maintien d'orthophonistes sur le territoire et pourquoi ?**

- Quelles sont ces aides, ces incitations ?

### **8.9 En dehors des incitations économiques, que pourrait faire l'Etat, l'Ordre des orthophonistes, l'URPS pour aider des orthophonistes à s'installer dans un territoire comme le votre ?**

- Qu'est-ce qui pourrait réellement favoriser de nouvelles installations ?

### **9/ Au bilan : quelles améliorations éventuelles souhaitez-vous en matière de conditions d'exercice des orthophonistes ? En matière de prise en charge des patients ?**

**Fin de l'entretien.  
Remerciements à la personne interviewée**

## Détail des réponses aux questions ouvertes

### Enquête URPS orthophonistes-

(361 questionnaires)

### III- Conditions d'exercices

**\*Si vous exercez aussi en structure d'exercice, laquelle ? : Plusieurs réponses possibles**

**Autres réponses :**

(Référence questionnaire : 13- 18 réponses exploitables)

- CAMSP (6 réponses)
- Etablissements spécialisés (9 réponses) : IME (3), IM pro(2) ITEP (2), centre d'Education motrice (1), institut pour déficients auditifs (1)
- SESSAD (3 réponses) : SESSAD (1), SSEFIS (1)
- Hôpital –gériatrie (1 réponse)
- Organismes de formation (1 réponse)

*A noter, deux répondants exercent dans 2 « autres structures ».*

### V- Les actes pratiqués

**\*Les médecins prescripteurs proviennent essentiellement de :**

**Autres réponses :**

(Référence questionnaire : 21- 20 réponses exploitables)

- Médecine scolaire : 11 réponses
- Médecine PMI : 5 réponses
- Pédiopsychiatrie – CMP : 2 réponses
- Neurologie (2 réponse) : neuropédiatrie (1), neurologue (1),
- Médecine ORL (1 réponse),
- Chirurgie-dentaire (1 réponse), orthodontiste (1 réponse),
- Gériatrie (1 réponse)

**\*Si oui, pourquoi** (raisons réorientation)

**Autres réponses :** (plusieurs réponses possibles)

(Référence questionnaire : 23- 75 réponses exploitables)

#### 1. Orientation vers d'autres professionnels de santé paramédicaux et médicaux : pour un bilan et/ou une prise en charge complémentaire aux soins orthophoniques (cas complexes) (71 réponses)

*Attention cette réponse recoupe « pour raison médicale » donc peut-être sous-évalué*

Sont fréquemment cités : psychologue, orthoptiste, psychomotricien.

Et plus rarement : neuropsychologue, neuropédiatre, CMP-CMPP, centre de référence.

*« Si besoins examens complémentaires pour la prise en charge ou pour le diagnostic »*

*« Besoins d'avis d'autres professions psychologue, neuro-pédiatre, psychomotricien »*

« Réorientation car bilan orthophonique non prioritaire selon la plainte du patient »  
« pour voir d'autres spécialistes en priorité ».

## 2. Orientation vers un confrère spécialisé dans un domaine que l'orthophoniste ne pratique pas (23 réponses)

Les répondants réorientent vers un confrère spécialisé notamment pour le domaine logico-maths ou la rééducation vocale.

« Non prise en charge pathologie vocale ou réorientation vers collègue spécialisé dans un domaine (surdité, logico-maths) »

« Dans les cas particuliers (bégaiement pas exemple puisqu'une consœur proche est spécialisée) »

« Vers des collègues plus spécialisées (par exemple en logico-math pour adolescents ou ayant des formations complémentaires en voix de type ostéovox par exemple) »

## 3. Orientation vers d'autres professionnels de santé car soins orthophoniques non adaptés ou non prioritaire (8 réponses)

## 4. Orientation vers un confrère orthophoniste plus proche du domicile du patient (4 réponses)

**Autres réponses** (4) : « parce que je ne fais pas de soutien scolaire et que c'est parfois la demande », « ne prends en charge que les pathologies neurologiques », « car horaires des patients incompatibles avec mes horaires », « erreur de consultation ».

## VI - Gestion des patients suivis

**\*Si non pourquoi** (pas de nouveaux patients dans les 12 derniers mois, raisons)

(Référence questionnaire : 28- 2 réponses exploitables)

Parmi les 2 répondants à cette question, l'un pour raison de maladie (2) et l'autre par manque de place (1).

## VII - Territoire d'exercice

**\*Pouvez-vous donner la ou les raisons qui vous ont conduit à exercer dans votre localité actuelle ?**

**Autres réponses :**

(Référence questionnaire : 29 - 50 réponses exploitables)

Deux catégories de réponses se dégagent parmi les autres raisons citées : les raisons personnelles et professionnelles.

### \* Raisons personnelles

La proximité domicile travail, voire le cabinet installé au domicile, et être originaire de la zone sont les raisons personnelles les plus fréquemment citées.

- Proximité domicile-travail (21 réponses)  
Pour 12 répondants, il s'agit de la raison unique.
- Originaire du territoire (6 réponses)
- Cabinet au domicile (6 réponses)
- Attrait du territoire (6 réponses) : plaisir de travailler en milieu rural (2); envie de travailler hors de Lyon(1)
- Autres raisons (3 réponses) : installation dans ville du centre de formation, divorce, changement région, problème de santé.



### \* Raisons professionnelles : opportunité professionnelle dans un cabinet

- Opportunité professionnelle (14 réponses)  
Pour 7 répondants, il s'agit de la raison unique.  
Opportunité de reprise, association ou collaboration dans un cabinet d'orthophonie.
- Immobilier (4 réponses)  
Opportunité d'un local disponible (3); locaux agréables (1)
- Pas d'orthophoniste sur la zone (3 réponses) (rejoint potentiel de patientèle)
- Accueil et bonne entente avec les professionnels du cabinet (3 réponses). Pour ces 3 répondants, il s'agit d'une raison parmi d'autres.

