

ETUDES

ÉTUDE SUR LES CHAMPS D'INTERVENTIONS DES ORTHOPHONISTES

**Les spécificités et les coopérations
avec d'autres professions**

Les Asclépiades

Conseil et évaluation



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



SOMMAIRE

1. Introduction	3
2. Méthodologie	4
2.1 Sources de données	4
2.2 Entretiens institutionnels	4
2.3 Enquête dans 2 régions.....	5
2.4 Comité de suivi.....	8
3. Données générales sur la profession	9
3.1 L'orthophonie est une discipline paramédicale jeune	9
3.2 Les domaines d'intervention des orthophonistes sont très vastes	10
3.3 Les prescripteurs sont essentiellement les médecins généralistes.....	14
3.4 Les effectifs des orthophonistes	15
3.5 Les modes d'exercice des orthophonistes sont variés mais orientés majoritairement vers le secteur libéral.....	16
3.6 Il existe de fortes disparités géographiques.....	19
3.7 La rémunération des orthophonistes libéraux relève de la convention avec l'assurance maladie et de la nomenclature	25
3.8 Les dépenses d'honoraires des orthophonistes libéraux sont en hausse constante	26
3.9 Quelle estimation peut-on faire de la demande d'orthophonie ?	28
3.10 L'orthophonie est-elle efficace ?.....	29
3.11 La formation initiale des orthophonistes.....	31
3.12 La formation continue est largement suivie dans la profession	35
3.13 La recherche en orthophonie est peu développée en France	36
3.14 Les recommandations de la HAS concernant l'orthophonie recouvrent des indications nombreuses	38
3.15 Médecine scolaire et orthophonie : interactions dans la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages	39
3.16 La représentation des orthophonistes libéraux au plan national et dans les instances régionales	41
3.17 L'orthophonie est organisée de manière très différente dans les pays européens.....	42
4. L'enquête auprès des orthophonistes dans les 2 régions	45
4.1 Caractéristiques des régions enquêtées	45
4.2 Caractéristiques des orthophonistes dans les deux régions d'enquête	49
4.3 Caractéristiques de l'échantillon des orthophonistes interrogés	51
4.4 Le contexte des entretiens avec les orthophonistes	56
4.5 La formation initiale.....	56
4.6 La formation continue	60
4.7 Les motivations d'installation et de choix de mode d'exercice	60
4.8 La variété des modes d'exercice (statut, nature de l'activité, temps de travail) et des parcours	62
4.9 La question des revenus	64
4.10 La prise en charge et son évolution.....	67
4.11 La réponse aux « besoins » d'orthophonie est-elle adaptée ?	69
4.12 Les relations entre orthophonistes et autres acteurs de santé.....	74
4.13 Les relations avec l'Éducation nationale.....	80

4.14 Actions de dépistage et de prévention.....	81
4.15 Les attentes pour l'avenir	82
5. Synthèse et conclusion	86

ANNEXES

ANNEXE 1 : Documents exploités

ANNEXE 2 : Entretiens institutionnels

ANNEXE 3 : Guides d'entretien

ANNEXE 4 : Lettre de mission

ANNEXE 5 : Composition du comité de suivi

ABREVIATIONS

1. Introduction

Dans le cadre des travaux menés par l'ONDPS, il a été retenu pour 2011 de mener une étude sur les champs d'intervention des orthophonistes. Les objectifs généraux sont :

- « - d'identifier la spécificité de cet exercice et comment la formation qui leur est dispensée y concoure ;
- de recenser, dans les différents champs d'intervention des orthophonistes, les compétences qui peuvent être proches ou communes avec celles d'autres métiers ;
- d'appréhender les évolutions des champs d'intervention des orthophonistes et quels en sont les déterminants. Ces déterminants pouvant provenir, par exemple, de dynamiques internes à la profession, des modifications des modes de prise en charge des patients ou de l'émergence de domaines d'interventions plus attractifs ou plus valorisants. »

Dans un contexte de forte évolution démographique de la profession, accompagnée de disparités géographiques (la densité par département varie dans une proportion de 1 à 5), et d'une importante augmentation de la demande, l'orthophonie s'exerce sous de statuts et des modes d'exercice variés : en hôpital, en établissement de réadaptation, en centre de rééducation du langage, à domicile ou en cabinet privé ; toutefois, les différences de pratiques et de conditions de travail selon les lieux d'exercice et les statuts ne sont pas bien connues. Il en est de même des relations des orthophonistes avec les prescripteurs ou avec les autres professionnels de la rééducation. Les relations entre ces différentes catégories de professionnels sont probablement très dépendantes de l'environnement dans lequel ils pratiquent.

Aussi, cette étude s'attachera à analyser la diversité des pratiques et les relations qui s'instaurent entre les différents professionnels qui interviennent auprès du patient dans le même champ, à savoir les déficiences et troubles de la communication humaine, afin d'apprécier la nature et la spécificité du rôle et des interventions des orthophonistes, à identifier les attentes que développent les plus jeunes à l'égard de l'exercice de ce métier, à étudier les différents facteurs qui pourraient faire évoluer les rôles : modalités de la formation, évolutions techniques, possibilités nouvelles d'exercice, évolutions statutaires, réglementaires et organisationnelles...

Après un panorama général sur les spécificités de la profession, nous restituerons les enseignements de l'enquête qualitative réalisée dans 2 régions (Limousin, Midi-Pyrénées) où une centaine de professionnels ont été interrogés (dont une cinquantaine d'orthophonistes).

2. Méthodologie

2.1 Sources de données

Ce regard porté sur la profession orthophoniste s'est appuyé sur de nombreux documents rassemblés ; certains ont été recueillis lors des entretiens, et nous remercions en particulier la Fédération nationale des orthophonistes (FNO) et la Fédération nationale des étudiants en orthophonie (FNEO) pour leurs contributions (cf. documents exploités en annexe 1).

La CNAMTS a pu fournir dans le cadre de cette étude un grand nombre de données, issues de l'exploitation du SNIIRAM et du SNIR sur 2009 et 2010 :

- Évolution des effectifs des libéraux, et répartition selon l'âge et le sexe, le département
- Répartition de l'activité par nature d'acte (via les cotations de la nomenclature), par région : nombre de patients, d'actes, de coefficients, bases de remboursement
- Nombre de patients par nature d'acte
- Nombre de patients par département
- Qualification des prescripteurs
- Honoraires globaux et par professionnel, et évolution

Les données démographiques publiées chaque année par la DREES ont également été utilisées pour produire une description de la situation de la profession et de son évolution (Les professions de santé au 1er janvier 2010, D. Sicart, DREES, Série statistiques, N°144, mai 2010).

2.2 Entretiens institutionnels

Des entretiens préalables ont été réalisés au début de la démarche auprès des institutions concernées, afin d'effectuer un tour d'horizon des problématiques, recueillir les avis de chacun sur les principaux points à investiguer dans la phase suivante en termes d'activité et de pratiques, disposer d'un premier cadrage sur les évolutions souhaitées.

Des entretiens individuels semi-directifs d'environ 1 heure ont été assurés auprès des personnes représentant ces institutions (cf. liste des personnes rencontrées en annexe 2). A cette occasion, il a été demandé si l'institution disposait d'éléments documentaires complémentaires sur le sujet.

2.3 Enquête dans 2 régions

Plusieurs volets constituent cette analyse :

- une enquête qualitative auprès d'un centre de formation des orthophonistes,
- une enquête qualitative auprès d'un échantillon d'orthophonistes,
- une enquête qualitative auprès des différents professionnels impliqués :
 - o professionnels prescripteurs
 - o autres professionnels de la rééducation

Choix des 2 régions

Pour disposer de situations contrastées et couvrant une variété de pratiques et de lieux d'exercice, les 2 régions ont été choisies sur les critères suivants :

- * présence ou non d'un centre de formation
- * densité en orthophonistes par habitant
- * proportion d'orthophonistes libéraux

Sur ces bases, il a été retenu 1 région sans centre de formation, peu dense, et 1 région disposant d'un tel centre, présentant des disparités de densité selon les départements, afin de pouvoir analyser des situations contrastées.

Enfin, il a paru préférable de choisir des régions avec un taux de libéraux assez faible pour pouvoir enquêter valablement sur les différents modes d'exercice.

L'ensemble de ces critères nous a amené à proposer les régions suivantes :

- 1 région sans centre de formation, à densité faible (<80 % de la moyenne nationale) : Limousin ;
- 1 région avec centre de formation, à densité forte (>110 % de la moyenne nationale), et fortes disparités inter-départementales de densité : région Midi-Pyrénées

La région Midi-Pyrénées présente en effet une gamme assez large de densité d'orthophonistes (de 23 à 48 pour 100 000 habitants selon les départements). Le centre de formation initiale à Toulouse a admis après *numerus clausus* en 1^{ère} année pour l'année 2009-2010 36 élèves.

Enquête auprès du centre de formation

Ont été rencontrés dans le centre de formation de Toulouse : la directrice pédagogique (J Posth), le directeur de l'enseignement (Pr Serrano, ORL, CHU de Toulouse), des étudiantes.

Enquête auprès des orthophonistes

Des entretiens avec des orthophonistes libéraux et salariés ont été menés dans les régions retenues, pour comprendre l'évolution de l'exercice professionnel ces dernières années, les spécificités de cet exercice, ses contraintes.

Le guide d'entretien est donné en annexe 3.

Par région, l'échantillon ciblé d'orthophonistes interrogés était initialement le suivant :

- 10 libéraux dont au moins 2 exerçant en cabinet de groupe
- 4 salariés en secteur hospitalier
- 4 salariés en établissements pour handicapés ou autres

Soit 36 orthophonistes au total.

L'échantillon final a été assez différent en raison des taux de réponses des orthophonistes sollicités.

Un tirage au sort a été effectué dans l'annuaire pour les orthophonistes libéraux, en sollicitant 3 fois plus de professionnels que souhaité, pour gérer les non réponses, refus, etc. Lorsque le taux de réponse n'était pas suffisant, un nouvel envoi a été effectué via un nouveau tirage au sort.

Pour les salariés, il a été demandé aux représentants régionaux de la FNO de nous adresser une liste d'une vingtaine de professionnels en exercice, liste au sein de laquelle un tirage au sort a été effectué selon les mêmes modalités que précédemment.

L'objectif était de disposer d'un échantillon présentant une variété de situations d'exercice, en termes de statut, de mode d'exercice, de lieu d'exercice (zone urbaine/zone rurale).

Une lettre de mission, signée par l'ONDPS, a été adressée à chaque orthophoniste tiré au sort afin de solliciter l'accord pour un entretien (cf. annexe 4).

Les taux de réponse par région ont été les suivants :

Tableau 1 : taux de réponse des orthophonistes par région

	Limousin	Midi-Pyrénées	TOTAL
Orthophonistes sollicités	56	97	153
Orthophonistes ayant donné leur accord	29	20	49
Taux	52%	21%	32%

Cette différence de taux de réponse entre les 2 régions n'a pas d'explication simple. Il est possible que l'implication des responsables régionaux de la FNO ait été plus déterminante en Limousin, même si plusieurs personnes interrogées en Limousin n'étaient pas membres de la FNO.

Ceci étant, dans les 2 régions, la proportion d'orthophonistes syndiqués est sensiblement supérieure à la moyenne nationale (près des 2/3 en Limousin, 4/5 en Midi-Pyrénées), constituant un biais d'échantillonnage ; mais il est naturel que dans ce type d'enquête basée sur le volontariat, demandant une mobilisation de temps d'1 heure environ, on ait affaire aux personnes les plus motivées par la représentation et la défense de la profession.

Du fait de ce très bon taux de réponse en Limousin, l'échantillon final est plus important que prévu, avec une légère sur-représentation des salariés par rapport à la cible initiale. On a précisément la répartition suivante par mode d'exercice :

Tableau 2 : nombre d'orthophonistes interrogés par région et mode d'exercice

	Limousin	Midi-Pyrénées	TOTAL
Orthophonistes libéraux	11	15	26
Orthophonistes salariés	15	1	16
Orthophonistes en exercice mixte	3	4	7

Sur les 49 orthophonistes, on compte 45 femmes et 4 hommes.

Les entretiens ont été réalisés sur site, après prise de rendez-vous, par 1 consultant. Les entretiens duraient de l'ordre de 3/4 h-1 h. Pour des raisons pratiques de non concordance des agendas, 6 entretiens ont été réalisés par téléphone.

Chaque entretien a fait l'objet de prise de notes détaillées, pendant et après la visite. Ces notes ont servi de matériau de base à la rédaction de la restitution de cette phase de l'étude.

Enquête auprès des différents professionnels collaborant avec les orthophonistes

L'enquête dans les 2 régions a permis aussi d'interroger des professionnels prescripteurs (médecins généralistes, pédiatres, pédopsychiatres, neurologues, médecins de médecine physique et de réadaptation (MPR), ORL, phoniâtres, odontologistes) et partenaires des orthophonistes (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, neuro-psychologues, orthoptistes), libéraux et salariés. Des échantillons de ces catégories de professionnels ont été constitués dans les 2 régions, sur la base des indications données par les orthophonistes lors de la vague d'entretiens précédente et, pour compléter les effectifs, par tirage au sort dans l'annuaire.

L'objectif était de déterminer (cf. guides d'entretien en annexe) :

- le degré de connaissance de l'activité des orthophonistes,
- les types de coopérations en vigueur, envisagées ou envisageables,
- l'existence éventuelle de difficultés particulières dans le recours à l'orthophonie.

Les tableaux suivants donnent le détail de l'échantillon des personnes interrogées dans ce cadre.

Tableau 3 : nombre de médecins interrogés dans les 2 régions par spécialité

	Limousin	Midi-Pyrénées	Total
Méd. généralistes	3	2	5
Pédiatres	3	2	5
ORL	1	1	2
Phoniatres	1	2	3
Chirurgiens-dentistes/odontologistes		1	1
Neurologues		2	2
Pédopsychiatres	2	3	5
Méd. Physique et de réadaptation	1	1	2
TOTAL	11	14	25

Tableau 4 : nombre de professionnels partenaires interrogés dans les 2 régions

	Limousin	Midi-Pyrénées	Total
Psychomotriciens	8	6	14
Psychologues	1		1
Psychomotriciens-Psychologues		2	2
Kinésithérapeutes	3		3
Ergothérapeutes	2	1	2
Neuropsychologues	1	1	2
Orthoptistes	1		1
TOTAL	16	10	26

Ces enquêtes ont utilisé différents supports : entretiens semi-directifs face à face lors des visites en région, ou téléphone en fonction des contraintes des professionnels.

A noter qu'un grand nombre de médecins sollicités n'ont pas répondu à nos messages ou, lorsque le contact était téléphonique, n'ont pas souhaité répondre à cette enquête. Sur une vingtaine de demandes d'entretien par courrier ou email, le taux de réponse a été inférieur à 10 %. Aussi, il a paru plus efficace de procéder par téléphone. Ce type de difficultés n'a pas été rencontré pour les autres catégories de professionnels.

2.4 Comité de suivi

Un comité de suivi a été constitué par l'ONDPS, associant des représentants de la DGS, de la CNAMTS, de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), de la Fédération nationale des étudiants en orthophonie (FNEO), de la Fédération nationale des aphasiques de France (FNAF), de centres de formation en orthophonie et d'un neurologue (cf. liste des membres en annexe 5).

3. Données générales sur la profession

3.1 L'orthophonie est une discipline paramédicale jeune

La reconnaissance de l'orthophonie, la mise en route d'une formation spécifique et sa structuration interne en groupe professionnel ont réellement commencé en 1964 par la loi du 10 juillet, suivie du décret d'application en 1965 qui réglemente les conditions d'exercice de la profession et institue un diplôme national, le certificat de capacité d'orthophonie ; en 1983, le champ de compétences est précisé par décret, étendant ce champ à la prévention, puis en 2002, une certaine indépendance vis-à-vis des médecins est reconnue par le décret de compétence, ce qui permet aux orthophonistes de fixer eux-mêmes le nombre de séances à l'issue du bilan orthophonique qui ne peut être effectué que sur prescription médicale.

Extrait du décret de compétence (Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste)

Art. 1er. - L'orthophonie consiste :

- à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;
- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Art. 2. - Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Art. 3. - L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :

1. Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :

- la rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;
- la rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral (dysphasies, bégaiements) quelle qu'en soit l'origine ;
- la rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompétence vélo-pharyngée ;
- la rééducation des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) et des dyscalculies ;
- l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication.

2. Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :

- la rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques ;
- la rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ;

- la rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ;
- la rééducation des troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-lingo-faciale) ;
- la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-oesophagienne ou trachéo-pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire.

3. Dans le domaine des pathologies neurologiques :

- la rééducation des dysarthries et des dysphagies ;
- la rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées (aphasie, alexie, agnosie, agraphie, acalculie) ;
- le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

Art. 4. - La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.

L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie.

3.2 Les domaines d'intervention des orthophonistes sont très vastes

Les domaines d'intervention recouvrent l'aphasie, les troubles de l'articulation, de la parole et du langage, le bégaiement, la déglutition, les problèmes liés à la division palatine ou incompetence vélo pharyngée, la dysarthrie, la dysphagie, la dyscalculie, la dyslexie, la dysorthographe, la dysgraphie, la dysphasie, la laryngectomie, la rééducation du jeune enfant présentant un handicap, la surdité, l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication, les troubles liés au vieillissement cérébral, les troubles vélo-tubotympaniques, la rééducation de la voix... Certaines de ces pathologies ont été incluses dans le champ de compétence des orthophonistes en 2002 comme les troubles liés au vieillissement, et la dysphasie. Cette évolution des champs de compétence induit une évolution de la profession du fait de la prise en charge de certaines populations, notamment les personnes âgées, les personnes atteintes de cancer (sphère ORL, œsophage...). L'orthophoniste intervient également dans les troubles spécifiques des apprentissages qui peuvent entraîner une situation d'échec scolaire. Les causes de l'échec scolaire sont variées mais toutes ne relèvent pas d'une intervention orthophonique. Ces prises en charge couvrent en outre une palette large : du bilan à la rééducation et l'enseignement des méthodes de compensation, sans omettre les activités de prévention et de recherche.

Selon une étude réalisée en 2007 auprès des orthophonistes de la région Rhône-Alpes (projet Kalliopé¹), trois sous-groupes de pathologies connaissent des évolutions différenciées depuis 1970 :

¹ Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession, sous la direction de Laurence Tain, Ed. ENSP, 2007

- les pathologies en hausse sont : dysphasie, dyscalculie, troubles vélo-tubo-tympaniques, déglutition, troubles liés au vieillissement qui sont des pathologies impliquant un temps d'intervention par semaine élevé (environ une heure par semaine, sauf pour les troubles vélo-tubo-tympaniques où 15 minutes suffisent²) ; la voix, la dysarthrie, la dysphagie et l'aphasie sont également des domaines plus fréquemment rencontrés avec des temps d'intervention variables (entre 30 minutes et 2 heures par semaine) ;
- les pathologies stables sont : le bégaiement, l'articulation, la parole, le langage, la dyslexie, la dysorthographe, la dysgraphie ; ces pathologies constituent le socle du métier d'orthophoniste (près de 90 % des orthophonistes déclaraient en 2002 les prendre en charge), et particulièrement lorsqu'il est pratiqué en libéral (plus de 95 % des orthophonistes en exercice libéral prennent en charge ces pathologies) ;
- les pathologies en baisse (diminution de leur fréquence et du temps d'intervention) sont : rééducation du jeune enfant présentant un handicap, division palatine ou incompetence vélo-pharyngée (temps nécessaire par semaine : moins de 15 minutes), surdité (le temps nécessaire par semaine se situe entre 1 et 3 heures) et laryngectomie. Cette évolution est en rapport avec le développement des interventions chirurgicales moins intrusives, plus conservatrices et reconstructives.

Il faut noter que l'évolution des pathologies traitées s'accompagne d'une évolution du nombre des orthophonistes impliqués dans ces pathologies ; parallèlement, on note une évolution du contenu de la formation où la neurologie et la psychologie cognitive ont pris une certaine place.

A partir des données communiquées par la CNAMTS pour l'année 2010, et grâce à la nomenclature semi-codée des actes (au sens où une cotation correspond à 1 acte ou un nombre limité d'actes), il est possible de décrire la nature de l'activité des orthophonistes au plan national et dans les 2 régions faisant l'objet de l'enquête (tableau 5, page suivante).

Au plan national, 5 actes représentent 77 % des remboursements de l'orthophonie en secteur libéral :

- Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral, par séance : 29,5 % de la base de remboursement
- Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et / ou orthographe, par séance : 27,6 %
- Rééducation du langage dans les aphasies, par séance : 8,6 %
- Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques par séance : 5,6 %
- Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, par séance : 5,6 %

Les bilans représentent par ailleurs, dans leur ensemble, 5,7 % de la base de remboursement nationale.

² Rq : cette enquête présentait ainsi les résultats, mais en principe une séance ne peut être inférieure à 30 minutes.

Tableau 5 : Détail des actes réalisés par les orthophonistes au plan national et dans les 2 régions étudiées (source CNAMTS, 2010)

Coefficient tarifé	Libellés des actes	Données nationales 2010					Midi-Pyrénées	Limousin
		Nb de patients distincts	Age moyen des patients	Nb d'actes	Base de remboursement	% total base de remb.	% total base de remb.	% total base de remb.
5,1	Rééducation des troubles d'articulation isolés chez des personnes ne présentant pas d'affection neurologique, par séance	7 732	8	84 534	1 034 420	0,1%	0,1%	0,3%
8	Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences perceptives, par séance Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences d'origine organique, par séance Rééducation de la déglutition atypique, par séance Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	55 911	13	491 256	9 425 970	1,3%	1,8%	0,8%
10	Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance Rééducation du mouvement paradoxal d'adduction des cordes vocales à l'inspiration, par séance Rééducation des anomalies des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, par séance Rééducation des troubles de l'écriture, par séance	53 554	40	717 292	17 212 731	2,4%	2,9%	2,4%
10,1	Rééducation des pathologies du langage écrit: lecture et / ou orthographe, par séance	381 489	11	8 215 650	199 112 598	27,6%	31,2%	29,0%
10,2	Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance	38 253	11	817 347	20 004 821	2,8%	2,1%	1,3%
11	Rééducation des dysarthries neurologiques, par séance Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant, par séance	14 306	64	321 114	8 476 067	1,2%	2,1%	1,1%
11,1	Education à l'utilisation des prothèses phonatoires quel qu'en soit le mécanisme, par séance			5 660	150 729	0,0%	0,0%	0,0%
11,2	Education à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéoesophagienne, par séance	2 448	55	55 941	1 503 672	0,2%	0,3%	0,5%
12	Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale par séance			124 344	3 576 702	0,5%	0,6%	0,8%
12,1	Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral, par séance	328 367	7	7 336 414	212 995 007	29,5%	27,6%	28,5%
12,2	Rééducation du bégaiement, par séance			305 220	8 932 696	1,2%	1,1%	1,2%
13,5	Education ou rééducation du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance	11 868	14	353 225	11 440 205	1,6%	1,2%	1,8%
13,6	Education précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance	1 773	7	45 766	1 493 313	0,2%	0,2%	0,1%
13,8	Education ou rééducation du langage dans le cadre de l'infirmité motrice d'origine cérébrale, par séance Education ou rééducation du langage dans le cadre de l'autisme, par séance Education ou rééducation du langage dans le cadre des maladies génétiques, par séance	15 646	14	538 735	17 842 519	2,5%	2,3%	2,3%

Coefficient tarifé	Libellés des actes	Données nationales 2010					Midi-Pyrénées	Limousin
		Nb de patients distincts	Age moyen des patients	Nb d'actes	Base de remboursement	% total base de remb.	% total base de remb.	% total base de remb.
14	Rééducation des dysphasies, par séance d'une durée minimale de 30 minutes	14 809	11	526 993	17 701 729	2,5%	3,8%	2,3%
15	Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, par séance	32 944	74	1 118 583	40 272 516	5,6%	3,9%	2,5%
15,1	Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance			155 301	5 661 530	0,8%	0,6%	0,7%
15,2	Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques par séance	32 318	63	1 111 569	40 613 810	5,6%	4,0%	3,6%
15,3	Rééducation du langage dans les aphasies, par séance	40 225	69	1 689 228	62 105 528	8,6%	8,1%	13,8%
15,4	Démutisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	1 295	10	47 576	1 758 226	0,2%	0,2%	0,3%
16	Bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-fonctionnelles	46 958	18	49 491	1 898 179	0,3%	0,4%	0,2%
16,8	Renouvellement des bilans cotés AMO 24	114 918	11	125 192	5 043 142	0,7%	0,7%	0,5%
21	Renouvellement des bilans cotés AMO 30	17 311	49	19 230	969 105	0,1%	0,1%	0,1%
24	Bilans de la phonation, du langage écrit, du langage oral, de la dyscalculie	455 558	11	485 885	27 945 432	3,9%	4,1%	4,8%
30	Bilans des troubles neurologiques, du bégaiement, du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux	65 602	53	70 613	5 074 784	0,7%	0,7%	0,7%
Total				24 812 159	722 245 430	100%	100%	100%

Dans les 2 régions étudiées, les grandes masses sont similaires, mais on observe des différences ponctuelles sur certains actes, notamment en ce qui concerne les actes chez les adultes.