### Réponse question ouverte

#### \*Si oui, pourquoi ? (quitter ce territoire d'exercice)

(Référence questionnaire : 31- 131 réponses exploitables)

La décision de quitter le territoire est majoritairement guidée par des raisons personnelles. Parmi ces raisons, l'emploi du conjoint, les projets personnels et familiaux et l'attrait pour un autre territoire sont les réponses les plus fréquemment données.

On remarque que les opportunités professionnelles (créer son cabinet, s'associer) et le prix de l'immobilier sont les motifs professionnels les plus cités.

### \* Raisons personnelles

- Emploi du conjoint (45 réponses)
- Projets personnels (33 réponses)  
Raisons familiales, déménagement, goût pour le changement, reprise d'études :  
« *Volonté personnelle de changer régulièrement* »  
« *Mobilité familiale* »  
« *Déménagement* »
- Attraits d'un autre territoire (23 réponses)  
Attrait pour une région, zone moins urbaine voire rurale, zone moins polluée, retour à la région d'origine, rapprochement familial :  
« *Pour quitter la grande ville et m'installer au vert* »  
« *Zone très urbaine/stress-aller vers un territoire moins dense en population* »  
« *Ce n'est pas mon territoire d'origine, par rapprochement familial* »
- Proximité domicile- travail (12 réponses)

### \* Raisons professionnelles

- Opportunité professionnelle (17 réponses)  
Créer son cabinet, s'associer, s'agrandir, exercer en cabinet de groupe, en maison de santé (3 réponses).  
« *Installation dans mon propre cabinet ou dans une maison médicalisée* »
- Opportunité immobilière à coût raisonnable (11 réponses)  
« *Prix de l'immobilier exorbitant pour les professionnels de santé conventionnés, aucune aide, attrait des honoraires suisses* »
- Patientèle ne correspondant pas aux attentes de l'orthophoniste (4 réponses)

« Difficulté liée au type de patientèle entraînant un surcoût de travail et d'énergie non valorisée et non rétribuée. Charges et locaux trop importants au regard de ces difficultés. »  
« Pour travailler sur d'autres pathologies et dans une zone moins défavorisée au niveau socio-économique »  
« Pour varier les prises en charge, milieu très défavorisé ici. »

- Zone trop dotée, concurrence (4 réponses)  
Professionnels exerçant en zone très dotées et souhaitant exercer dans un territoire moins doté.  
« Trop d'installations dans les environs après mon arrivée »
- Opportunité de bénéficier d'aides financières dans certaines zones (1 réponse)  
« Il y a des territoires proches de mon lieu d'exercice avec le même profil sociolinguistique et les mêmes difficultés, mais qui bénéficient d'aides financières, ce que n'a pas ... pour le moment »
- Autres : facilité de déplacement<sup>1</sup>, rapprochement établissements scolaires enfants<sup>1</sup>, attrait des honoraires suisses<sup>1</sup>

### Réponse question ouverte

**\* Pourquoi ?** (ressenti territoire d'exercice)  
(Référence questionnaire : 33- 280 réponses exploitables)

Aux vues des réponses de la quasi-totalité des orthophonistes, le délai d'attente est le critère essentiel pour qualifier la dotation du territoire, puisqu'il caractérise, selon eux, la capacité du praticien à répondre à la demande de soin de la population.

**\* Ressenti zones très sous dotés**  
(47 réponses exploitables)

### Les signes de la grande sous dotation : incapacité des orthophonistes à répondre à la demande, des délais d'attente d'au moins une année, voire parfois deux.

Les orthophonistes estimant exercer en zone très sous dotées décrivent leur incapacité à répondre à la demande de soins orthophoniques.

Ils décrivent une demande très importante qui dépasse largement la capacité du cabinet et des cabinets d'orthophonie de la zone. Ils déclarent avoir une liste d'attente très importante et des délais d'attente trop longs (la très grande majorité déclare plus d'un an, 18 mois, voire plus de 2 ans d'attente).

« Des appels quotidiens et constants. Pour septembre, nous ne serons plus que deux orthophonistes sur un rayon de vingt kilomètres et plus à la ronde. »

« Les délais d'attente sont de plus de 18 mois ; L'orthophoniste de ... (une des plus proches) va partir à la retraite. La patientèle est répartie sur un secteur immense de près de 500 km<sup>2</sup>. »

« Le délai d'attente étant tellement important avec presque 6 demandes nouvelles par jour, il est impossible de proposer à chacun une place. Les gens appellent même d'autres départements »

### \* Les conséquences : Insatisfaction des praticiens et des patients

La sous dotation est une situation qui n'est pas satisfaisante pour les professionnels d'un point de vue de la réponse apportée aux besoins de la population et des prises en charges. Une partie d'entre eux soulignent les difficultés à prendre en charge les urgences et certains refusent de prendre de nouveaux patients.

Une partie d'entre eux évoquent une situation pesante et de la culpabilité à ne pouvoir répondre aux demandes.

Coté patients : le parcours du combattant, la colère et/ou le renoncement aux soins. Les patients parcourent de grandes distances pour accéder aux soins, les soins orthophoniques ne peuvent être pris en charge à proximité dans des délais.

Pour les patients, cette situation entraîne de la colère, du désespoir voire le renoncement aux soins.

*« Devoir limiter sa liste d'attente et avoir toujours plus d'un an d'attente est juste inadmissible pour des patients de 3 ans qui ne parlent pas, des personnes souffrant de troubles neuro ou autres. Les demandes de bilan sont quasi quotidiennes et nous ne pouvons pas y faire face. Les patients sont démoralisés par les délais annoncés et certains laissent tomber. »*

#### **\* Les explications avancées à la grande sous dotation**

##### La zone est jugée peu attractive

Le mode de vie rural, le prix de l'immobilier ou la patientèle « défavorisée » expliqueraient que la zone attire peu d'orthophonistes. Dans le cas des zones frontalières avec la Suisse, le prix de l'immobilier et l'attrait financier de la Suisse seraient particulièrement décourageants.

*« Les pros de santé conventionnés ne restent pas car le coût de la vie est prohibitif, les propriétaires de locaux pratiquent des loyers exorbitants et les maires sont peu mobilisés sur ces problèmes ! La fuite vers la Suisse est compréhensible. »*

##### Une demande de soins importante et croissante auprès des cabinets libéraux de la zone

Plusieurs raisons sont avancées par les répondants pour expliquer cette situation :

- Zone en croissance démographique, par exemple zone frontalière
- Les caractéristiques socio-économiques de la population : plus de besoins dans les zones défavorisées
- La proximité de zone très sous dotées avec un report de la patientèle sur les cabinets limitrophes
- Le faible nombre d'orthophonistes dans les structures et établissements type SSESSAD, CMP, et une demande qui se reporte sur les cabinets libéraux.

*« La plupart des postes salariés sont vacants ou avec un turn-over important ce qui reporte sur l'exercice libéral déjà très sollicités »*

*« Le zonage ne tient pas compte de la zone « drainées » : pas ou peu d'orthophonistes dans les vallées alentour. De plus le zonage ne tient pas non plus compte des disparités socioculturelles : certaines populations ont plus de besoins de prise en charge orthophonique. Enfin, il ne tient pas compte des « spécialités » de chacune : rééducation des troubles de la voix, dyscalculie... tout cela fait exploser les listes d'attente. Actuellement : plus de 350 personnes sur liste d'attente !!! (Et je suis censé exercer en zone sur-dotée. »*

#### **\* Ressentis zone sous dotées**

(102 réponses exploitables)

#### **Les signes de la sous dotation : incapacité des orthophonistes à répondre à la demande, des délais d'attente de six mois à plus d'un an**

Les orthophonistes estimant exercer en zone sous dotée jugent leurs délai d'attente anormalement longs : plus de 6 mois, plus d'un an (sauf un 3, 4 mois). Les demandes sont « incessantes » et ce malgré parfois la limitation de la liste d'attente et le refus de certains de prendre de nouveaux patients. Ils rencontrent également des difficultés à prendre les urgences.

#### **Les conséquences : des praticiens et des patients démunis**

Conséquence de cette situation, les orthophonistes sont démunis tout comme les patients. Certains orthophonistes décrivent même des patients désespérés.

*« Malgré un nombre honorable d'orthophonistes aux alentours, les demandes croissantes de bilans font que la liste d'attente est saturée dans notre cabinet (au moins 35-40 patients en attente pour ma collègue et moi) et nos connaissances orthophonistes dans les villages alentours étant dans le même cas, nous sommes démunis, tout comme les patients qui appellent, lorsqu'il faut leur annoncer plus de 6 mois d'attente avant un bilan (qui serait pourtant urgent à faire dans la plupart des cas), voire pas loin d'un an actuellement. »*

### **Les explications avancées à la sous dotation**

Au-delà, de la démographie des orthophonistes sur la zone, les orthophonistes estimant exercer en zone sous dotée avancent un certain nombre d'arguments pour expliquer cette situation :

- Territoire jugé peu attractif pour les orthophonistes : peu ou pas de nouvelles installations, et turn-over, des cabinets repris ou pas...
  - Territoire qui attire peu : rural, « pas la grande ville »
  - Difficulté à trouver local adapté
  - Patientèle défavorisée
- Demande de soins particulièrement élevée sur certains territoires :
  - Proximité d'une zone sous dotée
  - Territoire démographiquement dynamique, arrivée de familles avec enfants qui ont des besoins importants
  - Caractéristiques de la population : importance de la précarité, du bilinguisme
- Coté orthophonistes : le travail à temps partiel et les spécialisations (peu de praticiens en logico-maths par exemple)
- En fonction des pathologies, certaines prises en charges sont longues et peu de roulement dans la file active, par exemple pour les enfants autistes.

*« Zone urbaine fragile économiquement et socialement (sur le RIA et le SNIR, j'ai trois fois plus de patients CMU que la moyenne du département) ; à la fois jugée peu attractive par les professions de santé (à tort peut-être) et manquant de locaux professionnels adaptés (gros parc d'habitation OPAC/HLM). »*

### **\* Ressentis zones intermédiaires**

(49 réponses exploitables)

#### **Les signes de la dotation intermédiaire : un équilibre relatif sur la zone, des délais d'attente raisonnables et la possibilité d'orienter à proximité**

Majoritairement, les répondants décrivent une demande importante, l'existence d'une liste d'attente, mais les délais de prise en charge sont jugés corrects et ils ont la possibilité, si besoin, d'orienter les patients à proximité, dans une zone où il y a moins d'attente).

*« Je suis consciente que de nombreuses orthophonistes exercent dans la même localité mais nos délais d'attente montrent que cela reste insuffisant. Pour les patients qui l'acceptent, nous les orientons vers les collègues de la ville qui ont moins d'attente ».*  
*Durée voir avec le quanti.*

*« Même si les patients ne peuvent être pris en charge immédiatement, possibilité d'orienter vers les nombreux collègues de la Ville. Situation parfois préoccupante (difficile de répondre à toutes les urgences) mais moins que pour les collègues plus isolés. »*

Certains, cependant soulignent que leur liste d'attente s'allonge de plus en plus.