Ainsi, les séances pour les patients atteints de maladie neuro-dégénérative sont nettement moins fréquentes dans les 2 régions étudiées qu'au plan national : 3,9 % et 2,5 % respectivement en Midi-Pyrénées et Limousin contre 5,6 % pour la moyenne nationale. Il en est de même pour les rééducations des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques (4 % et 3,6 % respectivement contre 5,6 % au plan national). Par contre, la rééducation du langage dans les aphasies est proche de la moyenne nationale en Midi-Pyrénées (8,1 % contre 8,6 % France entière) et bien plus fréquente en Limousin (13,8 %).

Les bilans représentent un pourcentage un peu supérieur dans les 2 régions étudiées que France entière : 6 % en Midi-Pyrénées et 6,4 % en Limousin, contre 5,7 % pour la moyenne nationale.

Si on isole les actes spécifiquement réalisés chez l'adulte (moyenne d'âge >20 ans), on observe que 15 % des patients de la clientèle des orthophonistes libéraux, au plan national, sont des adultes.

3.3 Les prescripteurs sont essentiellement les médecins généralistes

Les données communiquées par la CNAMTS permettent de déterminer la spécialité médicale des prescripteurs. Le tableau suivant fournit ces informations en % global d'actes prescrits.

Tableau 6 : répartition des spécialités des prescripteurs des actes d'orthophonie (CNAMTS, 2010)

	% des prescriptions
Omnipraticiens	83,3 %
Pédiatres	7,8 %
Neurologues	2,3 %
ORL	2,1 %
Établissements	1 %
Chirurgie dentaire	0,7 %
Psychiatrie	0,6 %
Autres	2,2 %

Les neurologues sont bien sûr d'importants prescripteurs pour certains actes chez les adultes (plus de 10 % des prescriptions pour ces actes) :

- Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives,
- Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques,
- Bilans des troubles neurologiques, du bégaiement, du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux.

Les ORL sont de même présents dans les actes spécialisés relevant de leur discipline.

Mais il reste que les principaux prescripteurs sont les généralistes et les pédiatres, souvent après repérage en secteur scolaire³.

3.4 Les effectifs des orthophonistes

La profession a connu une forte évolution démographique.

Au 1^{er} janvier 2001, d'après la DREES, il y avait 13 914 orthophonistes, dont 11 041 libéraux (79,4 %) et 2 873 salariés (20,6 %). Au 1^{er} janvier 2010, on compte 19 247 orthophonistes en France métropolitaine, dont 15 384 libéraux (incluant les exercices mixtes) (80 %) et 3 863 salariés (20 %)⁴. La densité au 1^{er} janvier 2001 qui était de 24 pour 100 000 habitants, atteint aujourd'hui 31 orthophonistes pour 100 000 habitants.

Ainsi, l'évolution des effectifs a été de +38 % sur la période 2001-2010, soit en moyenne +3,6 % par an ; et la densité a augmenté de 2,9 % par an en moyenne sur ces 9 années.

Les données de la CNAMTS analysent de même la démographie des orthophonistes libéraux⁵. Entre 1995 et 2010, les effectifs ont augmenté de 72 %, soit une moyenne de 3,7 % par an. Cette évolution a été de 4 % par an pour les libéraux exclusifs, 4,3 % pour les exercices mixtes libéral+hôpital, et seulement 1,3 % pour les exercices mixtes libéral+salarié dans d'autres institutions.

Il faut souligner à propos de cette évolution rapide des effectifs l'importance du flux en provenance des écoles de formation belges (qui ont le niveau master). Pour contourner le numerus clausus en France, de nombreux jeunes français choisissent de se former en Belgique, la plupart revenant ensuite exercer en France. Ces flux ont pu représenter 250 à 300 professionnels ces dernières années (source FNO), mais devraient être orientés à la baisse, la Belgique cherchant à limiter le taux de diplômés non belges dans leurs écoles.

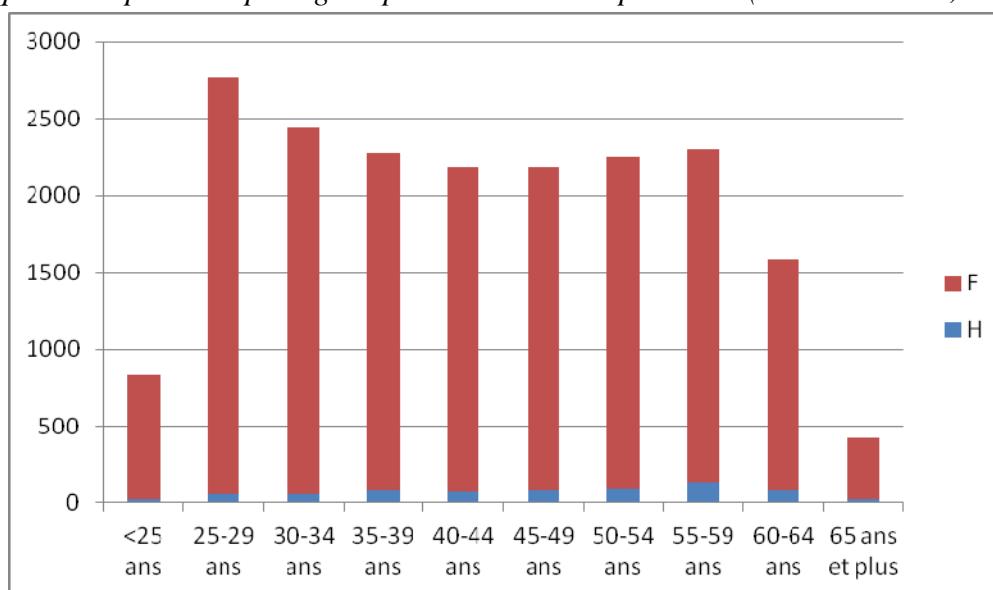
³ Il existe des outils de repérage destinés aux médecins mais ils sont peu utilisés ; ils sont jugés trop longs à faire passer aux enfants qui ne sont pas toujours en état de coopérer suffisamment au moment où ils sont en consultation médicale.

⁴ source DREES, D. Sicart, Séries Statistiques n° 144

⁵ Sont considérés comme libéraux les professionnels qui ont assuré au moins un acte présenté au remboursement dans l'année. Les salariés exclusifs ne sont donc pas comptabilisés par la CNAMTS.

Répartition par âge et sexe des orthophonistes

Graphique 1 : Répartition par âge et par sexe des orthophonistes (source DREES, 2010)



Le taux de féminisation est très élevé avec 96,2 % des effectifs (données DREES, 2010). Les effectifs se répartissent d'une manière homogène sur toutes les tranches d'âge entre 25 et 59 ans. Ensuite, les effectifs baissent mais on peut observer que le taux d'activité jusqu'à 65 ans reste important.

Toutefois, dans la période 2015-2020, on devrait assister à des nombres importants de départs en retraite, de l'ordre de 400-500 par an sur le territoire. Par ailleurs, les flux de formation sont importants en regard : de l'ordre de 780 jeunes admis par an en centres de formation. Les arrivées sont ainsi encore supérieures aux départs (cf. chapitre 3.11).

3.5 Les modes d'exercice des orthophonistes sont variés mais orientés majoritairement vers le secteur libéral

D'après les données de la DREES, au 1^{er} janvier 2010, les 19 247 orthophonistes recensés en France métropolitaine ont les modes d'exercice suivants :

- ils travaillent en exercice libéral individuel pour 11 075 d'entre eux (57,5 %), ou en cabinet de groupe pour 4 139 d'entre eux (21,5 %).
- Le mode d'exercice salarié est donc minoritaire : 1 472 orthophonistes en secteur hospitalier (7,6 %) et 2 391 pour autres salariés (12,4 %), essentiellement en établissements pour handicapés.
- Et très peu d'orthophonistes travaillent à la fois en libéral et dans un établissement de santé d'après cette source de données : 170, se répartissant entre établissements de santé publics ou privés (60) et établissements pour handicapés et autres salariés (110).

Les données de la CNAMTS, concernant exclusivement les professionnels ayant un exercice libéral, divergent sur la proportion d'exercices mixtes : on compte selon cette source en 2010 : 14 889 orthophonistes libéraux en France métropolitaine, dont :

- 13 017 en libéral exclusif
- 210 en libéral + salarié dans un hôpital
- 1 672 en libéral + salarié dans d'autres institutions

Ainsi, l'exercice mixte est selon la CNAMTS plus développé. Il est probable que dans la base ADELI, source des données publiées par la DREES, cet exercice mixte soit sous-déclaré. Aussi, ce sont plutôt les chiffres de la CNAMTS qu'il faut prendre pour apprécier l'importance de l'exercice mixte.

L'exercice libéral est devenu progressivement et continument majoritaire. En effet, depuis 1970, l'évolution du mode d'exercice de la profession est nettement orientée vers la diminution du salariat seul et l'augmentation de la part du secteur libéral, dans un contexte d'augmentation forte des effectifs globaux ; l'évolution des proportions est la suivante dans l'étude Kalliopé :

- l'exercice en libéral exclusif concernait 19 % des professionnels en 1970, puis 43 % en 1990, et 54 % en 2002 ;
- les salariés en 1970 représentaient 54 %, puis 32 % en 1990 et 24 % en 2002 ;
- le mode d'exercice mixte était de 20 % en 1970, puis 15 % en 1990 et 10 % en 2002.

Rq : les autres orthophonistes sont considérés comme inactifs dans cette étude (12 % en 2002).

Rappelons que ces données s'arrêtent à 2002 et ne traduisent pas forcément la réalité de 2011 ; elles fournissent toutefois une bonne idée de l'évolution sur longue période.

Par ailleurs, le temps global de travail par semaine augmente chez les libéraux, passant de 33 heures en 1970 à 36 heures en 2002, alors que la durée hebdomadaire pour les salariés a diminué, passant de 30 heures en 1970 à 28 heures en 2002.

On observe aussi des différences d'activité selon le mode d'exercice dans cette étude Kalliopé.

Le socle des pathologies prises en charge est surtout constitué de deux groupes de pathologies :

- articulation, parole, langage d'une part ;
 - dyslexie, dysorthographe, dysgraphie d'autre part,
- qui représentent 60 % du temps de travail hebdomadaire des orthophonistes libéraux ou en exercice mixte en 2002.

Les orthophonistes salariés passent beaucoup moins de temps pour la prise en charge de ces pathologies, jusqu'à deux fois moins.

En prenant l'exemple de pathologies dont la fréquence augmente, on remarque que les troubles liés au vieillissement prennent, en moyenne, environ 30 minutes pour les libéraux, 1 heure 20 pour les orthophonistes en exercice mixte et seulement 20 minutes pour les

salariés⁶ ; les temps de prise en charge pour les patients aphasiques sont de 2 heures 20 pour les libéraux par semaine, presque 3 heures pour les orthophonistes en exercice mixte et 1 heure 10 pour les salariés. Ces deux dernières pathologies sont plus volontiers prises en charge par les orthophonistes travaillant en exercice mixte (donc davantage liés à un établissement de santé que les libéraux exclusifs).

Ces données de 2002 ont pu connaître des évolutions. Par exemple, les modifications de la nomenclature fin 2002 introduisent un temps minimum de 45 minutes par séance pour la plupart des rééducations chez les personnes âgées.

La participation à des réseaux de santé

L'existence de réseaux pluridisciplinaires permet aux orthophonistes qui le souhaitent de travailler en équipe autour de patients individuels suivis par des professionnels de domaines divers (médical, paramédical, scolaire, médicosocial), souvent adossés à un service de CHU. Citons par exemple les réseaux de DYS, regroupant des professionnels amenés à suivre des enfants présentant des troubles de l'apprentissage dus à une dyslexie, dysgraphie, dyscalculie. Il existe ou a existé ainsi un réseau en Île-de-France Sud (réseau TAP), en Midi-Pyrénées (REMIPDYS), en région PACA (RESODYDYS). Le réseau de Midi-Pyrénées a vu cependant son financement s'interrompre après les 3 premières années de fonctionnement, à la suite de la diminution du budget régional du FIQCS.

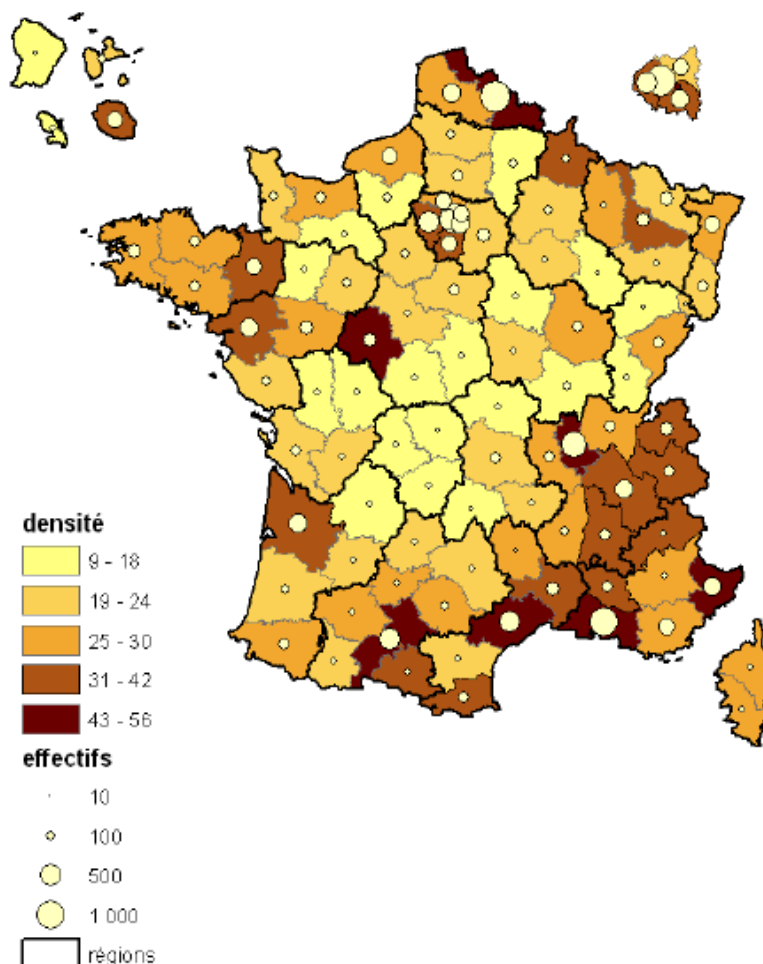
Les bénéfices de tels réseaux sont multiples ainsi que l'exprime la Fédération française des DYS. Ils facilitent la coordination et le dialogue autour d'un enfant particulier, permettant la mise en contact avec un professionnel plus familier de tel ou tel trouble de l'apprentissage, offrant des formations spécifiques aux professionnels membres du réseau, valorisant la compétence particulière de tel ou tel professionnel sur un domaine précis.

⁶ Ces moyennes masquent le fait que les salariés exercent en centres spécialisés, et donc ont affaire ou non à des rééducations chez les personnes âgées.

3.6 Il existe de fortes disparités géographiques

Répartition géographique

Les plus fortes densités d'orthophonistes (de 34 à 41 pour 100 000 habitants) se situent en PACA, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées, Île-de-France.



© IGN - DREES 2010
Sources : DREES - Répertoire Adeli, INSEE - estimations de population 2008
Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants

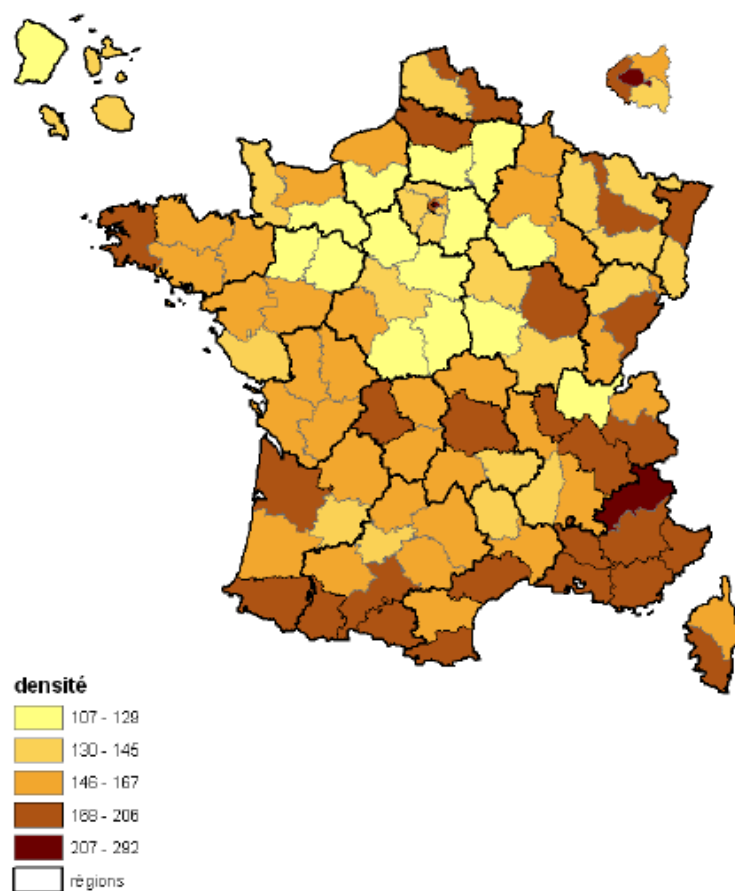
Ces disparités concernent aussi bien les orthophonistes libéraux que les salariés. Assez paradoxalement, ces derniers ne sont pas mieux répartis que les libéraux. On enregistre pour les salariés des densités inférieures à 2 pour 100 000 habitants dans l'Allier, l'Eure, la Somme, les Vosges, et des densités supérieures à 10 pour les Hautes Alpes, les Ardennes, le Doubs, la Haute Garonne, la Nièvre, le Nord, les Hautes Pyrénées, Paris. Cette répartition hétérogène n'est pas tout à fait la même que celle observée pour les libéraux, mais il est rare qu'une densité forte dans un secteur soit compensée par une densité faible dans l'autre.

Le résultat est que le taux d'orthophonistes libéraux varie d'une région à l'autre : de moins de 70 % des orthophonistes en Limousin et en Franche Comté, à plus de 80 % en Aquitaine, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, PACA, Pays de la Loire, Picardie, Rhône-Alpes.

Les très faibles densités d'orthophonistes se situent essentiellement dans le centre de la France (Poitou-Charentes, Auvergne, Limousin) et en Picardie.

La répartition des orthophonistes a des similitudes importantes avec celle des médecins (cf. carte ci-après retraçant la répartition des médecins généralistes par département). Les mêmes types de phénomènes expliquent certainement ces disparités. Il existe toutefois certaines différences de répartition entre les 2 professions, que l'on peut probablement expliquer par l'inégale répartition des centres de formation d'orthophonie. En particulier, une discordance importante réside dans la faible densité d'orthophonistes dans les régions centrales (Limousin, Auvergne) où les médecins (comme les infirmières libérales) maintiennent une densité égale ou supérieure à la moyenne nationale. Il y a là une spécificité de la situation des orthophonistes, très probablement liée à l'absence de centre de formation.

Densité de généralistes
par département au 1er janvier 2010



Pourquoi de telles disparités géographiques ?

Les études de géographie de la santé de François Tonnellier et Emmanuel Vigneron⁷ permettent d'identifier quelques caractéristiques des motivations d'installation et de migrations professionnelles. Ces travaux portent essentiellement sur la démographie médicale, mais aussi sur la démographie paramédicale et l'offre de soins des établissements. Il est observé que les médecins exercent dans la région où ils ont été formés pour 71 % d'entre eux (et 41 % dans le département de leur université d'origine) ; pour les médecins méridionaux 'migrant', leur limite de migration est la Loire au Nord ; l'attitude est différente pour ceux du Nord, de l'Est ou de l'Ouest. Par exemple, ceux formés à Paris ou à l'Est se retrouvent dans toute la France, avec une préférence pour le Sud.

On retrouve cette répartition pour les orthophonistes qui sont davantage présents dans les régions ayant un centre de formation et dans le Sud du pays.

Dans l'ensemble, on observe que les personnels de santé exercent leur art dans les zones géographiques où la population migre (personnes retraitées migrant vers le sud, actifs migrant vers les villes et les banlieues) ou celles où ils ont été formés.

Plus finement, les auteurs ont recherché une corrélation entre la répartition géographique des médecins et les paysages socio-sanitaires de la France. Ils ont ainsi défini 12 zones caractérisées par leur démographie, leur économie (composition socioprofessionnelle, taux de chômage), l'état de santé de leurs habitants ainsi que l'offre de soins et la consommation des soins des habitants ; sont ainsi définies la zone parisienne, la zone rurale profonde, etc. Ces 12 zones ont été regroupées en 3 classes.

La classe des zones rurales se partage en pôle rural et en zone rurale profonde ; dans cette dernière, les densités médicales sont très faibles. Les zones rurales profondes correspondent à des zones isolées, dont les habitants sont âgés et relativement bien portants (taux de mortalité bas), avec environ 24 habitants par km² (soit 3 % de la population totale française couvrant environ 9 % du territoire) ; ces zones rurales profondes se retrouvent dans la partie pyrénéenne de la région Midi-Pyrénées, et dans la région du Limousin avec les départements de la Creuse et de la Corrèze (alors qu'autour de Limoges, il existe une zone dynamique avec des densités de médecins fortes : zone dite de 'ville moyenne ou industrielle') ; ces zones dites rurales profondes recouvrent également la Lozère, le Cantal, l'Indre..., départements où la densité d'orthophonistes est également faible.

Proches de cette classe, sont identifiés les « Midis », comme le Sud-Ouest qui englobe une large partie des régions Aquitaine et Midi-Pyrénées (hormis les zones autour des grandes villes) où la population est âgée, avec une forte densité de médecins, une forte consommation de soins des médecins généralistes, et un bon état de santé. Ces « Midis » sont à la frontière avec la classe des 'villes moyennes ou industrielles', avec une centaine d'habitants par km². Ce type de zone correspond à plusieurs départements de Midi-Pyrénées : Aveyron, Lot, Tarn, Tarn et Garonne, Gers, où les orthophonistes présentent des densités modestes. A l'inverse, les zones dites des 'villes', Paris ou les zone élargies autour de Lyon, Marseille ou Toulouse, correspondent à des zones où les densités de médecins et d'orthophonistes sont fortes, où l'évolution de l'emploi est favorable, où la croissance démographique de la population est importante (environ 280 habitants par km² hormis la zone de Paris). Ces zones sont marquées par de fortes proportions de cadres supérieurs et des niveaux élevés de scolarisation et de revenus. Entre ces deux types socio-sanitaires, il existe les zones dites de 'ville moyenne ou industrielle' situées dans la Lorraine, le Nord, la Bretagne, Rhône-Alpes, qui sont des zones d'attractivité moyenne pour les professions médicales, avec un dynamisme économique mitigé, un état de santé variant suivant les sous-zones de moyen à en dessous de la moyenne.

⁷ Géographie de la santé en France, PUF, Que sais-je ? 1999

7,2 % des orthophonistes seulement travaillent en zone rurale, d'après les données de la DREES au 1^{er} janvier 2010.

Et selon l'enquête Kalliopé, de même, plus on s'éloigne des pôles urbains, moins on trouve d'orthophonistes : près de la moitié de l'échantillon se situait en centre-ville, environ un tiers en banlieue, un dixième dans les communes péri-urbaines et seulement 9 % en milieu rural. Les salariés sont à 85 % situés dans le pôle urbain et environ 9 % dans les communes rurales, comme les libéraux. Il s'agit donc d'une profession citadine qui s'implante en zone urbaine et péri-urbaine pour plus de 90 % des professionnels.

La population française d'une manière générale connaît certes une forte tendance à l'urbanisation : en 2006, 11 millions de personnes vivaient dans un espace à dominante rurale, soit 18 % de la population seulement (INSEE Première n°1218, janvier 2009), mais ce taux est tout de même le double du taux d'implantation des orthophonistes.

A noter que parmi les régions où le pourcentage de personnes vivant en zone rurale est le plus élevé, on trouve le Limousin, l'une des 2 régions étudiées dans cette étude.

Il existe une tendance à la spécialisation dans les pôles urbains et une polyvalence dans les zones rurales.

L'étude du lieu d'installation est importante car elle influe directement sur le type d'exercice ; l'étude Kalliopé montre que dans le mode d'exercice libéral, 7,6 pathologies sont traitées en moyenne par les orthophonistes exerçant en milieu urbain (ville, banlieue, zone péri-urbaine), contre 8,6 pathologies pour les orthophonistes exerçant en milieu rural⁸ ; 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. On observe aussi que les salariés ont tendance à être davantage spécialisés que les libéraux.

Un « spécialiste » d'une pathologie était défini dans cette étude comme un orthophoniste appartenant aux 10 % d'orthophonistes qui déclarent le % d'activité le plus fort dans cette pathologie ; cette « spécialisation » était présente chez un orthophoniste sur deux d'une manière générale, mais ce phénomène était observé surtout chez les salariés (66 %) et en zone urbaine (58 %). Quant à la nature de la « spécialité », elle dépend du lieu et du type d'exercice ; par exemple, il était noté la forte présence du traitement de la dyscalculie en banlieue de pôle urbain ; l'intervention sur les troubles du vieillissement est notée surtout en zone urbaine.

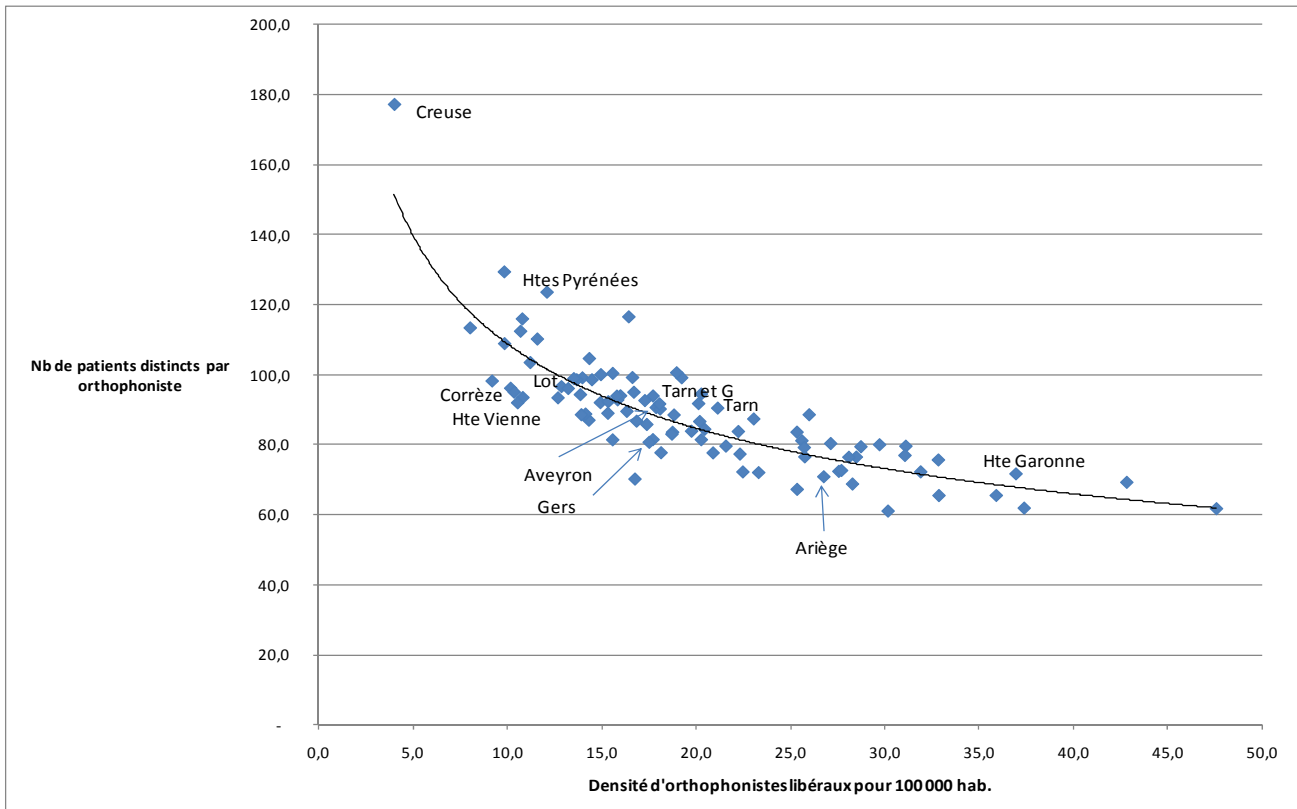
On peut donc conclure qu'il existe une certaine inégalité de l'offre de soins orthophoniques en France : entre départements, entre zones urbaine et rurale, ce qui a des conséquences sur l'activité même des orthophonistes.

⁸ Commune rurale : moins de 2 000 habitants selon la définition de l'INSEE

L'impact des disparités géographiques sur l'activité des orthophonistes est significatif

A partir des données communiquées par la CNAMTS par département, il est possible de relier la densité de professionnels et les paramètres d'activité ou d'honoraires en 2010. Le graphique suivant indique quelle est la relation entre la densité et le nombre de patients par orthophoniste enregistrés dans une année.

Graphique 2 : relation entre densité d'orthophonistes libéraux par département et nombre de patients distincts par orthophoniste libéral (source CNAMTS, 2010)



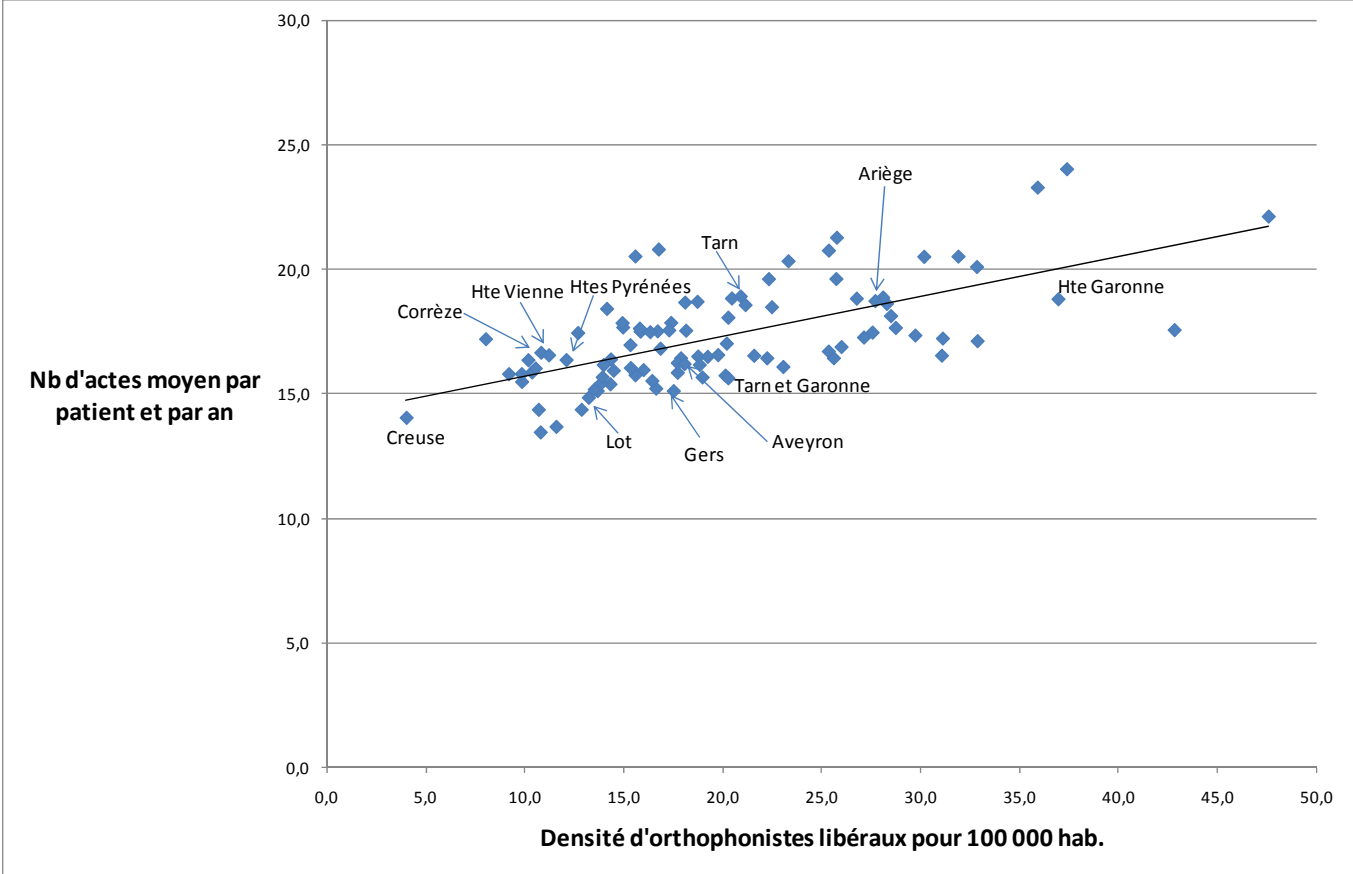
Il y a une tendance décroissante du nombre de patients pris en charge par orthophoniste dans l'année en fonction de la densité d'orthophonistes pour 100 000 habitants. Figurent en clair les départements des régions enquêtées. La Creuse est le département le moins dense et celui où le nombre de patients par professionnel est le plus élevé (177,2). Le point extrême vers la droite est celui de l'Hérault, présentant la plus forte densité avec un nombre de patients par orthophoniste de 61,7 en 2010.

La moyenne nationale s'établit à 78,5 patients par orthophoniste, et parmi les 24 départements qui se situent en-dessous de cette valeur, 18 ont des densités élevées, supérieures à la moyenne nationale (23,6 orthophonistes libéraux pour 100 000 habitants). La Haute-Garonne se situe parmi ces derniers.

A partir toujours des données de la CNAMTS, le même type de relation peut être établi entre la densité d'orthophonistes et le nombre d'actes par patient et par an : le graphique suivant indique que ce nombre moyen d'actes par patient augmente avec la densité d'orthophonistes

par département. Dans les départements à densité faible, les prises en charge sont limitées en termes de fréquence hebdomadaire des séances.

Graphique 3 : relation entre densité d'orthophonistes libéraux par département et nombre d'actes moyen par patient et par an (source CNAMTS, 2010)



3.7 La rémunération des orthophonistes libéraux relève de la convention avec l'assurance maladie et de la nomenclature

Une convention nationale en date du 31 octobre 1996 (arrêté d'approbation du 31 décembre 1996) a été conclue entre la profession des orthophonistes et l'assurance maladie. Cette convention a été modifiée par avenant à de nombreuses reprises. A la suite de l'avenant 6 conclu le 20 novembre 2003, le texte consolidé de la convention a été publié au JO du 19 mars 2004.

Cette convention évoque l'ensemble des aspects régissant l'exercice libéral, incluant les aspects de formation continue, d'optimisation médicalisée des dépenses, de recommandations de bonnes pratiques, d'évaluation des pratiques professionnelles. A cet égard, il est souligné qu'un travail de la HAS doit être réalisé pour mieux cerner les besoins et les indications en orthophonie, notamment pour les pathologies liées au vieillissement.

La nomenclature s'est par ailleurs adaptée au rôle croissant des orthophonistes dans les pathologies du langage et de la parole et à l'évolution de leurs relations avec les prescripteurs. En particulier, la réalisation du bilan orthophonique est un moment important de la prise en charge.

Deux types de prescriptions de bilans peuvent être établis :

1 - Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire

A l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales. Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'entente préalable.

2 - Bilan orthophonique d'investigation

A l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature.

L'orthophoniste établit une demande d'entente préalable.

Et à la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur.

Il peut s'avérer nécessaire d'opérer un bilan de renouvellement.

Les cotations des bilans initiaux vont de 16 AMO (bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-fonctionnelles) à 30 AMO (bilan des troubles d'origine neurologique, bilan de bégaiement, bilan du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux), les plus fréquents étant ceux cotés 24 AMO (bilans de la phonation, du langage écrit, du langage oral, de la dyscalculie).

Les bilans de renouvellement sont cotés à 70 % de la valeur du bilan initial.

A noter que cette cotation inclut l'analyse des éléments du bilan orthophonique effectué et la rédaction du compte rendu de ce bilan destiné au prescripteur, ce qui, de l'avis des orthophonistes interrogés, prend souvent 1 à 2 heures, voire davantage dans les cas les plus complexes.

En rééducation individuelle, les cotations vont de 5,1 à 13,8 AMO par séance, pour les séances durant au minimum 30 minutes, et de 14 à 15,4 AMO pour les séances durant au minimum 45 minutes.

En rééducation par techniques de groupe, la cotation est de 5 AMO par séance (au moins 1 praticien pour 4 personnes). Mais cette pratique est peu répandue.

La lettre-clé AMO a un tarif de 2,40 euros depuis l'avenant 11 à la convention (JO du 26 décembre 2007). D'après les données de la CNAMTS, la cotation moyenne de l'acte s'établit à 12,1 en 2010. Aussi une séance individuelle de l'ordre de 30 minutes est rémunérée 29 euros.

Le tarif de la lettre-clé a peu augmenté au cours des dix dernières années, passant de 2,20 euros en 1998 à 2,35 euros en 2002, 2,37 euros en 2003 et 2,40 euros en 2007 (dans le cadre d'une négociation sur la revalorisation de la nomenclature des actes ciblés sur le handicap) ; cette augmentation représente +9,1 % sur 9 ans, soit une moyenne de +1 % par an. Et depuis 2007, aucune modification du tarif de l'AMO n'a été effectuée⁹.

L'indemnité kilométrique de déplacement est par ailleurs fixée à 1,52 euros depuis 1998.

On peut enfin souligner que, contrairement aux médecins ou même à certains kinésithérapeutes-ostéopathes, les orthophonistes n'ont aucune marge pour augmenter leurs honoraires par la réalisation d'actes hors nomenclature ou la facturation de dépassements.

3.8 Les dépenses d'honoraires des orthophonistes libéraux sont en hausse constante

D'après les données de la CNAMTS, en 2010, la masse des honoraires des orthophonistes libéraux atteint 713 millions d'euros (en montant présenté au remboursement), contre 292 millions en 1995, soit une multiplication par 2,4. La hausse annuelle moyenne est de 6 %, en rapport avant tout avec la forte croissance des effectifs de professionnels mais aussi la hausse des honoraires par professionnel, celle-ci étant liée pour une part à l'augmentation d'activité par professionnel et pour une autre part à la revalorisation des actes sur la période. Les différents facteurs sont quantifiés ainsi par la CNAMTS pour la période 1995-2010 :

- augmentation du nombre de professionnels : +3,7 % par an
- augmentation du nombre de coefficients par professionnel (intégrant les modifications de la nomenclature en 2002 et les évolutions d'activité par professionnel) : +1,3 % par an
- évolution du tarif de la lettre-clé : +0,8 % par an

Mais il faut aussi tenir compte de l'inflation sur la période, en moyenne de 1,66 % par an sur 1995-2010.

⁹ Précisément, sur le plan de la négociation conventionnelle, en 2007, la valeur de l'AMO a été ajustée pour finaliser l'accord conventionnel signé en 2006 qui portait sur la NGAP. Le dernier accord conventionnel portant sur la lettre clé date de 2002.

L'augmentation déflatée de la masse des honoraires est alors de +4,3 % par an, et la contribution de chaque facteur est la suivante :

- augmentation du nombre de professionnels : +3,7 % par an
- augmentation du nombre de coefficients par professionnel : +1,3 % par an
- évolution du tarif de la lettre-clé : -0,86 % par an

Ainsi, l'essentiel de la hausse des honoraires est liée à l'augmentation de la démographie des professionnels, chaque professionnel nouvellement installé adoptant de fait le niveau d'activité moyen (ce qu'ont confirmé les entretiens réalisés). La baisse relative de la valeur de la lettre-clé par rapport à l'inflation est un peu plus que compensée par les modifications de nomenclature en 2002 et la hausse de l'activité par professionnel, qui traduit une augmentation du temps de travail.

Cette relation observée entre dépenses globales d'honoraires et effectifs d'orthophonistes ne doit pas automatiquement être interprétée comme une relation de cause à effet. Elle peut traduire l'impact d'un facteur sous-jacent, en l'occurrence l'augmentation de la demande, facteur qui entre en jeu indéniablement sous l'effet :

- de la meilleure détection des troubles DYS en milieu scolaire, avec une sensibilisation plus grande des parents et des enseignants à ces problèmes ;
- du développement des indications chez l'adulte en neurologie et en ORL ;
- en parallèle, de la mise en place ces dernières années de plusieurs plans de santé publique impliquant l'intervention des orthophonistes : DYS, AVC, cancer, Alzheimer, SLA, autisme.

La question de la cohérence entre offre et demande est abordée dans le chapitre suivant.

Par orthophoniste dit à part entière (terminologie adoptée par la CNAMTS pour ne prendre en compte que les professionnels de moins de 65 ans ayant une année complète d'activité en secteur libéral conventionné), on observe un montant d'honoraires moyen de 49 398 euros par an en 2010 (contre 34 873 euros en 1995, soit 2,2 % d'augmentation par an, taux légèrement supérieur à l'inflation), pour 1 675 actes par an (et un montant moyen de coefficients AMO de 12,1 par acte).

Si on adopte une moyenne de 220 jours de travail par an (en retirant les week-ends et jours fériés, les congés et jours de formation), on atteint une moyenne de près de 8 actes par jour.

Ce chiffre moyen est sensiblement inférieur à ce que les orthophonistes interrogés indiquent dans les entretiens (plutôt de l'ordre d'une quinzaine par jour). Cette discordance peut être liée à plusieurs facteurs :

- une certaine proportion d'orthophonistes n'exerce pas à temps plein, mais seulement 3 ou 4 jours par semaine (soit parce qu'ils assurent aussi une activité salariée, soit par choix personnel) ;
- certains actes d'orthophonistes sont assurés pour des patients d'institutions (SESSAD, IME...) et non comptabilisés par les organismes de sécurité sociale ;

- les bilans constituent des actes longs quand on prend en compte le temps passé à la rédaction des comptes rendus, faisant baisser la moyenne quotidienne en nombre d'actes facturés ;
- l'activité est marquée par une forte saisonnalité liée aux rythmes scolaires.

On remarquera enfin que le montant moyen d'honoraires par orthophoniste varie peu d'une région à l'autre, malgré les différences de densité. Le rapport entre l'écart-type et la moyenne des montants moyens par professionnel et par région (coefficient de variation) n'est que 5,7 %. Toutefois, on observe des montants d'honoraires plus élevés dans les régions peu denses : en Limousin, on observe une moyenne de 53 372 euros par orthophoniste libéral (la deuxième valeur la plus élevée après la Picardie). A l'inverse, en Midi-Pyrénées, on observe une moyenne de 47 909 euros par orthophoniste, valeur inférieure à la moyenne nationale. Mais on notera qu'en Languedoc-Roussillon, région à la densité la plus forte, les montants moyens d'honoraires sont supérieurs à la moyenne nationale avec 51 048 euros par orthophoniste. Il n'y a pas de corrélation évidente entre les deux paramètres.

3.9 Quelle estimation peut-on faire de la demande d'orthophonie ?

Il est toujours difficile, en l'état actuel des données épidémiologiques, de dire si l'offre répond correctement ou non à la demande d'une manière globale. Nous verrons dans l'enquête menée dans les 2 régions que dans de nombreux départements ruraux, au regard des délais d'attente et des difficultés pour les patients à trouver un orthophoniste, cela ne semble pas être le cas. Mais il reste impossible de quantifier avec précision l'écart entre offre et demande et de déterminer le « bon » effectif d'orthophonistes en France. Toutefois, en centrant l'analyse sur quelques exemples et en utilisant les données de la CNAMTS détaillées ci-dessus (tableau 5), il est possible de donner quelques orientations.