#### **Les conséquences : une situation relativement satisfaisante pour les patients et les orthophonistes**

Les répondants estiment que les patients ont la possibilité, dans leur territoire, d'être pris en charge à proximité dans un délai raisonnable. Coté cabinet, celui-ci est rempli et certains évoquent le potentiel d'activité pour un nouveau praticien qui viendrait à s'installer sur le territoire.

*« Il y a plusieurs orthophonistes mais il me semble que nous sommes toutes occupées et que les patients parviennent à être suivis. »*

*« Nous sommes deux orthophonistes par bourgs, avec une liste d'attente qui pourrait permettre à une orthophoniste supplémentaire de faire un temps plein. »*

### **Les explications avancées à la dotation intermédiaire et à l'équilibre relatif sur la zone**

Plusieurs types d'explications sont avancées par les répondants :

- Une situation fluctuante en fonction des arrivées et des départs d'orthophonistes dans la zone : des installations régulières mais également des départs en retraite, des congés maternité non remplacés.

*« J'ai essayé de recruter une orthophoniste en 2013 pour travailler avec moi. Deux autres orthophonistes se sont installées dans les environs en même temps. Elle n'a pu travailler qu'à mi-temps et est partie. Actuellement je suis débordée et mes collègues de secteur le sont aussi (après cette période plus calme en 2013-2014). »*

- Dotation de la zone limitrophe : une zone mieux dotée, comme une ville qui va permettre de désengorger ou au contraire proximité de zones sous dotées qui se reportent sur les cabinets de la zone.
- Enfin, certains minoritaires, soulignent que la demande est parfois gonflée par des orientations non justifiées.

### **\* Ressenti zones bien dotés : une situation globalement équilibrée**

(62 réponses exploitables)

#### **Les signes de la bonne dotation : un équilibre relatif sur la zone, la capacité de répondre à la demande immédiatement ou dans les relativement courts (entre 1 et 4 mois maximum)**

Les réponses des orthophonistes estimant exercer en zone bien doté donnent à voir une situation contrastée en fonction des cabinets. Ainsi, dans certains cabinets, les délais d'attente s'étalent entre un et quatre mois, dans d'autres la réponse est immédiate, enfin quelques cabinets peinent à se remplir par période. Dans tous les cas, ces praticiens estiment que les délais d'attente sont raisonnables.

#### **Les conséquences : un équilibre satisfaisant pour les orthophonistes et les patients**

Coté orthophonistes, le niveau d'activité avec ses fluctuations périodiques (pics et baisses d'activité) est globalement satisfaisant.

En fonction des territoires, ceux-ci pointent l'existence ou non d'un potentiel d'activité pour de nouvelles installations sur la zone.

*« Par contre, nous ne manquons pas de travail non plus donc nous ne sommes pas en zone sur-dotée. Un orthophoniste qui s'installerait à côté pourrait remplir son cabinet en quelques semaines. »*

*« Mis à part quelques rares périodes de sur demande, nous arrivons toutes à répondre à la demande. Plus d'orthophonistes ne nous permettrait pas de travailler à plein-temps et nous ne souhaitons pas travailler à mi-temps »*

Coté patients, les répondants estiment qu'ils ont la possibilité d'être pris en charge à proximité, dans des délais raisonnables.

*« Les patients qui sont réorientés vers d'autres cabinets sont ceux qui ont des exigences horaires, par exemple des demandes pour des temps après 17h. »*

### **Les explications avancées à la bonne dotation de la zone**

Plusieurs explications sont données à ce bon équilibre sur la zone.

En premier lieu, les installations récentes sur la zone permettent de répondre de manière satisfaisante à la demande.

*« Les installations récentes de cabinets dans le secteur ont permis de réduire les délais d'attente de 1<sup>er</sup> rdv, même s'il existe toujours quelques pics critiques dans l'année »*

Ensuite, malgré un nombre important d'orthophonistes, les temps partiels et les spécialisations permettent une bonne répartition de l'activité dans les cabinets de la zone.

**\* Ressenti très sur dotés : un nombre de cabinet trop important, de la concurrence, pas de délai d'attente**  
(20 réponses exploitables)

### **Les signes de la sur dotation : pas de délais d'attente**

Au regard des réponses de la majorité des répondants, c'est l'absence de liste d'attente qui signe la sur-dotation de la zone.

### **Les conséquences :**

Coté orthophonistes, si certains soulignent l'intérêt de pouvoir orienter vers des cabinets plus spécialisés dans certains domaines, la très grande majorité, ont des craintes concernant leur niveau d'activité car il existe une forte concurrence sur le secteur (soit des craintes pour maintenir le niveau d'activité dans l'avenir, soit parce que le niveau d'activité est déjà en deçà des objectifs visés).

De la même manière les nouveaux praticiens peinent à développer leur patientèle.

*« Je n'ai pas de liste d'attente car les gens trouvent toujours de la place dans le secteur. Il m'est arrivé de ne pas travailler assez et d'avoir certains créneaux libres pendant longtemps. De nouveaux cabinets se créent tous les ans dans mon secteur. »*

*« J'ai mis deux ans à faire tourner mon cabinet lorsque je me suis installée il y a 10 ans »*

Coté patients, la présence sur le territoire de nombreux cabinets permet aux patients d'avoir un grand choix, que ce soit en termes de spécialités mais également concernant les créneaux horaires.

*« Nous n'avons pas de liste d'attente. Les patients choisissent leur orthophoniste en fonction des horaires proposés ou en changeant s'ils trouvent une orthophoniste qui leur propose un créneau horaire qui leur convient mieux »*

### **Les explications avancées à la sur dotation de la zone**

Massivement, les répondants rapportent les nombreuses installations sur la zone, sans que la demande soins ne le justifie, ni que les consultations des cabinets existants soient consultés.