Prenons l'exemple des AVC. D'après les données de la CNAMTS, nous observons que 40 000 patients distincts atteints d'aphasie ont bénéficié d'une rééducation orthophonique en secteur libéral en 2010. Or, en France, chaque année, il est estimé à environ 130 000 le nombre de patients atteints d'AVC (pour une prévalence de l'ordre de 400 000 personnes)¹⁰. Et l'aphasie toucherait 300 000 personnes en France, avec 40 000 nouveaux cas par an (dont 75 % dus à un AVC). Ainsi, les orthophonistes libéraux prendraient en charge en rééducation l'ensemble des nouveaux cas d'aphasie. Il n'est cependant pas rare que des patients aphasiques aient besoin de plus d'1 an de rééducation, auquel cas des patients « échapperaient » à une rééducation nécessaire au regard de ces estimations.

En matière de dyslexie, dysorthographe,... les données sont moins précises. Un rapport de l'INSERM¹¹ de 2007 appelle que la prévalence est estimée à un peu moins de 5 % des enfants de primaire (comme dans le rapport Ringard de 2001). Certaines autres estimations évoquent des taux plus élevés, mais le rapport Ringard souligne, au vu des données disponibles, que « le chiffre de 10 % de dyslexiques souvent avancé est peu plausible ». Sur la base de 5 %,

¹⁰ Source : rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC en France, E. Fery-Lemonnier, juin 2009.

¹¹ INSERM, Dyslexie, dysorthographe et dyscalculie, Bilan des données scientifiques, Expertise collective, 2007

pour une classe d'âge, on aurait de l'ordre de 40 000 enfants concernés. Mais une rééducation d'un enfant dyslexique prend plusieurs années, ce qui rajoute un élément d'incertitude dans l'estimation de la demande. En outre, l'action des orthophonistes s'adresse à d'autres types de difficultés scolaires que la dyslexie, la frontière entre les « difficultés à prendre en charge » et les « difficultés scolaires normales » étant singulièrement difficile à fixer.

Quoi qu'il en soit, d'après les données de la CNAMTS (tableau 5), les orthophonistes libéraux prennent en charge dans l'année 381 500 enfants pour des troubles du langage oral et écrit, et 38 000 pour des dyscalculies. Ce sont des chiffres élevés qui permettent de penser que les enfants les plus gravement touchés sont bel et bien pris en charge en orthophonie et que même les enfants en situation de difficulté « intermédiaire » peuvent aussi bénéficier d'une telle prise en charge.

De fait, la question de la réponse à la demande semble moins se poser dans la question de l'accès d'une manière générale que dans les questions de délai d'attente et d'intensité de prise en charge (au sens où souvent 1 seule séance par semaine peut être assurée par l'orthophoniste dans des cas qui pourraient mériter davantage). Nous évoquerons ces problèmes lors de l'analyse de l'enquête régionale.

3.10 L'orthophonie est-elle efficace ?

La question de l'efficacité de l'orthophonie est posée dans certains entretiens institutionnels, dans un contexte d'accroissement de la place de cette profession dans les prises en charge de nombreuses affections. Peu de recherches sont menées sur cette question, et il existe peu d'éléments d'évaluation globaux. En neurologie cependant, l'efficacité de la rééducation orthophonique a été démontrée dans l'aphasie vasculaire lors des prises en charge précoces (phase hospitalière).

Certes, il n'existe pas réellement de remise en cause de l'intérêt de l'orthophonie d'une manière générale, mais de nombreuses questions précises restent à ce jour sans réponse : une prise en charge précoce des troubles chez l'enfant est-elle nécessaire ? Si oui, quel impact sur les chances d'amélioration de ces troubles peut avoir un délai d'attente de plusieurs mois ? Faut-il revoir la politique de dépistage ? Y a-t-il des types de troubles actuellement pris en charge pour lesquels l'orthophonie a un impact modeste ? Quelle est la durée optimale d'une rééducation pour une affection donnée ? Quelle est la fréquence optimale des séances pour une rééducation donnée ?... Toutes ces questions demanderaient la réalisation d'études d'impact de la rééducation orthophonique sur des cohortes de patients.

Il semble exister davantage de travaux sur les outils : développement et évaluation des tests, procédures organisationnelles... Par exemple, un travail mené en Alsace en 2004, communiqué par la FNO, financé par le FAQSV, a cherché dans cet esprit à évaluer l'impact de mesures d'amélioration de la filière de soins en orthophonie : mise en place d'outils de coordination (tests, fiches de liaison), de réunions interprofessionnelles (médecins et orthophonistes), de réunions de validation des acquis et de coordination, de formations,... Pour les enfants atteints de retard de langage, ces procédures ont permis, selon l'avis des médecins, d'améliorer la qualité du dépistage, de réduire les délais d'attente, d'améliorer les relations avec les parents.

Mais les mesures d'impact, certes complexes à mener, sont rares. Les enjeux de telles recherches sont pourtant majeurs aussi bien en termes médicaux qu'en termes économiques. Toute rééducation a pour objet de rendre possible et/ou d'accélérer l'insertion et la réinsertion sociale, scolaire, professionnelle. Et il serait important de déterminer quelles sont les meilleures modalités de rééducation en orthophonie. Il revient certes en dernier ressort à l'orthophoniste en charge d'un patient de déterminer ce qui est mieux pour lui, dans son cas, mais les contraintes existantes (notamment en termes de charge de travail) viennent perturber ces choix de prise en charge, et il serait utile de disposer d'études d'évaluation « fondée sur les preuves » en plus grand nombre. De fait, toutes ces questions demanderaient un développement des actions de recherche en orthophonie (cf. chapitre 3.13).

3.11 La formation initiale des orthophonistes

L'arrêté du 25 avril 1997 précise que le Certificat de capacité d'orthophoniste est délivré par les universités habilitées à cet effet. Cette formation comprend des enseignements théoriques, des enseignements dirigés, des stages et un mémoire de recherche. La durée des enseignements théoriques et des enseignements dirigés est au minimum de 1 640 heures, celle des stages est au minimum de 1 200 heures. Le mémoire est de préférence élaboré sur deux années d'études et soutenu devant un jury.

Les étudiants bacheliers sont autorisés à s'inscrire aux études en vue du diplôme s'ils subissent une évaluation (concours d'entrée) quantitative et qualitative des aptitudes sensorielles, motrices et psychiques :

- évaluation des aptitudes motrices et psychiques par des examens médicaux (audiogramme, examen de la vision...),
- évaluation des structures de la communication écrite par des épreuves écrites visant à vérifier la maîtrise de l'orthographe, de la syntaxe,... sous forme de dictée, résumé de texte, etc.
- évaluation des structures de la communication orale pour connaître la motivation et les connaissances sur la profession, la maîtrise de la langue orale...

Exemple de l'Université de Montpellier (contenu disponible sur internet¹²).

Le contenu de la formation regroupe en première année la psychologie, la linguistique, la phonétique, l'anatomie de la sphère ORL, la psychomotricité, la neurologie, la pédiatrie... et des demi-journées de stages (au nombre de 28 par exemple à l'Université de Montpellier).

La deuxième année regroupe des cours sur l'audition et la phonation, la neurologie, la psychiatrie, les troubles du développement du langage, la phonétique, la linguistique, les troubles de la parole et de l'articulation, les troubles fonctionnels (dysoralité, orthodontie...), la traumatologie, l'illettrisme, les fonctions cognitives, avec des stages en pédiatrie, neurologie, psychiatrie de l'adulte, audiophonologie.

La 3^{ème} année porte sur les troubles du langage écrit (dyslexie, dysgraphie, dyscalculie, dysorthographe), les troubles neurolinguistiques (aphasie et syndromes apparentés), la pathologie de la communication, les pathologies spécifiques (bégaiement, trisomie, autisme, poly-handicap), la surdité (éducation précoce et guidance, bilan audiophonologie, explorations fonctionnelles, implants cochléaires), les techniques de rééducation des troubles de la voix, la pratique du bilan du langage oral et écrit, la déontologie.

Des stages complètent l'enseignement. La quatrième année comprend essentiellement des stages, ainsi que des conférences.

Lors de la première année, le stage est un stage d'initiation ; en deuxième année, il s'agit d'un stage d'information (ORL...) et de stages dirigés ; en troisième et quatrième année, des stages professionnels permettent la pratique de rééducations sous le contrôle d'un maître de stage. La durée des stages doit représenter 1 200 heures (300 demi-journées).

¹² http://www.univ-montpl.fr/l_universite/ufr_et_instituts/ufr_medecine/formation_initiale_scolaire/paramedical_orthophonie_et_orthoptie

Une fois les 4 années de formation accomplies pour acquérir la compétence d'orthophoniste, il n'existe pas de possibilité de spécialisation en orthophonie. Il existe toutefois des DU proposés par exemple dans les facultés de médecine ou encore des masters en neuropsychologie. Certains orthophonistes ont aussi d'autres formations, en psychologie notamment. La question de l'opportunité de créer des spécialisations au sein de l'orthophonie suscite de sérieuses réserves de la part des 2 Fédérations, la FNO et la FOF ; elles y sont à ce jour opposées.

Les centres de formation et les flux de formation

Il y a à ce jour 16 centres de formation sur le territoire, dans 15 régions (PACA ayant deux centres), comme l'indique le tableau suivant.

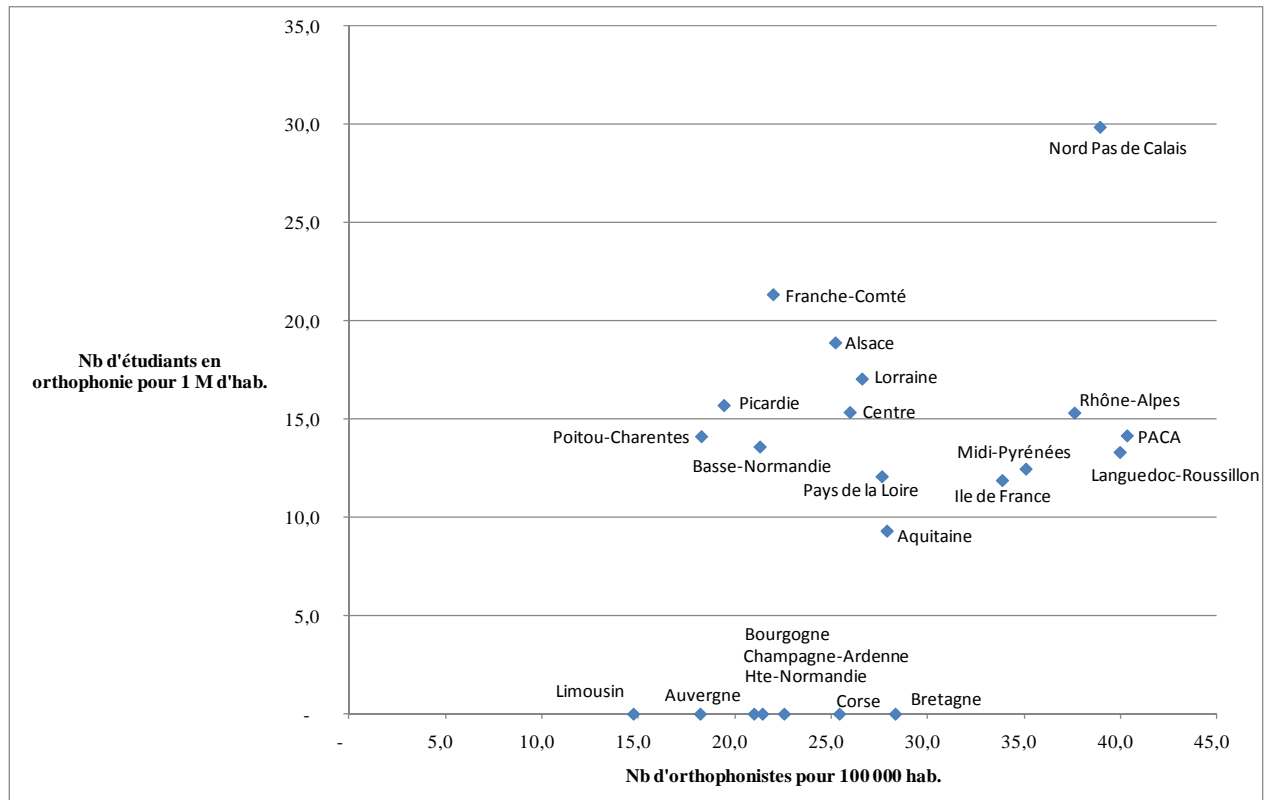
Tableau 7 : Liste des centres de formation en orthophonie

Régions	Présence d'un centre de formation	Nb d'orthophonistes au 1er janvier 2010 (DREES)	Densité pour 100 000 hab
Alsace	Strasbourg	468	25
Aquitaine	Bordeaux	900	28
Auvergne		245	18
Basse Normandie	Caen	314	21
Bourgogne		345	21
Bretagne		905	29
Centre	Tours	661	26
Champagne Ardenne		301	22
Corse		79	26
Franche Comté	Besançon	258	22
Haute Normandie		393	22
Ile de France	Paris	3 995	34
Languedoc-Roussillon	Montpellier	1 052	41
Limousin		110	15
Lorraine	Nancy	625	27
Midi-Pyrénées	Toulouse	1 015	36
Nord Pas de Calais	Lille	1 567	39
PACA	Marseille-Nice	1 997	41
Pays de la Loire	Nantes	985	28
Picardie	Amiens	372	20
Poitou Charentes	Poitiers	324	19
Rhône-Alpes	Lyon	2 336	38
TOTAL France métrop.		19 247	31

En dehors de la Bretagne, dont la densité d'orthophonistes se rapproche de la moyenne nationale, les régions sans centre de formation présentent les densités parmi les plus basses de France. Mais on peut avoir aussi des régions avec centre de formation et densité basse d'orthophonistes : Franche-Comté, Basse-Normandie, Picardie, Poitou-Charentes (dans ces

trois dernières régions, la création du centre est récente). Le graphique suivant met en relation la densité d'orthophonistes et la densité d'étudiants en orthophonie par région.

Graphique 4 : Densités régionales en étudiants en orthophonie et en orthophonistes en activité en 2010 (sources : DREES, arrêté du 14 juin 2011)



Quatre groupes de régions se distinguent :

- le groupe des régions sans centre de formation ;
- le groupe des régions avec une densité d'étudiants moyenne et une densité d'orthophonistes supérieure à la moyenne nationale : Rhône-Alpes, PACA, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Île-de-France ;
- le groupe des régions avec une densité d'étudiants moyenne et une densité d'orthophonistes inférieure à la moyenne nationale ;
- et Nord Pas de Calais qui ressort de façon isolée en raison de sa densité élevée en étudiants.

Les centres de formation ont actuellement une double tutelle : le Ministère de l'Éducation Nationale et le Ministère de la Santé. Une délégation de responsabilité vers les ARS est actuellement à l'étude.

Selon l'arrêté du 14 juin 2011, fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste, 783 étudiants au total se répartissent sur ces 15 régions.

Aussi, par rapport au nombre annuel de départs en retraite (actuellement de l'ordre de 300-400 et bientôt plus proche de 400-500), il subsiste un excédent de jeunes orthophonistes formés.

Les projections démographiques sont cependant difficiles à réaliser en raison de l'importance des flux en provenance de Belgique, variables d'une année sur l'autre.

La préparation au concours d'entrée, quelques caractéristiques des étudiants en orthophonie et des motivations de leur installation

Il existe des établissements qui aident les étudiants à préparer le concours d'entrée en Institut de formation d'orthophoniste, comme, dans la région Midi-Pyrénées, la Croix Rouge française au sein de l'IRFSS Midi-Pyrénées (Institut régional de formation sanitaire et sociale) basé à Toulouse, ou le SPESUP (Centre de préparation aux concours de l'enseignement supérieur) à Toulouse.

En général, seulement 5 % à 10 % des candidats sont admis, en raison des quotas fixés nationalement.

La Fédération nationale des étudiants en orthophonie (FNEO) a réalisé une enquête sur le profil des étudiants en orthophonie (622 réponses) qui précise plusieurs éléments :

- Le pourcentage d'étudiants en orthophonie ayant réalisé une classe préparatoire est élevé : 78%, avec plusieurs modalités : sur 1 an, sur 2 ans, ou préparation intensive durant l'été.
- Les étudiants en orthophonie sont venus directement à l'orthophonie pour 58 % d'entre eux ; pour plus de 40 % d'entre eux, le premier choix était une autre carrière : enseignement (12 %), sciences humaines et sociales (6,5 %), une autre profession dans la santé (8 %)...
- Les 2/3 des étudiants en orthophonie ont réalisé des années d'étude avant la préparation à l'école d'orthophonie ou les études d'orthophonie.

La FNEO a réalisé une autre étude spécifiquement sur l'installation des jeunes orthophonistes. 344 étudiants de 4^{ème} année dans l'ensemble des centres ont été interrogés. 90 % ont moins de 30 ans à l'obtention du diplôme. 55 % des jeunes diplômés optent pour le libéral, majoritairement sur le mode de la collaboration. L'exercice mixte concerne plus de 10 % des cas et le mode salarié exclusif (en hôpital ou en secteur médico-social) est nettement moins choisi (un peu plus de 5 % des diplômés), probablement en raison de la grille salariale peu attractive et de la relative rareté des propositions de poste à temps plein.

Près de 60 % des jeunes diplômés s'installent dans leur région d'origine, le lieu de formation paraissant un critère moindre de choix du lieu d'installation.

Les principaux critères d'installation sont :

- Opportunité professionnelle : 50,3 %
- Proximité familiale : 20,1 %
- Travail du conjoint : 15,7 %

En outre, il est observé que dans 32 % des cas, le moyen pour trouver un emploi a été un lieu de stage, soulignant l'importance de pouvoir proposer des lieux de stage diversifiés.

La FNEO, dans sa contribution « La réforme des études en orthophonie - vers une formation d'excellence », souligne que le contenu de la formation est trop ancien (il n'a pas changé depuis 1997) et incomplet. De plus, la formation théorique étant différente d'un centre de formation à un autre, les connaissances des orthophonistes pour une pathologie particulière sont hétérogènes ; la FNEO demande l'uniformisation de la formation théorique sur le plan national. Il en est de même pour les stages, qui sont « peu diversifiés et définis » selon la FNEO, « ne permettant pas aux étudiants de pouvoir appréhender l'ensemble des pathologies qu'ils pourront rencontrer. Selon les centres de formation, le nombre de domaines devant obligatoirement faire l'objet d'un stage varie de 3 à 10 ».

La formation initiale des orthophonistes s'est récemment intégrée dans la réforme du LMD

La profession défend depuis des années la prise en compte de la formation initiale au niveau master, la durée et le contenu de l'enseignement étant proches du niveau requis (en tenant compte des stages et du mémoire). Le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, après la procédure de réingénierie du diplôme et la rédaction des référentiels Activités et Compétences, validés par le Ministère de la Santé, et du référentiel formation, établi sous la responsabilité du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, a proposé de reconnaître la formation initiale des orthophonistes au grade Master le 31 mars 2011.

Le Ministère de la Santé a donné sa position le 28 octobre 2011. Dans le courrier adressé aux syndicats représentant la profession, il est spécifié les points suivants :

- Reconnaissance de la formation généraliste en orthophonie au niveau Master 1, avec objectif d'une rentrée sur la base du nouveau programme de formation en septembre 2012 ; « la rénovation conduira également à harmoniser les modalités de formation tant théoriques que pratiques dans l'ensemble des écoles universitaires préparant au certificat de capacité en orthophonie » ;
- Reconnaissance de la formation en orthophonie avancée au niveau Master 2 ; il s'agit de mettre en place une année complémentaire de niveau Master 2, destinée à répondre aux besoins de rééducation très spécifiques de certains patients, « permettant ainsi de jeter les bases d'une nouvelle profession d'orthophoniste praticien. Des axes sont d'ores et déjà dessinés en neurologie ... ou en ORL ».

3.12 La formation continue est largement suivie dans la profession

Généralement, la formation permanente est organisée par des associations ou par les syndicats professionnels, organismes formateurs officiels, et souvent réalisée avec le concours d'universitaires. Ce peut être dans le cadre de la formation continue conventionnelle (avec indemnisation) ou dans d'autres cadres. La réforme prévue du développement professionnel continu (DPC) pourrait venir profondément modifier l'organisation actuelle de la formation continue, mais les décrets sont encore en cours de discussion.

Selon Jean-Marc Kremer et Emmanuelle Lederlé, dans « L'Orthophonie en France », chaque année, près de la moitié des professionnels participent au moins à une session de formation continue. D'après le recensement de la FNO, il existe environ 70 organismes formateurs dédiés à la formation des orthophonistes, et quelques autres organismes à spectre plus étendu (universités). Ainsi, l'offre de formation est extrêmement vaste ; d'après le répertoire des formations proposées aux orthophonistes dans le cadre conventionnel (qui ne représente donc qu'une partie de l'offre), diffusé par la FNO, on compte en 2011 5 thèmes en Charente Poitou-Limousin, 9 en Midi-Pyrénées, traités en général sur 2 ou 3 journées. Il arrive aussi que les orthophonistes s'inscrivent à des formations en dehors de leur région sur des thèmes spécifiques.

La FNO organise, en collaboration avec l'UNADREO¹³, les Rencontres Annuelles d'orthophonie. Quelques congrès hors du domaine de l'orthophonie présentent aussi un intérêt pour les orthophonistes tels que celui de la SOFMER (Société française de Médecine Physique et de Réadaptation), des congrès de neurolinguistique, de neuropsychologie, auxquels certains orthophonistes choisissent de participer en fonction de leurs compétences plus particulières.

La profession est aussi engagée dans l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le thème central retenu a été le bilan orthophonique. Un référentiel a été constitué, avec le soutien méthodologique de la HAS, et mis en œuvre dans 4 sites géographiques (financement de l'expérimentation par le FIQCS). Le questionnaire d'évaluation comporte *in fine* 3 volets : organisation du cabinet d'orthophonie, réalisation du bilan orthophonique, hygiène et sécurité¹⁴. Le bilan de l'expérimentation doit être réalisé fin 2011.

En outre, deux revues scientifiques existent : Rééducation orthophonique (Ortho Edition) et Glossa (UNADREO). Et des supports audiovisuels de formation sont conçus et diffusés aux professionnels intéressés : DVD sur l'aphasie, l'autisme, les troubles de l'apprentissage chez l'enfant, la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer... Ces projets ont pu être soutenus financièrement par des Fondations (Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité, Fondation Orange...).

3.13 La recherche en orthophonie est peu développée en France

L'orthophonie est une profession jeune et de notre entretien avec l'UNADREO, il ressort bien les conséquences que cela a sur la recherche. La profession d'orthophoniste a encore besoin de s'autonomiser, de s'évaluer et de pouvoir produire la preuve de son efficacité aux autorités et au public.

¹³ UNADREO : Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie

¹⁴ Évaluation de la pratique professionnelle du bilan orthophonique... c'est parti ! P. Bétrancourt, L'Orthophoniste n° 301, sept. 2010

Cette recherche clinique en orthophonie qui permettrait d'évaluer les méthodes et de les défendre est cependant encore insuffisamment développée. Il n'existe pas de laboratoires de recherche en orthophonie en France.

L'orthophonie bénéficie de la recherche faite dans les domaines proches, en neuropsychologie, en neurolinguistique par exemple, ou bien de la recherche menée dans des laboratoires de recherche du Canada francophone. L'apport de recherche en orthophonie des autres pays est d'une utilité limitée car ne reposant pas sur la même langue.