*« Nous sommes 24 orthophonistes à ... Avant on remplissait sans problème l'agenda dans la journée, maintenant on ne peut y mettre que les adultes car les parents appellent tout l'annuaire et ils trouvent toujours une qui les prendra au créneau dont ils rêvent. Les écoles ne font également aucun effort pour qu'on les prenne dans la journée ».*

## **VIII - Globalement votre satisfaction personnelle**

### **Réponses aux questions ouvertes**

**\*Souhaitez-vous apporter des précisions, par rapport à votre satisfaction ou insatisfaction professionnelle ?**  
(Référence questionnaire : 42 – 197 réponses exploitables).

Si une minorité des répondants décrit les motifs de satisfaction professionnelle, la très grande majorité s'est essentiellement exprimée autour des motifs d'insatisfaction.

**\* Les motifs de satisfaction : le métier, les patients et l'exercice en libéral**

Les répondants, peu nombreux, qui se sont exprimés autour de leur satisfaction professionnelles ont déclaré exercer un métier passionnant, utile, varié en termes de pathologies et de patients.

*« Je ressens une grande satisfaction d'avoir un exercice varié et proche des gens »*

La patientèle est une source de satisfaction pour une partie d'entre eux, celle-ci est alors décrite comme motivée, assidue, respectueuse, variée.

Certains ont également souligné leur satisfaction d'exercer en libéral, mode d'exercice leur permettant autonomie et grande liberté d'organisation.

*« Grande satisfaction de notre « liberté » dans notre organisation, le choix de nos moyens »*

### **\* Les motifs d'insatisfaction**

#### **Premier motif d'insatisfaction : un niveau de rémunération peu satisfaisant pour une partie des répondants.**

##### **Un niveau de rémunération jugé faible au regard de la charge de travail**

Ces répondants estiment que leur niveau de rémunération est faible au regard de leur charge de travail, de leur niveau d'étude et du niveau de rémunération des autres professions paramédicales. Cette faible rémunération est interprété par certains comme un manque de reconnaissance de leur métier.

*« J'aime mon métier. Cependant : 60 patients = 40h de consultations par semaine +20h de travail personnel environ ! (compte-rendu de bilans, paperasses, comptabilité, courrier aux médecins, formation professionnelle, gestion de l'entretien du cabinet, appels téléphoniques, achat de matériel, réunions avec d'autres professionnels ou dans les écoles)... Plus préparation des séances. Je gagne 2000 à 2500 euros par mois pour 60h de travail par semaine et une qualification qui correspond à 5 ans d'études. »*

*« Notre profession n'est pas reconnue à sa juste valeur. Je suis soucieuse du manque de respect de la profession par le gouvernement (reconnaissance niveau d'étude et revalorisation financière adéquate). »*

#### **Des actes sous évalués, des actes non rémunérés : les bilans orthophoniques, les réunions partenariales de type équipes éducatives**

- Les bilans orthophoniques : un acte sous évalué  
La quasi-totalité des répondants soulève le problème de la sous-évaluation des bilans orthophoniques, qui n'est pas en adéquation avec le temps de travail nécessaire à sa réalisation (notamment pour le compte-rendu) :

*« En ce qui concerne le bilan, il devrait être nettement plus payé : anamnèse 30 mn + 2 séances de 1h30 + dépouillement 60 mn, plus rédaction 60 mn, plus reprise des résultats 30mn- soit 6 heures\$ 60 euros c'est peu ! »*

- Les réunions partenariales : une charge de travail importante non rémunéré  
L'absence de rémunération du temps de travail consacré aux réunions partenariales est également un motif d'insatisfaction très fréquemment décrit par les répondants. Parmi ces réunions, les équipes pluridisciplinaires sont régulièrement citées :

*« Les équipes pluridisciplinaires devraient correspondre à un acte dans notre nomenclature pour que nous puissions être rémunérées lorsque nous nous rendons en équipe éducative dans les écoles ou en réunion dans les CMP (ou autres) afin de favoriser le travail d'équipe autour d'un patient et d'arrêter de nous prendre pour des bénévoles. »*

*« Insatisfaction par rapport à la charge et au rythme de travail qui se sont accrus pour plusieurs raisons : 1/ pour faire face aux charges de plus en plus indécentes par rapport à la faible rémunération et l'absence d'évolution de celle-ci (baisse du pouvoir d'achat et insécurité grandissante). 2/ pour une gestion administrative de plus en plus couteuse en temps (compte-rendus de bilan, paperasses caisses et mutuelles) 3/ par une augmentation d' « actes*

*non rémunérés » (réunions pédagogiques, production de documents pour mise en place des aménagements scolaires. »*

- La faible évolution de la rémunération des actes  
Les orthophonistes soulignent la faible évolution du niveau de rémunération des actes, au regard des charges qui leur incombent.

*« Une fois les charges professionnelles déduites, je considère que ce qu'il me reste comme bénéfice est ridicule une fois ramené aux taux horaires... l'AMO est à augmenter et/ou la cotation des actes !! »*

*« La rémunération des actes n'a quasiment pas augmenté depuis 200 (début d'activité), les loyers ont augmenté. »*

Enfin le niveau des indemnités de déplacement sont également jugées trop faibles.

### **\* Une charge de travail jugée trop importante**

- Rythme et charge de travail

Une large part des répondants estiment que leur charge de travail est trop importante (pour avoir un revenu satisfaisant), ce qui nuit à leur qualité de vie et à la qualité de leur travail (travail de réflexion, de formation et de préparation des séances).

*« A la fois pour garder une rémunération suffisante et pour répondre à la demande je suis obligée d'avoir un rythme et une charge de travail importantes +++. Pas de temps pour suffisamment préparer les séances ou le matériel, ni pour vivre- travail jusqu'à 20h le soir puis bilans sur ordinateur le soir... où est la vie privée. »*

- Réunions partenariales et tâches administratives : une part croissante, trop importante ?

Les liens avec les partenaires, les réunions pédagogiques, les réunions interdisciplinaires : les orthophonistes soulignent majoritairement l'intérêt de ce travail en partenariat pour les prises en charges.

Cependant, ils soulignent le temps de travail croissant (non rémunéré) qu'ils y consacrent, parfois au détriment des séances de rééducation orthophoniques. Dans les zones jugées sous dotées, les praticiens se disent en difficulté pour concilier séances de rééducation et partenariat.

*« L'administratif envahit de plus en plus notre quotidien ainsi que des réunions avec les partenaires (réseau école) surtout quand les patients sont porteurs de handicap, mais comment tout concilier, cela devient un casse-tête chinois car c'est tellement « riche » de s'y rendre mais combien de patients doit on annuler pour cela !! »*

### **1. Insatisfaction de ne pouvoir répondre aux besoins dans un délai raisonnable dans les zones sous dotées**

Pour les praticiens estimant exercer en zone sous dotée et très dotée, le fait de ne pouvoir répondre à la demande de soins de la population entraîne frustration et parfois stress. Frustration de ne pouvoir répondre aux besoins de soin de la population du territoire, frustration également de constater que les troubles s'ancrent faute de prise en charge précoce et rapide.

*« Le trop grand nombre de demandes, les délais d'attente interminables ne nous permettent pas de répondre correctement aux besoins des patients, nous nous retrouvons également à suivre des patients venant de loin 'difficile après pour aller aux réunions, être en lien avec les différents intervenants) Plus, cela prend des places aux patients de notre territoire qui ont peu de possibilité de locomotion et ne peuvent donc pas s'adresser ailleurs ».*

Certains Orthophonistes évoquent le stress engendré par la pression de la demande.

*« ... Stress engendré par la demande très forte (parfois plus de 5 demandes de prise en charge par jour, des patients en attente qui essaient de « faire pression »).*



### \* Autres motifs d'insatisfaction

Parmi, les autres motifs d'insatisfaction, l'immobilier, la patientèle et la durée des séances ont été régulièrement cités, pour les raisons suivantes :

#### **Les locaux : les difficultés à trouver des locaux et le prix de l'immobilier**

L'immobilier, soit par manque de locaux disponibles et adaptés dans le secteur, soit parce que le prix est prohibitif dans la zone frontalière de la suisse est source d'insatisfaction.

*« Tant que ... ne sera pas considéré comme une zone très sous dotée personne ne souhaitera y rester et le désert médical ne fera qu'augmenter. Sensibiliser les maires au problème du coût des locaux professionnels serait une bonne chose car les loyers pratiqués sont accessibles aux « reflexologues », magnétiseurs etc. qui pratiquent des honoraires libres, mais pas aux pro de santé conventionnés sécu ».*

#### **Patientèle : parfois un manque d'implication**

La patientèle est pour un nombre restreint de répondant un motif d'insatisfaction. L'absentéisme (difficultés de gestion des rendez-vous non honorés), le faible niveau d'investissement des parents ou les difficultés d'implication lorsqu'ils ne parlent pas le français sont ainsi cités, mais peu fréquemment.

#### **Souhait d'une plus grande souplesse concernant la durée des séances**

Contrairement à ce qui est prévu dans la nomenclature, quelques praticiens souhaiteraient pouvoir moduler la durée des séances de rééducation en fonction de la pathologie et du patient et proposer des séances de 45 minutes voire une heure.

*« Quand pourrons-nous faire deux séances (soit une heure) de prise en charge dans la même journée. Certains patients ont besoin de prises en charge différentes comme langage oral et écrit et il est impossible de faire une heure sans que la CPAM le fasse remarquer ».*

## **IX - Votre opinion sur les enjeux des zones sous dotées**

### Réponses aux questions ouvertes

#### **\* Pourquoi ?** (opinion sur le contrat incitatif)

(Référence questionnaire : 44 - 157 réponses exploitables)

#### **\* Les arguments en faveur du contrat incitatif**

Parmi les répondants, plusieurs types d'arguments émergent :

- La connaissance du phénomène d'inégale répartition et la nécessité d'une mesure pour favoriser les installations dans les zones peu attractives (38 réponses)

Ils ont connaissance de ce phénomène d'installations majoritaires dans les grandes villes, près des centres de formation, au détriment de zones jugées moins attractives. L'aide est alors envisagée comme une incitation et parfois une compensation (par rapport à l'installation dans une zone plus attractive).

- La nécessité d'améliorer l'accès aux soins d'orthophonie dans les zones sous dotées, par une meilleure répartition des orthophonistes sur le territoire (29 réponses).

*« Je le juge utile si cela peut permettre de réduire les longues listes d'attente dans certains coins de France et favoriser l'accès aux soins orthophoniques pour les personnes en demande »*

- La préférence pour les mesures incitatives (6 réponses) et l'accueil favorable aux aides financières (8 réponses)

*« Je préfère un fonctionnement incitatif plutôt que punitif »*

- Autres arguments

- La connaissance de praticiens en bénéficiant ou le souhait d'en bénéficier à l'avenir

*« Cela est beaucoup plus attractif et j'espère pouvoir encore en profiter d'ici 2 ans afin de m'installer dans une zone sous dotée ».*

- L'efficacité de la mesure pour convaincre de jeunes praticiens ou des praticiens n'ayant pas de projet précis concernant leur territoire d'installation

*« Pendant mes études nous a été décrit et a séduit de nombreuses collègues souhaitant s'installer en zone sous dotée ».*

Ces arguments en faveur du contrat incitatif sont toutefois modérés par des interrogations autour de la pertinence du zonage (6 réponses).