Il est à noter que, bien que les centres de formation en orthophonie soient situés dans les UFR de Médecine, la recherche en orthophonie ne semble pas bénéficier d'une impulsion que pourrait donner cet ancrage universitaire. Selon un professeur d'ORL interrogé, il n'y a guère de « place » en université pour les orthophonistes, puisqu'il n'y a pas de cursus à proprement parler, de postes universitaires comme il en existe pour les médecins. Mais « peut-être qu'avec le master, et une cinquième année de master de recherche, une filière pourrait se développer ».

Le but de l'UNADREO, créée en 1990 avec le soutien de la FNO, est justement de favoriser l'émergence d'une recherche en orthophonie en France. L'UNADREO a été reconnue société savante en 2005 par le Ministère de la Recherche. Sa mission est « de faire exister une véritable recherche spécifique en orthophonie en permettant notamment à des orthophonistes de mener à bien des actions de recherche. » Il est intéressant de noter que le choix du président actuel a été influencé par son expérience de la recherche via l'obtention d'un doctorat dans une autre spécialité, la psychologie. L'UNADREO souhaite contribuer à enrichir l'orthophonie par une réflexion théorique et l'exploration de nouvelles méthodes thérapeutiques. L'UNADREO diffuse l'information scientifique en orthophonie par le biais de sa revue Glossa, elle maintient une banque de données bibliographiques, organise colloques ou stages ayant un rapport étroit avec la recherche.

Actuellement, la recherche repose essentiellement sur les étudiants en fin de formation qui préparent leur mémoire sur les 2 dernières années et sont amenés dans ce cadre à conduire des projets de recherche en orthophonie. Mais ensuite, les étudiants s'installent en secteur libéral ou adoptent un exercice clinique salarié, et le taux de recherche en orthophonie mené par les orthophonistes une fois diplômés est très faible ; et même pour les professionnels intéressés par ce type de démarche, il reste très difficile de trouver un laboratoire d'accueil en l'absence de laboratoire dédié à l'orthophonie sur le territoire. Pour y remédier, l'UNADREO a mis en ligne sur son site un « annuaire de la recherche » qui facilite la mise en relation d'orthophonistes cliniciens et de chercheurs. De plus, elle encourage et encadre des projets d'Équipes de Recherche UNADREO (ERU) qui permettent d'associer des orthophonistes installés à des projets de chercheurs, souvent dans d'autres disciplines.

Dans l'échantillon d'orthophonistes interrogés dans les 2 régions, seul 1 professionnel assurait régulièrement une activité de recherche.

3.14 Les recommandations de la HAS concernant l'orthophonie recouvrent des indications nombreuses

La HAS a publié un certain nombre de recommandations sur l'orthophonie ces dernières années :

- Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, hors accompagnement scolaire, décembre 2009.

Dans le cadre de l'objectif « favoriser l'expression en langue parl e », il est recommandé des réductions orthophoniques plurihebdomadaires centrées sur la parole et les acquisitions lexicales et syntaxiques du français.

- R ducation de la voix, du langage, de la parole, décembre 2007 :  valuation des 3 actes suivants :
 - o R ducation du langage dans les aphasies ;
 - o R ducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques ;
 - o Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives.

Il s'est avéré dans cette étude que la précision des libellés était insuffisante pour répondre fermement à la question de la durée et la fréquence des séances d'orthophonie pour ces actes.

En effet, les indications couvertes par ces libellés sont nombreuses et hétérogènes : accident vasculaire cérébral, traumatisme crânio-cérébral, processus expansif intra-cérébral, encéphalite, anoxies cérébrales, aphasies dégénératives, épilepsies, maladies neuro-dégénératives, sclérose en plaques sclérose latérale amyotrophique.

- Certaines recommandations s'intéressent au rôle des différents professionnels de santé dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou d'accident vasculaire cérébral :
 - o Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux, juin 2002. Le rôle de l'orthophoniste est ici proposé essentiellement dans la prise en charge des troubles de la déglutition.
 - o Guide médecin ALD : Accident Vasculaire cérébral, mars 2007
 - o Programme pilote « Indicateurs de pratique clinique : AVC », juin 2010
 - o Recommandations Professionnelles : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, mars 2008
 - o Guide médecin – ALD : Maladie d'Alzheimer et autres démences, mai 2009
 - o Dans le cadre du programme PMSA (Prescription Médicamenteuse chez le sujet  g ), un programme pilote de l'HAS, programme AMI-Alzheimer (Alerte Maîtrise Iatrogénie), promeut la diminution des neuroleptiques administrés par excès pour troubles du comportement aux patients atteints de maladie d'Alzheimer et propose une meilleure prise en charge, notamment orthophonique, pour améliorer la communication entre ces patients et l'entourage ainsi que les soignants.

- Concernant les troubles spécifiques des apprentissages scolaires chez l'enfant, l'HAS a travaillé sur :
 - L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans, mai 2001.
 - Recommandations pour la pratique clinique - Septembre 2005 - Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires.

Enfin, plusieurs travaux sur l'état des connaissances dans l'autisme et les troubles envahissants du développement ont été menés.

3.15 Médecine scolaire et orthophonie : interactions dans la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages¹⁵

Les orthophonistes de ville font partie intégrante du « plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit », mis en œuvre en 2002 par l'Éducation Nationale (B.O. du Ministère de l'Éducation Nationale n°6 du 7-2-2002), dans les suites du rapport Ringard de l'année 2000 sur la prise en charge de l'enfant dysphasique et dyslexique. Ce plan d'action comprend 2 moments essentiels, le bilan de 3-4 ans à l'entrée de la maternelle, du ressort de la PMI, et le bilan des 5-6 ans à l'entrée à l'école primaire sous la responsabilité du Médecin de l'Éducation Nationale.

Le taux de couverture des bilans obligatoires est variable

Schématiquement, la médecine scolaire des maternelles dépend de la PMI (i.e. du conseil général). La médecine scolaire des Écoles primaires dépend de l'Éducation Nationale, celle des collèges dépend des départements, et celle des lycées de la Région.

Y font exception 14 villes françaises (Paris, Lyon, Nice, Grenoble, Bordeaux...) dans lesquelles la médecine scolaire de l'école primaire est du ressort de la municipalité. De plus, la médecine scolaire de la ville de Paris est aussi en charge de l'école maternelle (et non de la PMI). Les missions sont les mêmes pour l'Éducation Nationale ou ces 14 villes, en particulier la réalisation des 2 bilans précités à 3-4 ans (dépistage des troubles de l'acquisition du langage oral) et à 5-6 ans (dépistage des difficultés d'acquisition du langage écrit). Il semble cependant que les moyens diffèrent. Ainsi, la médecine scolaire de Paris dispose de 55 médecins ETP (équivalents temps plein), soit un médecin pour 3 500 élèves, alors qu'il y a un médecin pour 6 000 à 7 000 élèves en général sur le territoire national. Le taux de couverture des ces bilans obligatoires est de ce fait variable d'un département à l'autre, en

¹⁵ Les troubles spécifiques des apprentissages recouvrent les dysphasies, dyslexies, dyscalculies (troubles des fonctions logico-mathématiques), les dyspraxies (troubles de l'acquisition de la coordination). On estime à environ 4 à 6 % les enfants d'une classe d'âge, concernés par ces troubles pris dans leur ensemble, dont moins de 1 % présentent une déficience sévère.

Leur originalité tient à ce que ceux-ci ne peuvent être mis en rapport direct avec des anomalies neurologiques ou des anomalies anatomiques de l'organe phonatoire, pas plus qu'avec une déficience auditive grave, un retard mental ou un trouble sévère du comportement et de la communication. Ces troubles sont considérés comme primaires, c'est-à-dire que leur origine est supposée développementale, indépendante de l'environnement socio-culturel d'une part, et d'une déficience avérée ou d'un trouble psychique d'autre part.

fonction de la densité des médecins scolaires disponibles (il n'y a par exemple que 12 médecins scolaires pour l'ensemble du Limousin).

Les étapes du diagnostic d'un trouble spécifique des apprentissages scolaires

On distingue le repérage (par l'enseignant), le dépistage (fait par le médecin scolaire) et le diagnostic (requérant un avis médical et le diagnostic orthophonique posé à l'issue du bilan).

Les enseignants sont souvent les premiers à alerter les parents sur des difficultés scolaires et suggèrent un bilan orthophonique à la recherche éventuelle de troubles spécifiques des apprentissages. Ainsi, une prise en charge orthophonique en cabinet de ville débutera-t-elle souvent indépendamment de la médecine scolaire. Toutefois, lors de l'examen médical obligatoire des 3-4 ans, ou de l'examen des 5-6 ans, le médecin scolaire peut, sur la base des informations fournies par l'enseignant, la famille, les membres des RASED, être amené à engager un bilan et une prise en charge orthophonique.

Les directives insistent sur le libre choix des familles de recourir (ou non) aux professionnels de leur choix : « En tout état de cause, le principe du libre choix des familles, tout au long de leurs démarches de consultation, doit ici être rappelé ». Ces multiples parcours parallèles pour le dépistage et la prise en charge soulignent l'importance d'une bonne information réciproque des intervenants s'occupant de l'enfant (enseignant, RASED, médecin de PMI et médecin scolaire) afin d'assurer une meilleure efficacité et continuité des soins. « La généralisation de la transmission du dossier médical de liaison rempli par la PMI (institué par l'arrêté interministériel du 18 août 1997 publié au JO du 2 septembre 1997) est souhaitée par l'Éducation Nationale pour permettre d'assurer, en lien avec les familles, le suivi prioritaire des enfants nécessitant une attention particulière ».

Dans le Limousin, un protocole a été mis en place pour le bilan à 5-6 ans :

- Le repérage est effectué par l'enseignant ;
- En cas de difficultés repérées, l'enfant est pris en charge par le système de santé scolaire :
 - un bilan standard est effectué par le personnel infirmier ;
 - et en cas de difficultés identifiées, un bilan approfondi est réalisé par le médecin scolaire, ce bilan pouvant conduire à plusieurs types d'actions :
 - recommandations aux parents,
 - aménagements pédagogiques,
 - orientation vers l'orthophoniste,
 - avis spécialisé.

Le suivi en PMI peut aussi orienter l'enfant vers ce circuit.

Il peut aussi arriver que les enseignants sensibilisent la famille qui contacte alors directement le médecin traitant ou même l'orthophoniste, qui renvoie alors vers le médecin traitant pour la prescription du bilan.

En outre, dans certains départements, comme en Haute-Vienne, une convention avec la CPAM prévoit que le médecin scolaire peut prescrire directement le bilan orthophonique. Ce type de convention tend à se diffuser dans d'autres départements.

En cas de handicap lourd, l'enfant est orienté vers la MDPH qui établit le projet personnalisé de santé.

Pour l'année 2009-2010, en Corrèze, sur 2365 enfants éligibles au bilan des 5-6 ans, il y a eu un peu plus de 300 bilans approfondis, et 37 demandes d'avis orthophoniques (soit 1,6 % de la cohorte). En Creuse, sur 1055 enfants, il y a eu 188 bilans approfondis et 37 demandes d'avis orthophoniques (3,5 %). Il s'agit dans ces deux départements de la première cause de demande d'avis spécialisés devant les avis ophtalmologiques.

En Midi-Pyrénées, le médecin scolaire a aussi la faculté de prescrire le bilan orthophonique, avec l'accord de la CPAM et de l'Ordre des médecins.

L'orthophoniste et l'école

En France, l'école est considérée comme n'étant clairement pas « un lieu de soins » ce qui explique l'absence d'orthophonistes dans le milieu scolaire. Les orthophonistes sont donc sollicités par les parents, en ville, le plus souvent en dehors des heures de classe de l'enfant, voire pendant le temps scolaire.

Toutefois, pour les enfants handicapés pris en charge en SESSAD par exemple, les professionnels (orthophonistes, orthoptistes...) peuvent intervenir directement en milieu scolaire.

L'orthophoniste a un rôle très important comme source d'information pour l'enseignant, qui essaiera d'adapter ses méthodes pédagogiques aux besoins et progrès de l'enfant, et pour le médecin scolaire, qui jugera de la nécessité de mesures supplémentaires si le maintien en milieu scolaire ordinaire devenait difficile.

Ce rôle de l'orthophoniste dans la circulation de l'information se heurte à son caractère informel, volontaire, mais aussi à la nécessité de confidentialité. Il semble que dans la pratique, la qualité de cette coordination et de cette information mutuelle des acteurs s'occupant de l'enfant soit hétérogène, relevant de paramètres purement individuels.

Cette activité de l'orthophoniste libéral et le temps passé à cette coordination ne sont pas rémunérés.

3.16 La représentation des orthophonistes libéraux au plan national et dans les instances régionales

Deux syndicats d'orthophonistes existent : la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), représentative, qui comprend 6 700 adhérents, salariés et libéraux, et la Fédération des orthophonistes de France (FOF).

Il n'y a pas d'Ordre pour cette profession, et aucun projet en ce sens. Il aurait pu se mettre en place un Ordre pour l'ensemble des professions paramédicales, mais ce projet n'a pas été poursuivi.

Cette organisation donne à la profession une représentation très unitaire ; il n'existe pas de clivage fort entre les différents modes d'exercice, ce qui d'ailleurs s'explique aisément par la fréquence des évolutions d'un secteur d'exercice à l'autre au cours de la carrière.

Au plan régional, la loi HPST prévoit que l'ARS ait comme interlocuteurs des représentants régionaux de chaque profession de santé, au sein des URPS (unions régionales des professionnels de santé), qui représentent les libéraux hors remplaçants. Cette étape s'est déroulée en 2011 dans les différentes régions ; l'arrêté du 6 avril 2011 portant nomination des membres siégeant au sein des unions régionales de santé compétentes pour les orthophonistes, officialise leur mise en place pour l'orthophonie. Secondairement, ces URPS doivent se réunir en Fédération des URPS. Et des représentants de ces URPS doivent siéger dans les instances de l'ARS. Comme le nombre de sièges est limité, outre les médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, il y a un seul siège pour les autres professions de santé ; il y a ainsi peu de chances que les orthophonistes soient représentés. Ils peuvent par contre être actifs dans les comités techniques (COTER) ; c'est le cas par exemple en Midi-Pyrénées.

3.17 L'orthophonie est organisée de manière très différente dans les pays européens

Trois termes interchangeables sont utilisés en Europe : l'orthophonie, la logopédie et 'speech and language therapy'. Dans tous les pays européens, l'orthophonie est une profession récente ; elle a d'abord émergé dans les pays de l'Ouest de l'Europe. Historiquement et très grossièrement, deux types d'émergence de l'orthophonie ont été observés : soit elle a correspondu à un besoin identifié par les spécialistes du langage comme les ORL (partie Ouest de l'Europe dont la France), soit elle a fait suite à une initiative du système scolaire (partie Nord et Est de l'Europe dont le Danemark). Le cas de l'Allemagne est un peu particulier dans la mesure où la profession est partagée entre 5 professions différentes quant à leur titre et leurs compétences ; il y a les logopäden (15 000 pour une population de 83 millions d'habitants) qui rejoignent les compétences des orthophonistes français à l'exception des troubles du langage, les pédagogues des troubles du langage qui rejoignent les compétences de l'orthophonie française pour les troubles du langage (en milieu essentiellement scolaire), les professeurs de la respiration, de la parole et de la voix (500 « Atem-, Sprech-, und Stimmlehrer »), les thérapeutes des troubles du langage (400 « Sprachtherapeuten »), et les instituteurs spécialisés et pédagogues des troubles du langage (plus de 7 000 « Sprachheillehrer » et « Diplomierte Sprachheilpädagogen ») ; cette complexité de la profession en Allemagne se traduit par des statuts et des formations spécifiques avec des durées d'études différentes (3 ans dans des écoles pour les logopèdes et les professeurs de la respiration de la parole et de la voix, 4 années universitaires pour les instituteurs spécialisés et pédagogues des troubles du langage). Les logopèdes travaillent à l'hôpital, dans les cliniques, dans les centres de réadaptation, dans les écoles maternelles, les garderies d'enfants ; 30 % d'entre eux exercent en libéral. Les professeurs de la respiration, de la parole et de la voix travaillent à l'hôpital, dans les cliniques ORL, en cabinet, en école de musique et d'art dramatique, en cabinet privé. Les instituteurs spécialisés exercent dans les établissements scolaires et les pédagogues des troubles du langage assurant la rééducation et la réinsertion des personnes exercent dans le domaine extrascolaire : centres de réadaptation, hôpitaux spécialisés, ou cabinet libéral, comme les thérapeutes du langage.

Le Danemark (5,5 millions d'habitants), où la première école d'État a été créée en 1916, dénombre 2 000 orthophonistes. Leur formation est dispensée dans une école ou dans l'université de Copenhague, sur 3 ou 5 ans. Les orthophonistes se répartissent dans le système scolaire (pour 1 100 d'entre eux), dans le système de rééducation départemental (500), dans le secteur hospitalier (350) et en cabinets privés (une cinquantaine de professionnels). Le système de santé danois prend en charge totalement les soins dispensés dans les institutions sauf en cabinet libéral, ce qui explique que presque tous les orthophonistes sont salariés.

Ces professionnels européens travaillent donc dans le champ paramédical, dans le champ scolaire voire dans le milieu artistique, et sont à 95 % des femmes, et cela quel que soit le pays.

La densité des orthophonistes est très variable d'un pays à l'autre. En 2004, le nombre d'orthophonistes par million d'habitants va de quelques dizaines au Portugal, en Grèce, à une centaine pour l'Espagne, l'Allemagne, et environ 250 en France, aux Pays-Bas, au Royaume Uni, au Danemark ; on compte 777 orthophonistes par million d'habitants en Belgique, chiffre bien au-dessus de ses voisins. L'évolution de ces chiffres entre les années 1990 et 2004 indique une augmentation. En France, ce chiffre est passé de 171 à 253 (soit 48 % de plus), et en Belgique, de 608 à 777. Le seul pays où il y a eu diminution du nombre de professionnels est l'Allemagne, avec -11 % dans cette période.

La formation requise est assurée dans les instituts ou dans les universités. En 2004, seulement 4 pays ont un numerus clausus, dont la France. Le niveau d'étude requis pour exercer est différent d'un pays à un autre : équivalent licence (bac + 3) comme en France, voire master 1 (bac + 4) jusqu'à un niveau master 2 (bac + 5) (Danemark, Royaume-Uni). La majorité des pays réclament au minimum un niveau de licence, mais recommandent un niveau de formation un peu plus élevé (master 1) ; en France, la formation se déroule en 4 ans avec des périodes de stages professionnels inclus dans la durée de la formation.

Les conditions d'exercice de l'orthophonie changent d'un pays à l'autre. Mais la prescription médicale est souvent un préalable obligatoire aux soins orthophoniques (en France, depuis le décret du 2 mai 2002, uniquement pour le bilan initial) :

- lorsque les orthophonistes sont exclusivement salariés, exerçant dans les institutions médico-sociales, voire au sein même des établissements scolaires, les soins sont entièrement pris en charge par la protection sociale du pays (Royaume-Uni, Irlande, Italie, Luxembourg) et soumis au contrôle médical direct (travail en milieu hospitalier) ;
- lorsque les orthophonistes sont majoritairement en libéral, avec des patients adressés par le corps médical, les soins prescrits font l'objet d'une prise en charge plus ou moins totale par le système de protection sociale (France, Pays-Bas, Grèce, Belgique) ;
- les orthophonistes peuvent aussi exercer en libéral mais en dehors du système de protection sociale, sans contrôle du corps médical (Espagne, Norvège).

Il existe une différence majeure entre la plupart des pays européens et le système français : les orthophonistes peuvent exercer en milieu scolaire dans de nombreux pays comme l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, et la Norvège, offrant des débouchés salariés au sein même de l'Éducation Nationale ; en France, comme on l'a vu, il n'y a pas d'orthophonistes au sein de l'Éducation Nationale.

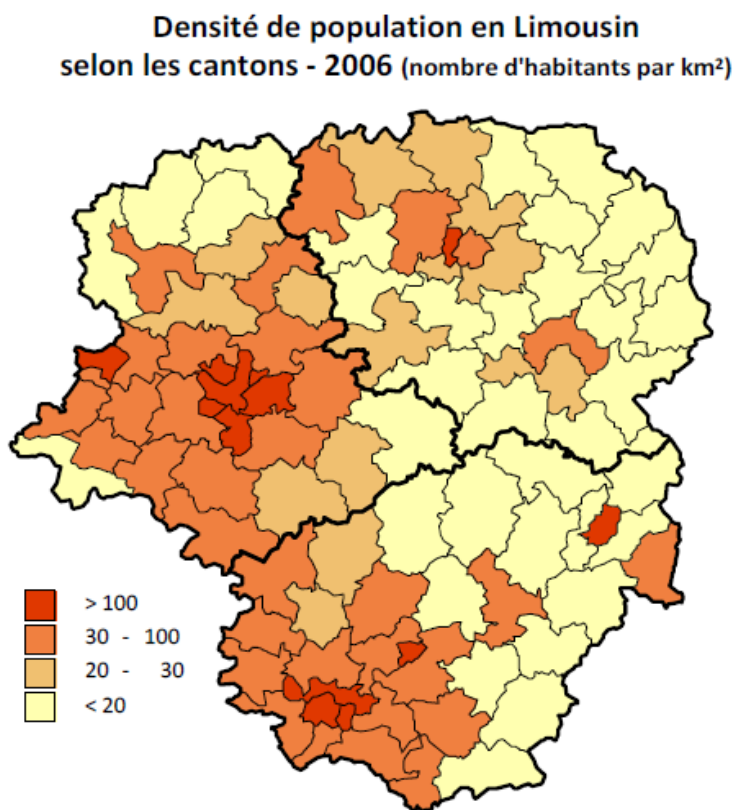
4. L'enquête auprès des orthophonistes dans les 2 régions

Les résultats de l'enquête menée auprès des professionnels sont précédés d'une brève caractérisation des deux régions.

4.1 Caractéristiques des régions enquêtées¹⁶

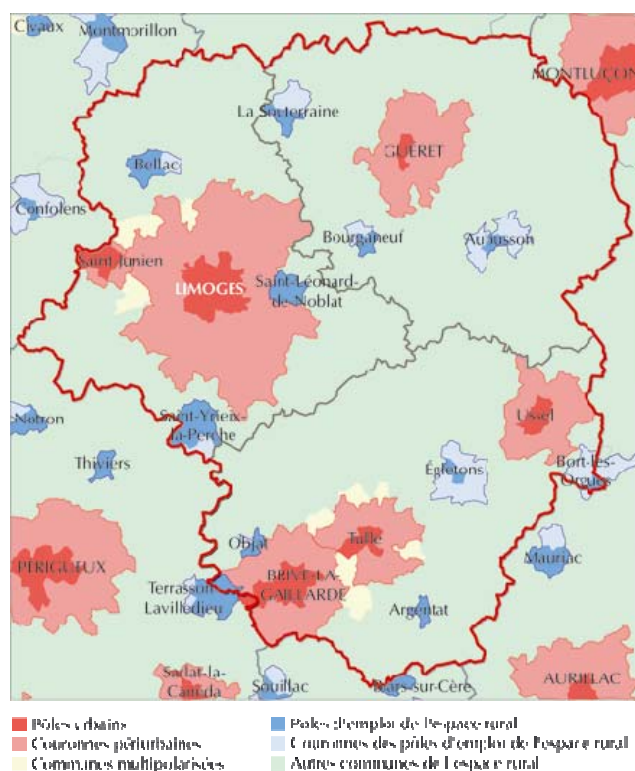
Limousin

Le Limousin comprend 3 départements (Corrèze, Creuse, Haute-Vienne), pour 743 907 habitants au 1^{er} janvier 2008. La densité de la population est faible avec 43,9 habitants au km². 7 communes seulement ont plus de 10 000 habitants : Limoges, Brive la Gaillarde, Tulle, Guéret, St Junien, Ussel, Panazol. La population s'accroît de 0,5 % par an sur la période 1999-2008, mais en faveur des zones urbaines et péri-urbaines ; les cantons ruraux sont en général en baisse. 38 % des Limousins vivent dans une commune appartenant à un espace rural.



¹⁶ Sources : données INSEE pour la démographie et la socio-économie, données DREES pour l'offre de soins ; et pour le Limousin, en outre, document de l'ORS du Limousin : Atlas de la santé en Limousin, décembre 2010.

Zonage en aires urbaines et aires d'emploi de l'espace rural (Recensement 1999, INSEE)



Le Limousin est par ailleurs la région la plus âgée de France : 12,5 % de personnes de 75 ans et plus (contre 8,2 % au plan national), et 20,3 % seulement de moins de 20 ans (contre 25,1 % au plan national). Le taux de natalité est de 9,9 naissances pour 1 000 habitants (contre 12,8 en France métropolitaine).

Sur le plan socio-économique, la région Limousin présente certains indicateurs défavorables : 14,2 % de la population en-dessous du seuil de pauvreté en 2008¹⁷ (contre 13 % en France métropolitaine en 2006), avec des zones de la région particulièrement touchées : 18,8% en Creuse (et même 21,5 % dans les zones rurales de la Creuse). Mais le taux de chômage est par contre plus bas en Limousin (7,9 % au 4^{ème} trimestre 2010) qu'en France métropolitaine (9,2 %). Il en est de même pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire : 4,9 % en Limousin en 2009 contre 6,4 % en France métropolitaine. A l'inverse, les bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés sont plus nombreux en Limousin (23,8 pour 1000 personnes de 20 ans ou plus en 2008) qu'en France (16,9).

Sur le plan de l'offre de soins, on observe que la densité de médecins est très proche de celle observée au plan national (source DREES) : 326 pour 100 000 habitants (avec bien sûr des disparités entre départements de la région) au 1^{er} janvier 2010. Et même en médecins généralistes, le Limousin est bien doté avec une densité de 174 pour 100 000 contre 162 en moyenne en France métropolitaine. De même, pour les infirmiers, le Limousin présente la densité la plus forte de France : 1 074 infirmiers pour 100 000 habitants (contre 830 pour la moyenne nationale). Lorsqu'on ne considère que les infirmiers libéraux, on a une densité de 165,4 pour 100 000 contre 124,2 pour la moyenne nationale. Mais ces indicateurs d'offre sont à mettre en regard avec la forte proportion de personnes âgées dans la région.

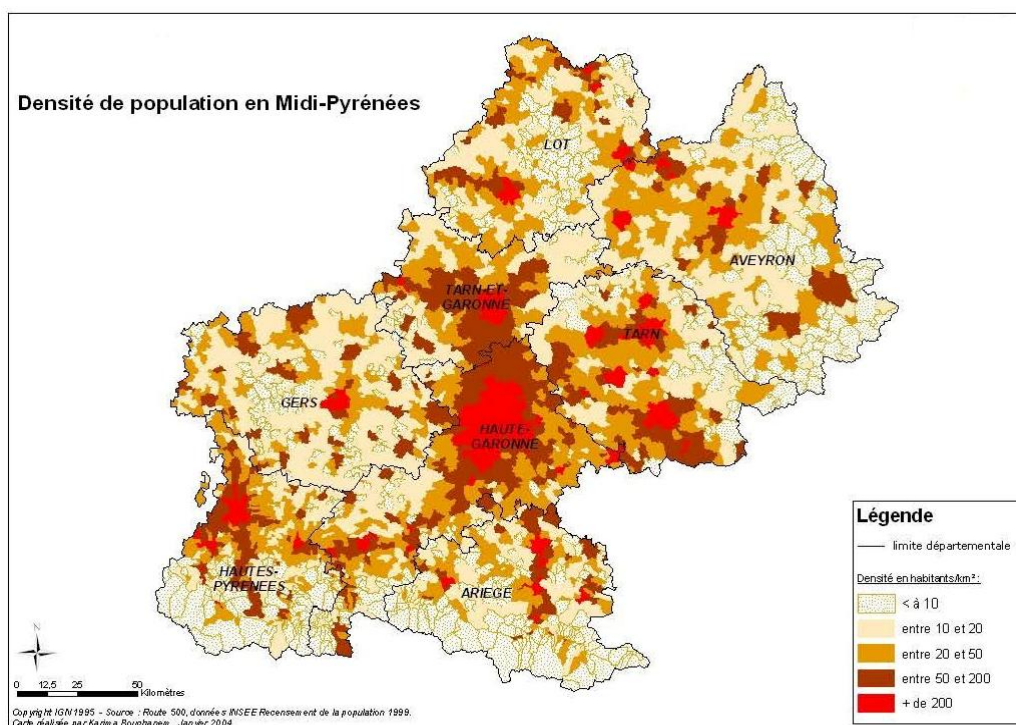
¹⁷ Taux de pauvreté à 60 % du revenu médian.

Midi-Pyrénées

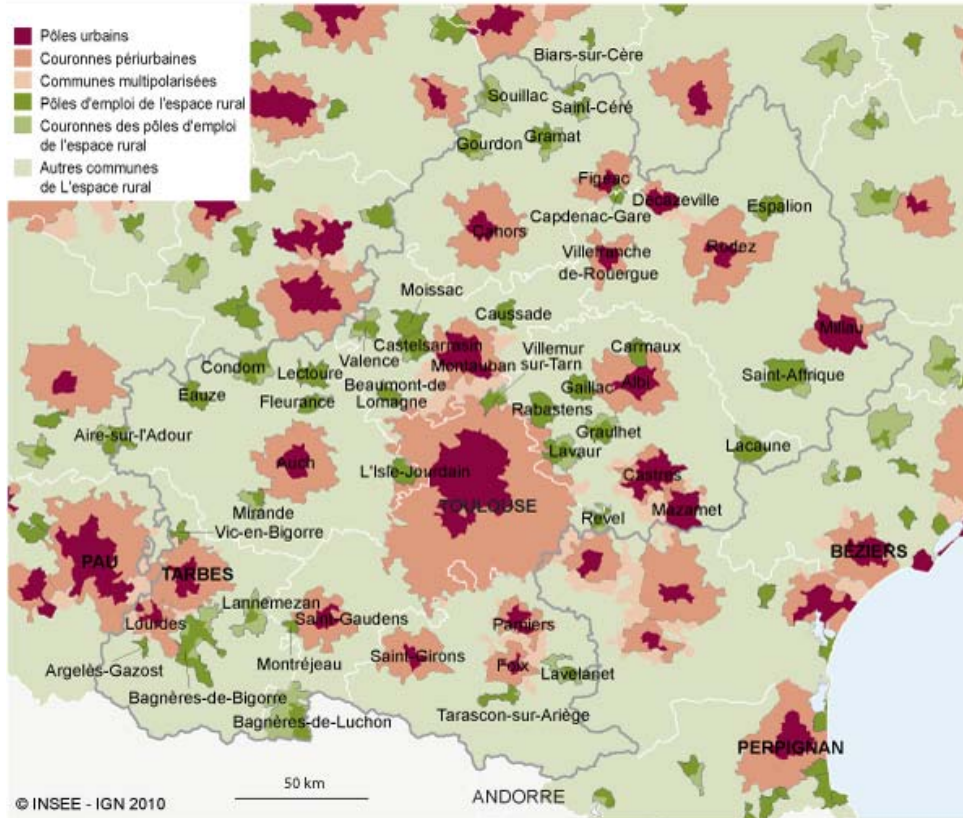
La région Midi-Pyrénées est la plus vaste des régions françaises, couvrant 8,3 % du territoire national, mais n'abritant que 4,5 % de la population métropolitaine, avec 2,87 millions d'habitants en 2009, sur 8 départements (Ariège, Aveyron, Haute Garonne, Gers, Lot, Hautes Pyrénées, Tarn, Tarn et Garonne), pour une densité moyenne de 63,2 habitants par km². La progression de la population est de 1,2 % par an en moyenne depuis 1999, soit un taux supérieur à la moyenne nationale (0,7 %).

La population des 75 ans et plus représente 10 % de la population, donc une proportion supérieure à la moyenne nationale mais moins élevée que dans le Limousin. Les moins de 20 ans représentent 22,8 % de la population. Le taux de natalité est de 11,2 pour 1000.

Les contrastes intra-régionaux sont importants, avec la Haute-Garonne représentant 42 % de la population régionale, pour une densité de 193 habitants par km², et à l'opposé l'Ariège avec une densité de 31 ou l'Aveyron avec une densité de 32 habitants par km². 13 villes ont plus de 20 000 habitants, mais Toulouse (439 553 habitants) se situe loin devant les autres villes de la région (Montauban : 55 974 ; Albi : 48 847 ; Tarbes : 44 173...). L'agglomération de Toulouse comprend 863 756 habitants.



La Zonage en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural (ZAUER)



Sur le plan socio-économique, certains indicateurs indiquent une situation moins bonne que la moyenne française : 13,6 % des personnes sont sous le seuil de pauvreté (contre 13 % en France métropolitaine). Le taux de chômage est de 9,2 % au dernier trimestre 2010, égal à la moyenne nationale. Par contre, seulement 5,4 % des personnes sont à la CMU complémentaire contre 6,4 % en France en 2009.

Sur le plan de l'offre de soins, on observe que la densité de médecins est supérieure à celle observée au plan national : 353 pour 100 000 habitants contre 334 en France métropolitaine (avec bien sûr des disparités entre départements de la région : de 266 dans le Lot et le Gers à 439 en Haute-Garonne). En médecins généralistes, la région Midi-Pyrénées est de même bien dotée avec une densité de 173 pour 100 000. Pour les infirmiers, la région Midi-Pyrénées présente aussi une densité élevée : 971 infirmiers pour 100 000 habitants (contre 830 pour la moyenne nationale). Lorsqu'on ne considère que les infirmiers libéraux, on a une densité forte, égale à 201 pour 100 000 contre 124,2 pour la moyenne nationale. Toutefois, ces indicateurs présentent de fortes disparités d'un département à l'autre.

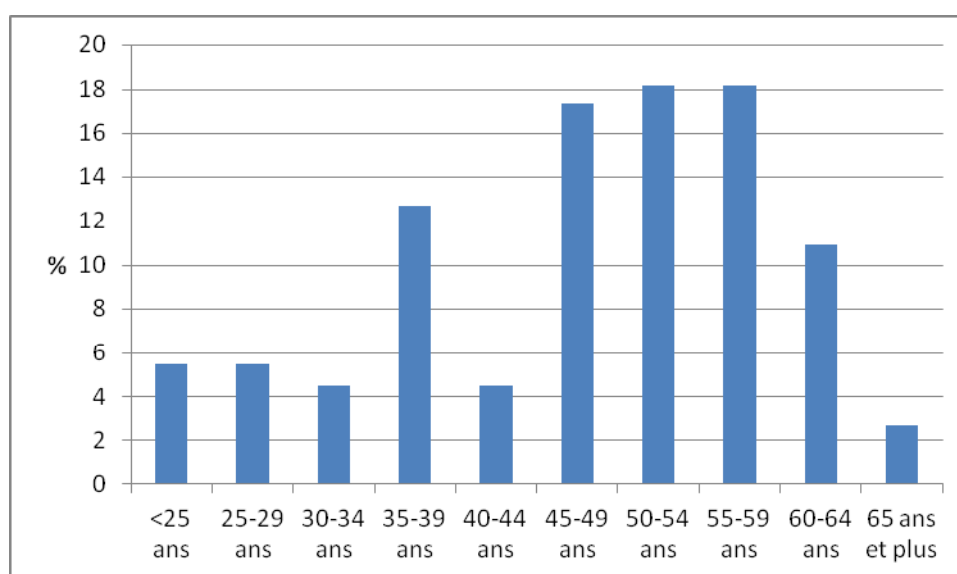
4.2 Caractéristiques des orthophonistes dans les deux régions d'enquête

Le *Limousin* représente la région ayant la densité d'orthophonistes la plus faible de France (110 professionnels, soit 15 pour 100 000 habitants), et les 3 départements de la région se rangent parmi les départements ayant le nombre d'orthophonistes le plus bas, avec dans la Creuse, seulement 5 orthophonistes libéraux et 8 salariés ! Dans la Haute Vienne et la Corrèze, les effectifs sont respectivement de 38 libéraux, 17 salariés, et 24 libéraux, 18 salariés. D'après les derniers chiffres communiqués par l'ARS de Limoges, le nombre d'orthophonistes est même passé de 110 à 103 au 1^{er} janvier 2011.

Sur les 110 orthophonistes enregistrés, les 2/3 ont plus de 45 ans ; il y a très peu d'orthophonistes jeunes, comparativement aux données nationales, comme l'indique le graphique suivant.

Ces chiffres montrent un vieillissement de la population des orthophonistes dans cette région, et un manque d'attractivité.

Graphique 5 : Répartition par âge des orthophonistes dans le Limousin (source DREES, 2010)



Deux projets, soulignés par l'ARS, devraient toutefois structurer l'activité d'orthophonie dans la région dans les années à venir :

- Le projet de généralisation du dépistage de la surdité chez le nouveau-né dans les maternités ; ce projet, qui sera inscrit dans le SROS, est notamment porté par le service d'ORL du CHU de Limoges, et en particulier l'orthophoniste travaillant dans ce service.
- Le projet de création d'un centre de formation d'orthophonie à Limoges, dans le cadre d'un Institut régional de la rééducation. Ce projet s'adresse à 4 professions : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens. Sont impliqués le Conseil régional, l'ARS, le CHU, l'Université. La première étape devrait être un

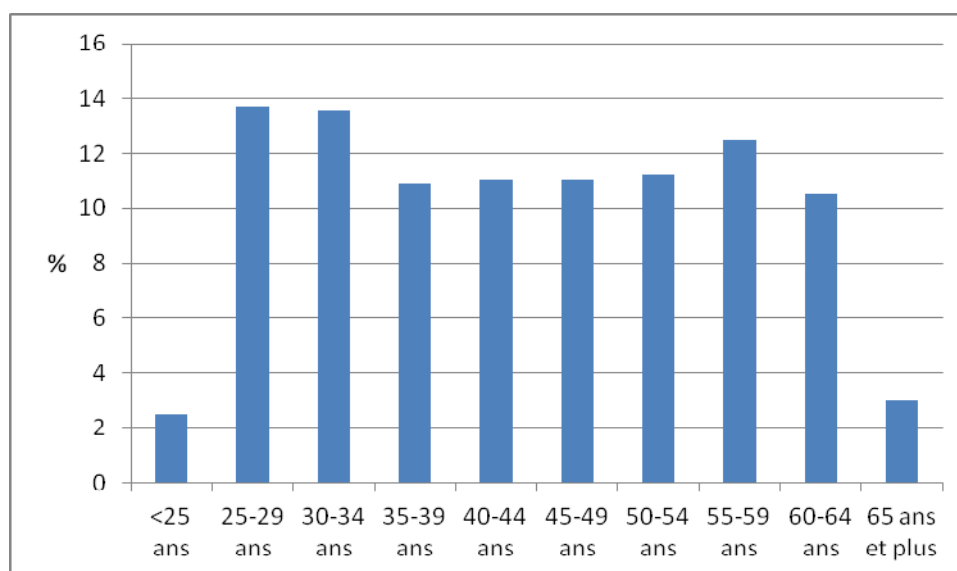
démarrage en septembre 2012 pour les ergothérapeutes, les autres professions devant démarrer les années suivantes. En ce qui concerne l'orthophonie, le cadre de l'enseignement n'est pas encore bien défini, en termes de nombre d'étudiants (nécessité d'avoir un agrément national), de formateurs, etc.

La région Midi-Pyrénées se situe dans la fourchette basse des régions à forte densité (avec 1015 orthophonistes, ce qui donne une densité de 36 orthophonistes pour 100 000 habitants) et est remarquable pour sa disparité entre les 8 départements :

- densité faible dans les Hautes-Pyrénées (24 pour 100 000 habitants, avec 26 orthophonistes libéraux et 29 salariés), l'Aveyron (23 pour 100 000 habitants, avec 48 libéraux et 14 salariés) et le Lot (23 pour 1 000 habitants, avec 27 libéraux et 13 salariés),
- densité modeste dans le Gers (28 pour 100 000 habitants, avec 34 libéraux et 17 salariés), le Tarn (28 pour 100 000 habitants, avec 81 libéraux et 25 salariés), le Tarn et Garonne (27 pour 100 000 habitants avec 50 libéraux et 13 salariés),
- densité moyenne dans l'Ariège (33 pour 100 000 habitants avec 40 libéraux et 10 salariés),
- densité très forte en Haute-Garonne (48 pour 100 000 habitants, avec 457 libéraux et 131 salariés).

La répartition par tranche d'âge est beaucoup plus homogène, de l'ordre de 10-12 % par tranche d'âge de 5 années, de 25 à 64 ans, avec des taux un peu plus élevés entre 25 et 34 ans. Ces chiffres sont proches de ceux de France métropolitaine.

Graphique 6 : Répartition par âge des orthophonistes en Midi-Pyrénées (source DREES, 2010)

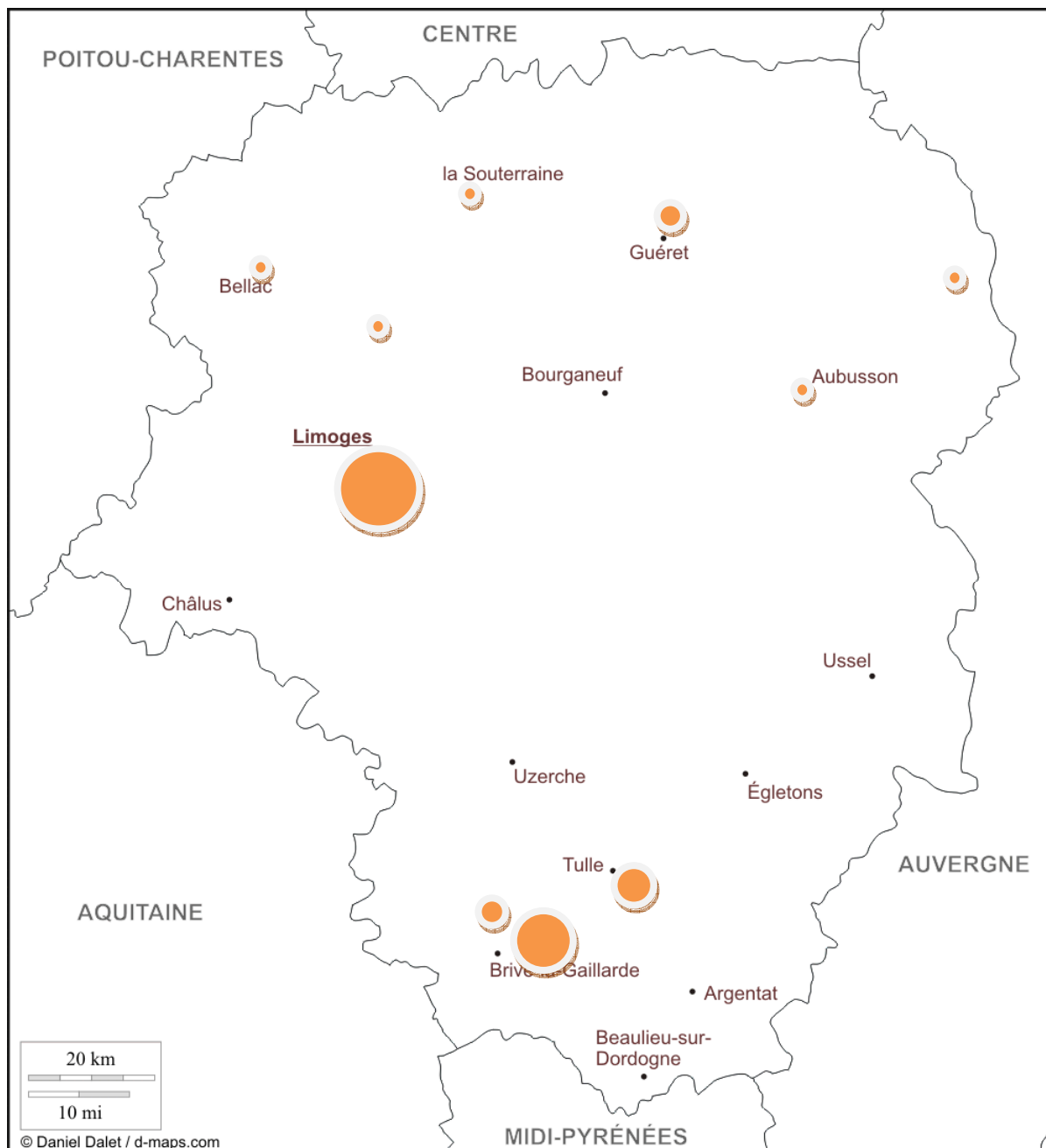


4.3 Caractéristiques de l'échantillon des orthophonistes interrogés

Répartition selon le lieu d'exercice

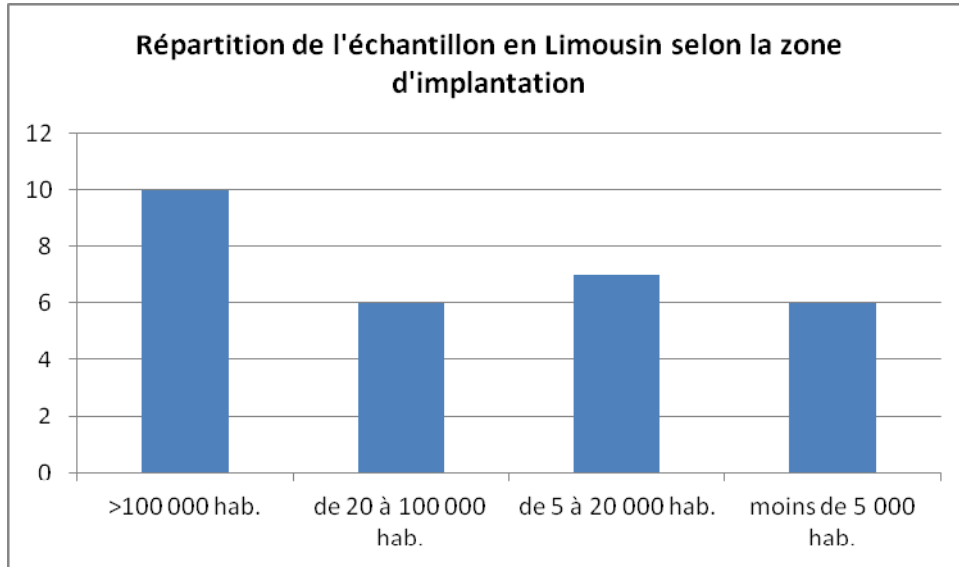
Les points *orange* des cartes suivantes indiquent les villes où ont été menés les entretiens.