**\* Les arguments en défaveur du contrat incitatif**

Parmi les orthophonistes jugeant le contrat incitatif inutile voici les principaux arguments développés :

- L'absence d'impact sur le choix du lieu d'installation (22 réponses)

Ils estiment que le choix d'installation se fait essentiellement en fonction de critères personnels et familiaux (emploi du conjoint, qualité de vie). L'aide financière ne permet pas de faire pencher la balance pour une zone sous dotée, encore moins en zone rurale si la personne n'en est pas originaire).

*« Encore faut-il avoir envie de travailler dans une zone reculée car dans les grandes villes pas de soucis mais s'installer à la campagne loin d'une ville cela peut ne pas convenir et même si on a des avantages il s'agira plus d'une qualité de vie ».*

*« Le contrat incitatif est un « plus » mais je pense qu'il n'est pas un élément déterminant pour le choix du lieu d'exercice. Le plus important c'est la possibilité pour le conjoint de trouver un travail adéquat dans la région choisie. Ou c'est la capacité de pouvoir garder son réseau amical ».*

- La remise en question de la pertinence d'une aide financière (11 réponses)

- Inutile dans des zones où tout nouveau cabinet aura très rapidement un niveau d'activité important (8).
- Injuste pour ceux qui sont déjà installés sans aide (2).
- En contradiction avec le principe de libre choix d'installation (1).

- L'insuffisance du montant de l'aide financière (5 réponses)

- L'inefficacité de la mesure à moyen et long terme (3 réponses) : le problème ne serait pas tant de s'installer mais de rester sur la zone sous dotée.

- La méconnaissance de la mesure par les praticiens (2 réponses) : la mesure n'est pas assez connue des praticiens

- Autres arguments :

L'aide financière n'est pas suffisante (pas d'allègement des charges administratives, pas d'aide pas à la recherche de locaux adéquats et l'exercice en zone sous dotée en professionnels de santé -toutes professions confondues- est peu attractif) et le contrat incitatif ne cible pas les zones prioritaires (problème de définition et zonage).

## VIII - D'après vous, quelles mesures devraient être prises pour réduire les problèmes de sous-dotation ou de sur-dotation sur le territoire ?

(Référence questionnaire : 45 – 208 réponses exploitables)

### Proposition 1 : des mesures incitatives plus importantes pour les installations en zones sous dotées

- incitation financière (66 réponses)

« Incitations financières plus décisives et plus lisibles »

- aide pour trouver des locaux aux normes (20 réponses)

« Sous dotation : aider à trouver un local pour exercer. Dans mon département, la demande est très importante mais aucun local disponible, aux normes pour accueillir des professionnels »

« Proposer des locaux (aux normes PMR) à des tarifs intéressants dans les zones sous dotées favoriserait peut-être l'installation à long terme d'orthophonistes. »

### Proposition 2 : des mesures ciblées sur la formation : augmenter le numerus clausus (34 réponses)

« Former davantage d'orthophonistes en France au lieu de valider des formations effectuées en Belgique ».

« Augmenter le nombre de diplômés »

### Proposition 3 : des mesures coercitives : encadrer les installations en zones sur-dotées (33 réponses)

« Limitation des installations en zones sur-dotées tout en tenant compte du nombre d'actes réalisés par les orthophonistes de ces régions (CF. SNIR ou autre) car à nombre d'orthophoniste égal il peut y avoir un taux d'activité différent ».

« Un système d'autorisation d'installations (comme pour les pharmacies) avec des quotas pourrait être mis en place pour les zones sur-dotées mais c'est une solution radicale. »

### Proposition 4 : Des mesures pour améliorer l'information des étudiants et praticiens concernant la démographie professionnelle, l'installation et l'exercice en zone sous dotée (20 réponses)

« Mise en relation avec un réseau de professionnels qui accueillent le nouveau professionnel »

« Il faudrait que les nouvelles orthophonistes qui s'installent aient accès à des informations précises sur les besoins en orthophonie du lieu d'installation souhaité ».

« Il serait intéressant de connaître via un site internet par exemple, quelles sont les zones sur et sous dotées et le faire connaître notamment aux étudiants en orthophonie »

« Aider les orthophonistes en place à trouver des associés ou collaboratrices (mise en relations, listes d'orthophonistes, liens avec les nouvelles diplômées...). »

### Proposition 5 : des mesures pour favoriser les regroupements en maison médicale, maison de santé pluridisciplinaire, créer des réseaux (10 réponses).

« Création de maisons médicales qui sont dynamiques et attractives pour tous, jeunes diplômés ou non ».

### Autres mesures proposées

-Revaloriser le niveau des salaires afin d'éviter les postes vacants dans les structures type CMP...dans les zones sous-dotées.

« Augmenter les salaires en salariat pour que les postes ne soient plus vacants »

- Redéfinir le zonage (très sous dotées à sur-dotées) en fonction du délai d'attente (7 réponses). Ce critère rendant mieux compte de la capacité des praticiens à répondre à la demande : critère du délai d'attente.
- Développer la prévention primaire et secondaire en rémunérant ces actes (6 réponses)  
Cette mesure permet de diminuer le nombre de demandes et de réduire la durée de prise en charge en orthophonie par le développement et donc la rémunération des actions de prévention auprès des parents, de la guidance parentale, des interventions précoces.