Limousin

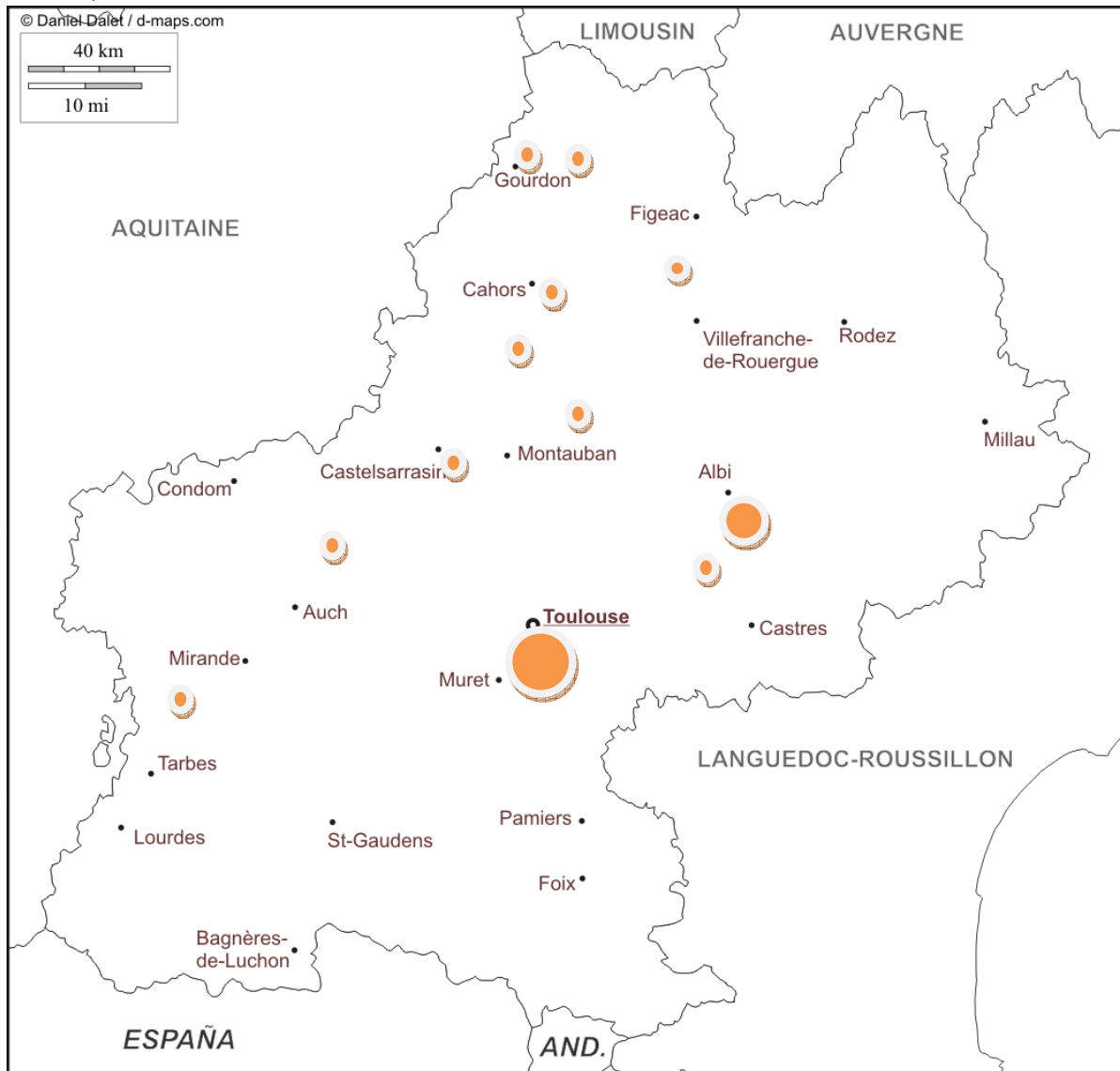


Cette répartition se traduit de la manière suivante.

Graphique 7 :

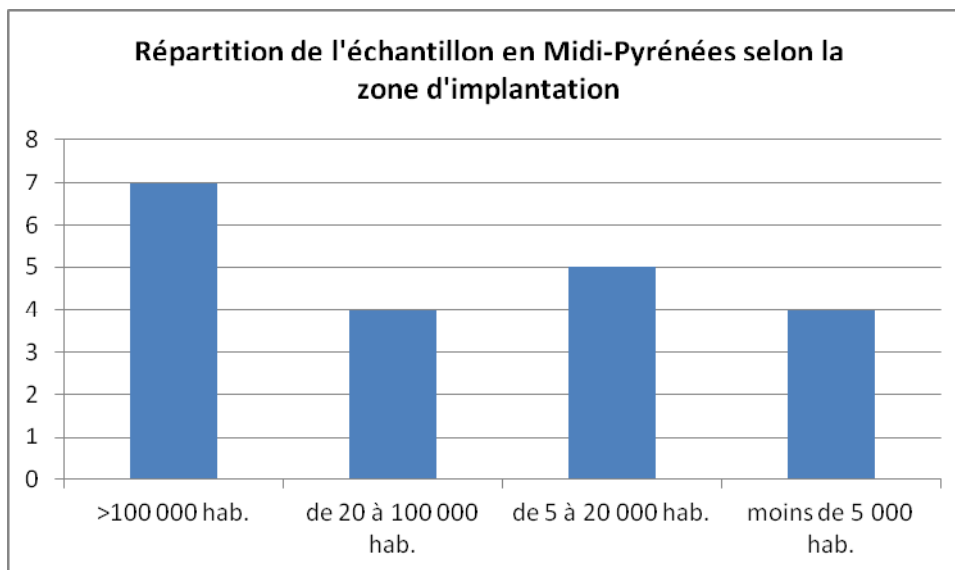


Midi-Pyrénées



Cette répartition se traduit de la manière suivante.

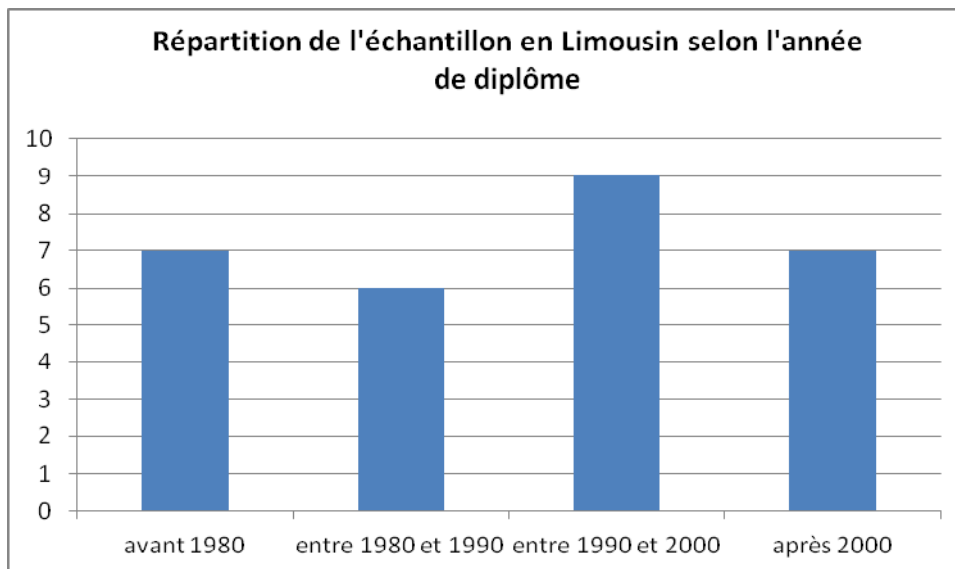
Graphique 8 :



Répartition selon l'année et le lieu de diplôme.

Limousin

Graphique 9 :



Dans cette région, la répartition selon la durée d'exercice des orthophonistes rencontrés est en conséquence la suivante (compte tenu d'éventuels arrêts de pratique pendant une certaine durée) :

- 7 ont une durée inférieure ou égale à 10 ans,
- 14 ont une durée comprise entre 11 et 29 ans,

- et 8 ont une durée d'au moins de 30 ans.

Cette répartition est assez représentative de la région, avec notamment la proportion attendue d'orthophonistes ayant au moins 30 ans d'expérience, proches de la retraite, et pour lesquels la question du remplacement se posera à court terme.

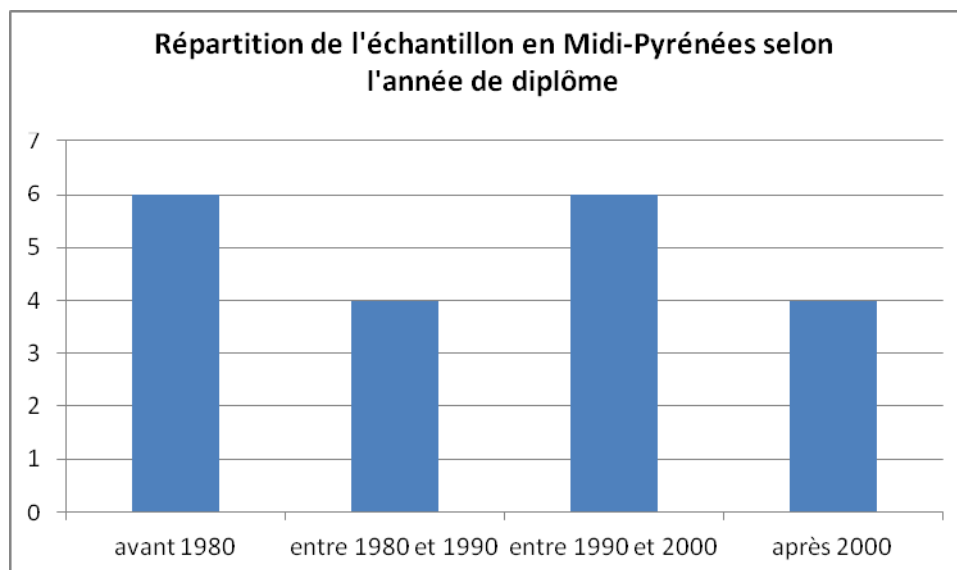
En l'absence de centre de formation à Limoges, les orthophonistes en exercice dans cette région ont été formés hors région, dans presque toute la France :

- Toulouse : 6
- Paris : 6
- Lyon : 4
- Nancy : 2
- Nantes : 2
- Bordeaux : 2
- Tours : 2
- Lille : 2
- Nice : 1

et 2 en Belgique.

Midi-Pyrénées

Graphique 10 :



Dans cette région, la répartition de l'échantillon selon la durée d'exercice est en conséquence la suivante (compte tenu d'éventuels arrêts de pratique pendant une certaine durée) :

- 5 ont une durée d'exercice inférieure ou égale à 10 ans ;
- 6 ont une durée comprise entre 11 et 29 ans ;
- et 9 ont une durée d'au moins de 30 ans.

Cette fois-ci, la proportion des orthophonistes ayant au moins 30 ans d'expérience est élevée, supérieure à la moyenne régionale.

Les orthophonistes en exercice dans cette région ont été majoritairement formés à Toulouse. Précisément, la répartition des formations de notre échantillon est la suivante :

- Toulouse : 13
- Paris : 3
- Lille : 1
- Nantes : 1
- Bordeaux : 1
- Nice : 1

4.4 Le contexte des entretiens avec les orthophonistes

Les entretiens se sont déroulés toujours dans une ambiance cordiale, alors même qu'il était visible que nous étions reçus au cours d'une journée de travail bien remplie. Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes interrogées pour leur disponibilité et leur amabilité.

A l'évidence, la grande majorité des personnes rencontrées sont passionnées par leur travail. Cela se traduit par un temps de travail important, une appétence pour la formation continue, souvent un investissement dans des activités syndicales ou de formation. Et d'ailleurs, comme indiqué plus haut, l'échantillon est en partie biaisé en faveur de la frange des professionnels très investis dans leur métier, sur tous les plans.

Citons cette phrase d'une orthophoniste ayant environ 30 ans d'activité et toujours enthousiaste par sa profession : « C'est un beau métier, très intéressant où on rencontre beaucoup de gens. C'est un métier très créatif. Il faut toujours inventer, être à l'écoute. Les études ont été passionnantes et maintenant elles devraient durer 5 ans, c'est essentiel avec peut-être une spécialisation en fin d'étude... »

4.5 La formation initiale

Lors des entretiens réalisés dans les 2 régions, quelques commentaires sur la formation initiale ont été notés, mais dans l'ensemble, la majorité des professionnels interrogés est satisfaite du contenu de la formation. Dans le Limousin, sur les 29 personnes interrogées, deux seulement sont critiques sur la formation dans son ensemble, qui manque de « profondeur », d'enseignement « sur les déficiences notamment » et « sur la manière de travailler avec les institutions, avec l'éducation nationale ». Sinon, des critiques ponctuelles sont évoquées. Certaines lacunes identifiées semblent spécifiques d'un centre de formation donné (en particulier en ce qui concerne la variété de choix des stages). La lacune la plus fréquemment évoquée porte sur la prise en charge des enfants poly-handicapés, assurée dans les structures médico-sociales. Une autre lacune, moins fréquemment abordée, porte sur la dyscalculie. Une autre remarque porte sur « l'hétérogénéité du concours entre les écoles, avec des orientations parfois bien marquées ».

Certaines associations de patients ont aussi souligné des problèmes de formation, notamment pour l'autisme, ou pour l'aphasie : « la prise en charge d'un aphasique peut être très longue, et ne peut se limiter à 5 séances ! »

Le cas de l'autisme, un exemple de pathologie peu connue

L'entretien avec la présidente de l'association Autisme France a soulevé un problème spécifique : les orthophonistes ne sont en réalité pas bien formés pour prendre en charge les autistes qui sont des patients aux comportements et aux réactions très spécifiques, exacerbées. Or, pour les enfants/adultes autistes, la personne clef est l'orthophoniste, qui permet de rétablir la communication avec les patients, de leur apprendre à communiquer, en travaillant également avec les parents. Cette prise en charge est indispensable puisqu'elle permet des améliorations souvent spectaculaires, avec possibilité, quand le niveau intellectuel de l'enfant le permet, d'accéder à la scolarisation, l'apprentissage, etc. Cette prise en charge demande beaucoup plus de temps que les prises en charge des autres pathologies du langage puisqu'il faut d'abord préparer le contact qui ne se fera que petit à petit, l'autiste ayant besoin d'être en confiance avec l'orthophoniste (ceci est d'ailleurs vrai pour tous les soins apportés aux autistes).

Les orthophonistes libéraux 'spécialisés' dans ce domaine (peut-être 5-10% des orthophonistes libéraux) ont, du fait de leur rareté, une liste d'attente conséquente, car les parents, après des essais infructueux, s'adressent à une association d'autisme qui les dirige vers l'orthophoniste le plus à même de prendre en charge l'enfant. Concrètement, cette prise en charge doit avoir lieu de préférence deux fois par semaine (mais du fait de la surcharge des orthophonistes, c'est plutôt une fois par semaine), et cela pendant des années ; la durée de prise en charge est évidemment très dépendante de l'enfant. Il existe cependant quelques institutions spécifiques, comme un SESSAD identifié en Corrèze, spécialisé dans l'autisme.

Devant ce fait, dans la région Rhône-Alpes, le centre de ressources autisme¹⁸ propose une formation spécifique des orthophonistes pendant deux jours ; le centre dispose en outre d'un centre de documentation important et utile pour les orthophonistes. Il existe d'autres centres de ressources autisme sur le territoire (24 en 2009¹⁹), mais de qualité inégale semble-t-il avec parfois des centrages sur « l'inefficace psychanalyse ».

Il serait donc souhaitable, pour la Présidente d'Autisme France, qu'une formation spécifique de quelques jours, pratique, soit incluse dans le cycle de formation des orthophonistes, centrée sur l'aspect cognitif de l'autisme, sa prise en charge spécifique, etc. Dans l'idéal, les orthophonistes les plus compétents dans l'autisme pourraient intervenir dans cette formation pour éclairer l'intervention auprès des autistes d'une manière concrète.

Pour sa part, la FNO souligne que des sessions de formation continue sur l'autisme sont organisées depuis les années 90. Un outil spécifique a été créé sous forme de cassette vidéo 'Autisme et orthophonie' distribuée à 8000 exemplaires. En 2007, la FNO a démarré un plan de formation national sur 2 ans en partenariat avec la Fondation Orange et l'Association Nationale des Centres Ressources Autisme (ANCRA). Des sessions de 2 jours de formation ont été offertes aux orthophonistes autour de l'évaluation, la rééducation et l'accompagnement du patient porteur d'autisme, afin de créer un réseau de personnes compétentes. 1570 orthophonistes sont venus à ces journées. Dans ce cadre, des outils pédagogiques ont été créés (DVD) et de nombreuses actions de formation et de sensibilisation ont été menées.

¹⁸ www.cra-rhone-alpes.org

¹⁹ <http://www.autismes.fr/lescra.php>

Lors des entretiens réalisés auprès des partenaires des orthophonistes, d'autres remarques ont été formulées. Ainsi, des psychologues notent la nécessité pour les orthophonistes d'avoir « une vision globale de l'enfant, pas seulement restreinte au langage et pas uniquement rééducative ; il faudrait, au cours de leur formation, mettre davantage l'accent sur une prise en charge globale avec une vision globale de l'enfant. Il y aurait ainsi moins d'adressage systématique de l'enfant auprès des autres professionnels de santé. » Il est ici pointé du doigt une certaine évolution de la prise en charge par « compartiments » (qui n'est pas spécifique par ailleurs, à cette profession de santé). L'importance de cette prise en charge globale est d'ailleurs soulignée par quelques orthophonistes rencontrés, qui regrettent l'évolution vers une certaine spécialisation de la profession « en dépit de l'écoute de la souffrance de l'enfant dans sa globalité ».

Du point de vue des médecins prescripteurs interrogés, l'avis général est que la formation est de haut niveau. Selon l'un des professeurs d'ORL interrogés, « les orthophonistes devraient avoir un master avec une cinquième année de master professionnel ou de recherche ». Et au regard de la difficulté à trouver des orthophonistes dans certains territoires, des médecins s'interrogent sur la rigueur du numerus clausus pour cette profession : « pourquoi est-ce si difficile ? ».

L'enquête auprès du centre de formation de Toulouse

Le centre de formation de Toulouse est hébergé dans les locaux de la Faculté de Médecine de Toulouse-Rangueil, Université Paul Sabatier, et regroupé avec d'autres spécialités paramédicales telles l'orthoptie et la psychomotricité dans le département des Techniques de Réadaptation. Son administration comprend un directeur de l'enseignement, Professeur Serrano, Chef de service d'ORL, une directrice pédagogique, Madame Posth, et une secrétaire. Son budget de fonctionnement est à la charge de l'université. Les enseignants sont, soit des enseignants de la faculté de médecine, soit des orthophonistes déjà installés, intervenant et rémunérés en tant que prestataires. Le nombre total d'enseignants est de 94 sur les 4 années.

La première année est centrée sur l'acquisition de notions générales (modules de physique, de mathématiques, de neurologie, de pathologie ORL, de pédagogie,...). Les pathologies que seront amenées à rencontrer les orthophonistes dans leur exercice sont réparties sur les 3 années suivantes. L'enseignement accorde une large part aux enseignements dirigés pour compléter les cours magistraux tout au long des 4 années. La dernière année ne comporte plus que des travaux dirigés sans cours magistraux.

Une partie des enseignements de la première année est mutualisée avec d'autres spécialités paramédicales.

L'enseignement des 4 années comporte ainsi 1 025 heures d'enseignement magistral et 825 heures de travaux dirigés.

Il est accordé une place très importante aux stages. Selon les centres de formation, ces stages commencent plus ou moins tôt. A Toulouse, un minimum de 200 heures de stage est exigé dès la première année. Les étudiants doivent accomplir un total de 1 400 heures de stage au cours des 4 ans. Au cours des premiers stages, l'étudiant a un rôle d'observation ; par la suite, il est aussi attendu que l'étudiant participe à la rééducation auprès de l'orthophoniste libéral ou salarié. Une majorité des heures de stage a lieu auprès d'orthophonistes installés. Cependant, ces stages doivent aussi permettre d'être exposés, d'une part à l'activité d'autres professionnels de santé paramédicaux (ergothérapeute, audioprothésiste, orthodontiste, psychomotricien, kinésithérapeute), d'autre part à des structures de prise en charge variées (en milieu hospitalier, en centre ou institution, en consultation ambulatoire, en centre référent, en crèche, en gérontologie).

Les étudiants sont invités à trouver et organiser leurs stages eux-mêmes. Les lieux de stage doivent être agréés par le Centre de Formation. Des lieux de stage en dehors de la région sont acceptés.

L'obtention de la capacité d'orthophonie impose la réussite aux examens, la soutenance d'un mémoire et la validation des 1 400 heures de stage.

Le mémoire de recherche représente une activité importante de la 4^e année, en plus des cours et des stages. La définition du sujet et la détermination du terrain de recherche sont parfois définies dès la 3^e année.

La soutenance du mémoire se fait devant un jury approuvé par le Doyen de la Faculté de Médecine.

Le centre de formation est consulté lors de la détermination du *numerus clausus* annuel de places en Centre de Formation en Orthophonie. Il est de 36 étudiants acceptés en 1^{ère} année pour 2011-2012. Aujourd'hui, le centre considère être arrivé au maximum de sa capacité, en personnel, en possibilités de travaux dirigés et lieux de stages, et ne pourrait accepter davantage d'étudiants à budget et périmètre égal.

Témoignages d'étudiantes en orthophonie dans le centre de formation de Toulouse

Des entretiens approfondis ont été conduits avec 4 étudiantes en orthophonie du centre de formation de Toulouse (2 étudiantes en 1^{ère} année, 1 en 2^{ème} année et 1 en 4^{ème} année). Une était en reconversion professionnelle, les autres avaient fait 1 à 3 années d'études universitaires avant d'envisager des études d'orthophonie. La richesse des cours, leur densité de contenu, la précocité et la fréquence des stages sont très appréciées (malgré quelques difficultés notées pour les transports lorsque le stage est distant). La présence d'orthophonistes parmi les enseignants est aussi un point très positif souligné par ces étudiantes.

Deux insuffisances ont été mentionnées : d'une part, l'absence d'enseignement du langage des signes, alors que l'orthophoniste sera amenée à travailler avec des sourds-muets ; d'autre part, l'absence d'un enseignement de l'anglais, pourtant indispensable pour la lecture des articles scientifiques et donc la recherche.

La majorité envisageait le métier comme un métier tourné vers les enfants et découvre secondairement l'importance de l'orthophonie chez l'adulte. Quant à l'option d'un exercice

futur salarié ou en libéral, les choix n'étaient pas encore clairement faits (sauf pour l'étudiante en fin de 4^{ème} année qui projette de s'installer en libéral en cabinet de groupe si possible). A noter que le salariat est perçu positivement en première année, mais devant la faiblesse des salaires, l'orientation vers le secteur libéral (découvert lors des stages) semble prendre le dessus !