*« Augmenter les actions de prévention et rémunérer les guidances parentales pour limiter le nombre de demandes ou diminuer les durées de prise en charge ».*

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ameli.fr - Orthophonistes [Internet]. [cité 30 juin 2015].  
Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/orthophonistes/index.php>
2. Annexe 1 - Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités. [Internet]. Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013; [cité 1 juill 2015].  
Disponible sur: [http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/5/referentiel-activites-orthophoniste\\_267385.pdf](http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/5/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf)
3. Arrêté du 6 août 2014 fixant au titre de l'année scolaire 2014-2015 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste | Legifrance [Internet]. [cité 8 juill 2015].  
Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029347207>
4. Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les orthophonistes et les caisses d'Assurance Maladie. Texte actualisé mai 2014. [Internet]. [cité 3 juill 2015].  
Disponible sur:  
[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Convention\\_OP\\_actualisee\\_mai\\_2014.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Convention_OP_actualisee_mai_2014.pdf)
5. Descripteur: Orthophoniste | Legifrance [Internet]. [cité 30 juin 2015].  
Disponible sur:  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007113056&ordre=null&nature=null&g=ls>
6. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Des professions de santé en évolution. Tome 3: pharmaciens, orthophonistes, médecins en formation. Le rapport 2010-2011. [Internet]. 2012 [cité 30 juin 2015].  
Disponible sur:  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le\\_Tome\\_3\\_sur\\_Des\\_professions\\_de\\_sante\\_en\\_evolution\\_pharmaciens\\_\\_orthophonistes\\_\\_medecins\\_en\\_formation.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_Tome_3_sur_Des_professions_de_sante_en_evolution_pharmaciens__orthophonistes__medecins_en_formation.pdf)
7. Devenir orthophoniste: guide et démarches [Internet]. [cité 30 juin 2015].  
Disponible sur: <http://www.devenir-orthophoniste.fr/>
8. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Etude sur les champs d'interventions des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec les autres professions. [Internet]. [cité 30 juin 2015].  
Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude\\_sur\\_le\\_metier\\_d\\_orthophoniste.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf)
9. Fédération des Orthophonistes de France [Internet]. [cité 29 juin 2015].  
Disponible sur: <http://www.fof.asso.fr/nos-dossiers>
10. Fédération Nationale des Étudiants en Orthophonie [Internet]. [cité 30 juin 2015].  
Disponible sur: <http://www.fneo.fr/>
11. Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) [Internet]. [cité 30 juin 2015].  
Disponible sur: <http://www.orthophonistes.fr/>
12. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Avis n°2014.0058/AC/SEAP et n°2014.0059/AC/SEAP du 9 juillet 2014 du collège de la HAS relatifs aux modifications de la LAP mentionnée à l'article L. 162-1-7 du CSS, proposées par l'UNCAM le 18 juin 2014 et portant sur l'article 2 -

Chapitre II - Titre IV de l'article III-4 de la liste précitée [Internet]. [cité 8 juill 2015].

Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1754950/fr/avis-n2014-0058/ac/seap-et-n2014-0059/ac/seap-du-9-juillet-2014-du-college-de-la-has-relatifs-aux-modifications-de-la-lap-mentionnee-a-l-article-l-162-1-7-du-css-proposees-par-l-uncam-le-18-juin-2014-et-portant-sur-l-article-2-chapitre-ii-titre-iv-de-l-article-iii-4-de-la-liste-precitee](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1754950/fr/avis-n2014-0058/ac/seap-et-n2014-0059/ac/seap-du-9-juillet-2014-du-college-de-la-has-relatifs-aux-modifications-de-la-lap-mentionnee-a-l-article-l-162-1-7-du-css-proposees-par-l-uncam-le-18-juin-2014-et-portant-sur-l-article-2-chapitre-ii-titre-iv-de-l-article-iii-4-de-la-liste-precitee)

13. Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie. Le guide de l'installation en libéral 2014-2015. [Internet]. 2014 [cité 29 juin 2015].

Disponible sur: [http://fneo.fr/wp-content/uploads/2014/11/GDI\\_2014-site.compressed.pdf](http://fneo.fr/wp-content/uploads/2014/11/GDI_2014-site.compressed.pdf)

14. Euro guidance. Les études en logopédie (orthophonie) en communauté française de Belgique. [Internet]. 2013 [cité 8 juill 2015].

Disponible sur: <http://www.euroguidance-france.org/wp-content/uploads/2014/07/Les-%C3%A9tudes-en-logop%C3%A9die-mai-2013.pdf>

15. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2014 [Internet]. 2014 juin [cité 1 juill 2015]. Report No.: Série Statistiques n°189.

Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf>

16. Cour des Comptes. Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé communication à la commission des affaires sociales du sénat. [Internet]. 2014 juin [cité 9 févr 2015].

Disponible sur:

[http://www.ccomptes.fr/content/download/71027/1884554/version/2/file/20140715\\_relations\\_conventionnelles\\_assurance\\_maladie\\_professions\\_liberales\\_sante.pdf](http://www.ccomptes.fr/content/download/71027/1884554/version/2/file/20140715_relations_conventionnelles_assurance_maladie_professions_liberales_sante.pdf)

17. Rochut J. Métiers de la rééducation: des professionnels toujours plus nombreux. DREES [Internet]. 2014 [cité 30 juin 2015].

Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er895.pdf>

18. Orthophonistes: Etudes et conditions d'exercice de la profession (textes non codifiés) | Legifrance [Internet]. [cité 30 juin 2015].

Disponible sur :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do;jsessionid=7F19AFEC8A897C04422C17A1CA64B0F8.tpdila19v\\_3?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007105899&ordre=null&nature=null&g=ls](http://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do;jsessionid=7F19AFEC8A897C04422C17A1CA64B0F8.tpdila19v_3?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007105899&ordre=null&nature=null&g=ls)

19. SORAA-FOF, syndicat professionnel des orthophonistes de la région Rhône Alpes Auvergne. [Internet]. [cité 30 juin 2015].

Disponible sur: <http://ortho-rhonealpes-auvergne.blogspot.fr/>

20. Unadreo, Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie. [Internet]. [cité 1 juill 2015].

Disponible sur: <http://www.unadreo.org/>

21. URPS Orthophoniste Rhône-Alpes | [Internet]. [cité 30 juin 2015].

Disponible sur: <http://urps-orthophonistes-ra.fr/>