A première vue, il est donc permis de penser que le choix de la carrière future des étudiantes peut encore être influencé par les enseignements, les rencontres et expériences de stages qui se succèdent au cours des études.

4.6 La formation continue

Lors des entretiens, la plupart des professionnels interrogés (libéraux comme salariés) ont indiqué suivre régulièrement des sessions de formation, avec toutefois des intensités différentes : entre 1 session de 2 jours tous les 2 ans à plusieurs sessions par an (sans compter la participation à des Congrès). Des orthophonistes suivent également un cycle de formation s'étalant sur deux ans pour les thèmes complexes. Dans les zones peu denses, les libéraux ont cependant un temps restreint à y consacrer. Mais dans le Limousin par exemple, 4 membres du syndicat régional (dont 3 libéraux) sont très actifs dans l'organisation de formations. Cette formation continue est perçue comme une indispensable mise à jour des connaissances fondamentales. Il est toutefois noté dans un entretien : « il existe des orthophonistes qui ne font jamais de formation continue, toujours les mêmes, alors que le métier évolue ».

Il y a un très vif intérêt et un grand dynamisme des orthophonistes (aussi bien libéraux que salariés) pour se former à l'extérieur de leur lieu d'exercice. Les salariés ont toutefois la contrainte de devoir se plier aux règles du plan de formation de leur institution, ce qui se traduit par « chacun son tour », avec en conséquence une fréquence de formation souvent inférieure aux souhaits formulés, et une offre de formation parfois décalée par rapport aux attentes (formation à la qualité...).

En dehors des congrès suivis par les orthophonistes, et des formations proposées par l'Université ou organisées par la FNO, l'offre en formation peut aussi émaner d'initiatives de quelques orthophonistes se regroupant pour proposer des formations.

4.7 Les motivations d'installation et de choix de mode d'exercice

Limousin

La très grande majorité des personnes interviewées ont choisi leur site d'installation pour des raisons familiales, avec deux types de motivations :

- Choix du lieu d'exercice professionnel par le mari, ou mutation professionnelle du mari (nous avons toutefois rencontré en Limousin 2 orthophonistes pour lesquelles c'est le mari qui les a « suivies », et 1 dont le mari est kinésithérapeute, les deux étant installés dans un cabinet commun ; 1 autre est venue en Limousin avec son mari orthophoniste !). Il faut reconnaître sur ce thème que les orthophonistes ont des

facilités que n'ont pas d'autres professions : elles peuvent s'installer et trouver une clientèle rapidement partout en France !

- Département d'origine, lieu d'habitation des parents.

Dans la région limousine, sur les 29 orthophonistes interrogés, 9 ont choisi cette région car elles étaient originaires de celle-ci, et 15 avaient d'autres motivations familiales. Trois orthophonistes déclarent avoir choisi la région par hasard (dont 2 en recherche d'un lieu pour un exercice en établissement de santé), une après un remplacement à Limoges, et une pour la qualité de vie en zone rurale.

Par ailleurs, dans cet ensemble, 2 orthophonistes avaient effectué des stages dans la région avant leur installation.

Toulouse

Sur les 7 orthophonistes rencontrés, 6 avaient suivi leur formation et obtenu leur diplôme à Toulouse et se sont donc "naturellement" installés à Toulouse ; l'une avait toutefois effectué 3 ans de pratique à Limoges avant de revenir à Toulouse. La 7^{ème} personne a obtenu son diplôme à Paris mais a choisi de quitter Paris pour s'installer à Toulouse.

Midi-Pyrénées hors Toulouse

Sur 13 orthophonistes rencontrés, 7 sont originaires de la région ou ont de la famille dans cette région, 3 ont suivi la mutation de leur compagnon. Un orthophoniste a choisi la région pour sa qualité de vie, une était installée auparavant dans le Lot et Garonne, et une orthophoniste n'a pas précisément répondu.

Ainsi, la plupart des personnes interviewées hors Toulouse (où le choix d'installation est très lié au lieu de formation), en Limousin et en Midi-Pyrénées, ont choisi leur site d'installation pour des raisons familiales (département d'origine, lieu d'habitation des parents ou mutation du mari).

Enquête réalisée par la FNO sur les motivations de l'installation

Pour accompagner le présent travail, la FNO a réalisé une enquête sur les motivations de la première installation dans les régions Limousin et Midi-Pyrénées. 19 % des orthophonistes libéraux ont répondu et donné les indications suivantes :

Tableau 8 : Motivations de l'installation initiale (enquête FNO)

	Limousin	Midi-Pyrénées
Possibilité d'emploi pour le conjoint	31 %	19 %
Rapprochement de la famille	38 %	19 %
Attrait de la région	23 %	24 %
Proximité d'une grande ville	15 %	10 %
Besoins de la population	38 %	8 %
Offre d'emploi	46 %	52 %

Réseau socio-professionnel	0 %	27 %
Lieux de stage	15%	12%

Rq : plusieurs réponses étaient possibles

On constate des différences notables de motivation entre les 2 régions. On voit bien la différence entre le Limousin, région sans centre de formation où les professionnels viennent pour des raisons spécifiques à la région ou pour une motivation personnelle (confirmant nos observations), et Midi-Pyrénées, où la plupart des orthophonistes ont été formés à Toulouse et se posent la question de l'installation avant tout sous l'angle du choix proposé par les offres d'emploi.

On peut aussi noter avec intérêt une certaine importance des lieux de stage dans le choix d'installation, et ce, dans les 2 régions.

4.8 La variété des modes d'exercice (statut, nature de l'activité, temps de travail) et des parcours

Les modes d'exercice

Dans le Limousin, les orthophonistes contactés (29) étaient en exercice libéral exclusif pour 11 d'entre eux, salariés majoritairement à temps plein pour 15 d'entre eux (dont trois à 50 %, deux à 80 %, et un à 90 %) et en activité mixte pour 3 d'entre eux (deux à mi-temps salarié et mi-temps libéral et un autre avec seulement 25% de temps salarié).

Parmi les 7 orthophonistes rencontrés à Toulouse, 1 avait un exercice salarié pur, 3 une activité exclusivement libérale et 3 une activité mixte (avec 1/4 ou 1/2 temps salarié).

Pour la région Midi-Pyrénées hors Toulouse, sur les 13 orthophonistes interviewés, 12 étaient en libéral (avec souvent une évolution de carrière ayant inclus un exercice mixte) et un en exercice mixte.

Les raisons du choix du mode d'exercice ont été clairement expliquées lors des entretiens. Les points positifs de l'activité salariée sont : en premier lieu « le travail en équipe », puis la « spécialisation » et le salaire fixe avec l'intérêt de la couverture sociale (soulignée par des orthophonistes jeunes lors des arrêts pour maternité et par des orthophonistes plus âgées pour les arrêts maladie ; l'une d'entre elles, après avoir subi un arrêt de travail en libéral, est devenue salariée). Les points négatifs du travail salarié sont la « lourdeur du travail en équipe, ce qui peut sembler contradictoire mais en fait correspond à la lourdeur administrative et à la méconnaissance de nos compétences, que ce soit le médecin, le pédiatre ou le cadre » de l'institution ou du centre hospitalier, et « une certaine rigidité », un « manque de liberté ». Sont inclus dans la lourdeur administrative « les réunions, les comptes rendus, les dates de vacances imposées », et les contraintes liées au plan de formation de l'institution. A noter aussi un « problème de reconnaissance des professionnels de santé, rendant le travail pesant ». S'y ajoute un inconvénient, majeur aux yeux de certains professionnels : les postes de salariés sont rarement proposés à plein temps ou alors consistent en un cumul de temps partiels sur plusieurs établissements. Cet éclatement géographique rend alors l'intégration de l'orthophoniste dans une équipe soignante difficile et pose en pratique des problèmes d'organisation du travail, avec souvent des temps de transport importants. Au total, le salariat

a souvent une image dégradée, et l'existence de postes vacants, par ailleurs déplorée, s'explique : « on ne va pas vers un lieu où on est mal considéré, mal payé, où il faut se bagarrer pour la reprise de l'ancienneté, etc. »

L'activité libérale est, à l'inverse, plébiscitée pour la rémunération, la polyvalence d'exercice, la « souplesse dans l'activité, la diversité des pathologies surtout pour les enfants mais aussi pour tout public rencontré ». Les points négatifs sont les horaires pour beaucoup d'orthophonistes interrogés, et « l'impossibilité de répondre à toutes les demandes », ce qui est psychologiquement difficile à vivre selon les orthophonistes. Lors des entretiens, la phrase qui revient le plus est « c'est bien pour le revenu mais pas pour les horaires ! ». Toutefois, le fait de pouvoir gérer son temps, pouvoir se libérer ½ journée dans la semaine est considéré comme un atout du choix de l'exercice libéral. Certaines orthophonistes ont même choisi de ne travailler que 3 ou 4 jours par semaine en libéral pour se donner du temps pour leurs enfants.

Les entretiens avec les orthophonistes qui ont connu plusieurs affectations au cours de leur carrière permettent de dresser les points forts et points faibles de chaque mode d'exercice (tableau 9).

Tableau 9 : Comparaison des différents modes d'exercice

	Points positifs	Points négatifs
Salariat	Travail en équipe Intérêt du travail, prises en charge longues Durée de travail maîtrisée Couverture sociale	Hiérarchie, dépendance Salaire Travail administratif
Libéral	Indépendance Variété de la patientèle	Solitude Charge de travail importante
Mixte	Une bonne manière d'exercer ! avec les avantages des deux exercices	Problème de rentabilisation du cabinet libéral (sauf en exercice regroupé où les charges sont mutualisées)

En résumé, il découle des entretiens que le choix de l'activité libérale se fait selon des critères de rémunération, de polyvalence de l'activité et de sentiment de liberté, alors que le choix de l'activité salariée se fait selon des critères de travail en équipe, d'intérêt du travail, d'horaires plus restreints et de bonne protection sociale.

Les parcours professionnels

Limousin

Le choix du mode d'exercice au début de l'activité professionnelle est resté constant au cours de la carrière sauf pour une dizaine d'orthophonistes interrogés. 7 orthophonistes sont passés du statut de salarié à libéral (dont un en mode mixte), et 3 d'entre eux sont revenus au mode salarié. Les raisons évoquées pour avoir quitté le mode salarié sont celles notées au

paragraphe précédent. Le passage du statut libéral au salariat ne s'est rencontré que deux fois, dont un orthophoniste qui est retourné au mode libéral. La personne ayant abandonné le mode libéral définitivement l'explique par un congé maladie long et difficile à supporter financièrement en secteur libéral. Enfin, un orthophoniste est passé du mode mixte au mode salarié.

Par ailleurs, on observe qu'au sein de l'exercice salarié, les mouvements sont fréquents : travail sur plusieurs institutions avec des temps partagés évoluant dans le temps, changement d'institutions, etc.

A Toulouse

Sur les 7 orthophonistes rencontrés, 3 ont une activité mixte depuis l'origine de leur activité professionnelle. L'attrait de ce mode d'exercice tient, pour tous, à la possibilité d'avoir accès à une plus grande variété de pathologies tout en gardant une souplesse d'organisation de son travail et des revenus suffisants. Une seule personne avait commencé sa carrière d'orthophoniste en tant que salariée, mode d'exercice qu'elle a quitté ensuite pour s'installer en libéral par perte d'attrait du contenu du poste salarié. L'orthophoniste salariée est en début de carrière, elle n'exerce que depuis 3 ans.

En Midi-Pyrénées hors Toulouse, de multiples parcours ont été notés :

- quatre orthophonistes ont toujours exercé sur le mode libéral exclusif ;
- trois orthophonistes ont commencé par le salariat puis ont poursuivi en activité mixte pour enfin s'installer en libéral exclusivement ;
- trois orthophonistes sont passés de l'activité mixte à l'activité libérale à 100 % ;
- un est passé de l'activité salariée à l'activité libérale ;
- un est passé de l'activité libérale à l'activité mixte, puis salariée pour revenir au libéral ensuite ;
- et un autre est passé de l'activité salariée à l'activité mixte.

Ainsi, de ces quelques parcours, on peut remarquer que l'activité mixte a été présente dans presque tous les parcours quand il y a eu différents modes d'exercice, mais que ce mode d'exercice n'a été qu'une transition, entre le salariat et le libéral, ou vers le libéral.

Ainsi, dans les deux régions, les orthophonistes ont souligné l'intérêt de l'activité mixte mais peu l'ont maintenu (seulement 7 orthophonistes pour les deux régions dont 3 à Toulouse), soit par manque de reconnaissance et d'indépendance du poste salarié, soit en raison de la demande accrue des patients pour le cabinet libéral.

4.9 La question des revenus

La question de la rémunération est très souvent évoquée spontanément par les professionnels interrogés, aussi bien par les salariés, qui sont situés dans la fourchette basse de la grille salariale des institutions dans lesquelles ils travaillent, que par les libéraux, qui observent que leurs honoraires n'ont pas augmenté depuis 2003 (ou quasiment pas, la hausse de décembre 2007, de 1,3 %, étant apparemment passée inaperçue).

Le ressenti par rapport au revenu est très variable d'un professionnel à l'autre, pour des situations équivalentes. Chacun pondère de manière personnelle les différents aspects : revenu, intérêt du travail, gestion du temps,... Par exemple, pour 2 orthophonistes installées en secteur libéral dans une zone rurale et ayant le même temps de travail, l'une se trouvait satisfaite du revenu obtenu au regard du temps passé, et l'autre déplorait la faiblesse des honoraires et a changé de métier à l'heure qu'il est.

Outre ces deux 'extrêmes', lors des entretiens avec les libéraux, de nombreuses critiques ont porté spécifiquement sur la rémunération des bilans : « Les bilans ne sont pas suffisamment rémunérés car les bilans durent 2-3 heures avec le patient plus une heure de rédaction, et cela pour 57,60 euros ! Les bilans pour bégaiement et AVC sont mieux rémunérés, à 72 euros, mais cette rémunération concerne peu de pathologies ». « Pour 1h30 de bilan, 1h30 de rédaction, la rencontre avec les parents, c'est injuste »

Il est par ailleurs déploré l'absence de cotation pour la guidance parentale. Elle est rémunérée si l'enfant est présent, mais pas en son absence.

Une autre critique importante concerne la faible rémunération des déplacements, surtout en zone rurale : « les déplacements à domicile sont remboursés 1,50 euros, ce qui est très insuffisant (temps perdu non rémunéré) ; pour que cela augmente à un peu plus de 2 euros, il faut prouver la longue distance parcourue et l'impossibilité de faire autrement ». « Avant l'année 2000, le déplacement était payé 10 F ; maintenant il est à 1,52 euros ! Or en milieu rural, il y a toujours des déplacements à effectuer qui sont longs (facilement 20 km) ; nous passons plus de temps en déplacement qu'en temps de rééducation ». « Pourquoi nos indemnités kilométriques sont-elles inférieures à celles des médecins ? »

De ce fait, et aussi en raison de l'importante charge de travail, les visites à domicile sont très rares. La plupart des orthophonistes n'en réalisent jamais. Même à Toulouse, les orthophonistes rencontrés n'acceptent que très peu de visites à domicile.

Les avis sur le différentiel de revenus entre libéraux et salariés sont de même partagés. Certains salariés, qui ont toujours connu ce statut, et ont peu de relations avec leurs collègues libéraux, ont l'impression que les rémunérations sont bien supérieures dans le secteur libéral, sans cependant envisager de changer de mode d'exercice. Les professionnels libéraux qui ont ou ont eu un exercice mixte relativisent davantage les choses, observant que le tarif horaire est sensiblement le même en fin de carrière. Une orthophoniste indique même que la rémunération horaire est supérieure dans le salariat si l'on prend en compte tous les éléments qui viennent en complément du salaire.

Ces constats apparemment contradictoires doivent être nuancés par plusieurs observations :

- dans le salariat, il existe une progression de carrière et le différentiel entre salariat et honoraires libéraux évolue donc avec cette progression ;
- le salariat offre par ailleurs des avantages statutaires (congés, protection sociale) supérieurs à ceux dont bénéficient les libéraux ;
- les professionnels libéraux ont le choix de leur temps de travail et donc de leurs revenus ; or, le temps de travail des libéraux auprès des patients (qui ne résume pas la totalité du temps de travail puisqu'il faut ajouter le temps de réunions dans les écoles, les courriers, la gestion administrative du cabinet) atteint très souvent 50h, voire 60h

par semaine. En conséquence, ils obtiennent des revenus très supérieurs à ce qu'ils auraient en ne travaillant que 35h.

Et le fait est que le plus souvent, dans le discours, l'orientation vers tel ou tel mode d'exercice relève de choix liés au métier et à la gestion de son temps, ainsi qu'à l'intérêt des prises en charge, plutôt qu'à des strictes considérations de revenus.

Quelques estimations quantitatives peuvent permettre de préciser la situation.

Dans le secteur libéral, une séance « classique » d'une demi heure est rémunérée 29 euros en honoraires. L'heure de travail est donc honorée à hauteur de 58 euros en moyenne, ce qui, moyennant un taux de charges de 47 % (source Direction générale des impôts 2008, communiquée par la CNAMTS), correspond à un revenu net horaire de 30,74 euros. Deux caractéristiques sont à souligner : ce montant n'est pas modulé en fonction de l'expérience du professionnel (contrairement au salariat), et il inclut le temps de travail en dehors de la présence du patient (courriers, réunions...). Si on évalue que ce temps supplémentaire représente de l'ordre de 10 % du temps passé auprès des patients (hors comptes rendus des bilans orthophoniques, qui sont particulièrement longs à rédiger d'après les professionnels interrogés, mais sont explicitement inclus dans les honoraires des actes), le revenu horaire net de l'heure de travail revient à 27,95 euros.

A noter que le taux de charges est en augmentation constante : il était de 44,3 % en 2002 et a augmenté régulièrement jusqu'à 2008 à 47 %.

Dans le salariat, les rémunérations varient quelque peu selon les institutions. Dans les institutions médico-sociales, on enregistre des salaires variant entre 1300 euros et 2300 euros nets par mois, selon l'ancienneté, ce qui, compte tenu du temps de travail réglementaire de 35h, conduit à une fourchette de revenu net par heure variant entre 9 et 16 euros.

Dans la fonction publique hospitalière, d'après la grille salariale, la rémunération varie entre 1 500 et 2 472 euros selon l'échelon (hors primes), en montants bruts mensuels, pour les agents titulaires non cadres, soit de l'ordre de 1 170 à 1 928 nets mensuels, ce qui donne un salaire net horaire situé entre 8,36 et 13,77 euros (hors primes). De l'avis général, le poste hospitalier est le poste le moins bien rémunéré, en raison d'une part de la grille, défavorable aux orthophonistes (du fait de la non reconnaissance du niveau d'études permettant d'accéder à la catégorie A), et d'autre part du recours fréquent au contrat à durée déterminée par les établissements de santé (le statut contractuel, qu'il soit à durée déterminée ou indéterminée, est obligatoire dans le cas des orthophonistes en exercice mixte, engagés pour partie de leur temps en secteur libéral, mais est aussi proposé à des professionnels non libéraux, d'après les entretiens réalisés). Une orthophoniste exerçant en secteur médico-social et prévoyant de substituer un mi-temps dans ce secteur par un mi-temps en secteur hospitalier, calculait ainsi qu'elle perdrait environ 150 euros par mois. De fait, dans les parcours professionnels évoqués plus haut, il est fréquent que les jeunes orthophonistes commencent en salariat, à temps partagé ou non, et s'orientent ensuite vers le secteur libéral, surtout dans le cas des exercices mixtes, où la demande en secteur libéral est rapidement croissante et incite à délaisser l'exercice salarié.

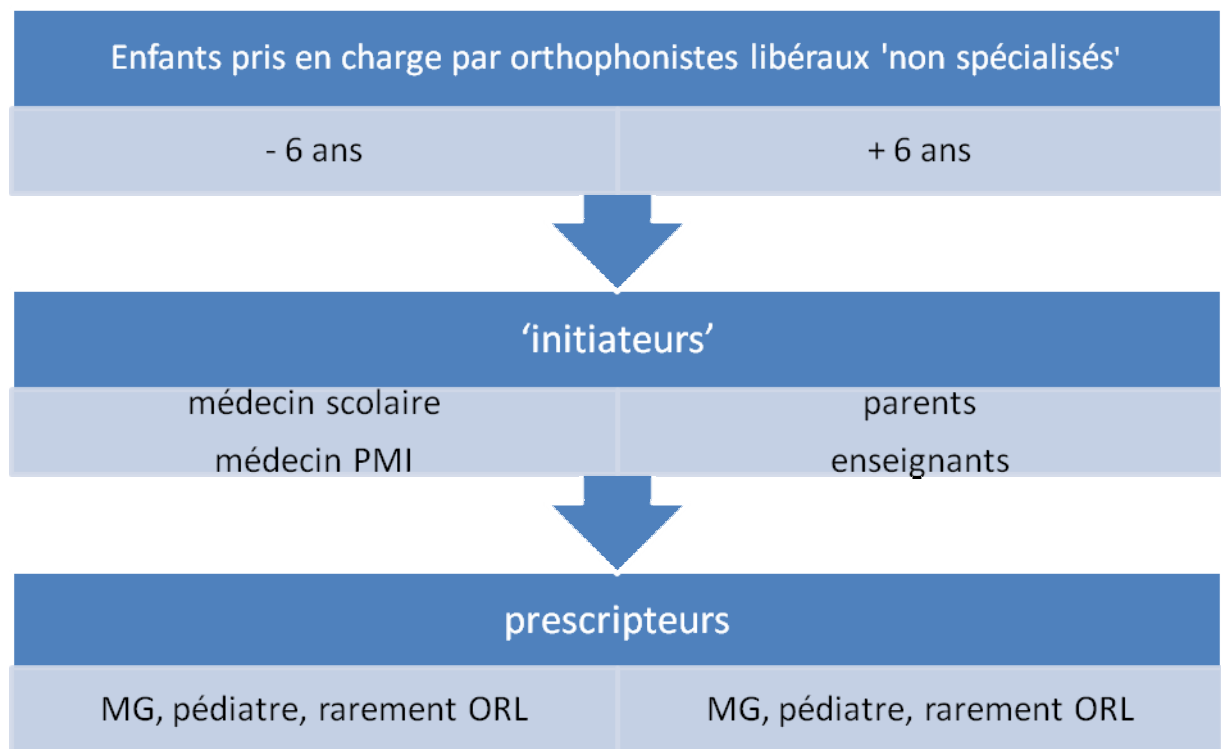
Le différentiel est donc en faveur du secteur libéral, même en fin de carrière, mais il faut tenir compte des autres caractéristiques du salariat, que les orthophonistes concernés ont bien souligné : congés payés, protection sociale, accès la formation continue (encore que sur ce dernier point, les situations semblent assez disparates d'une institution à l'autre).

Et le fait que les libéraux aient des temps de travail sensiblement supérieurs à leurs collègues salariés, le différentiel de revenu mensuel est donc *in fine* important.

4.10 La prise en charge et son évolution

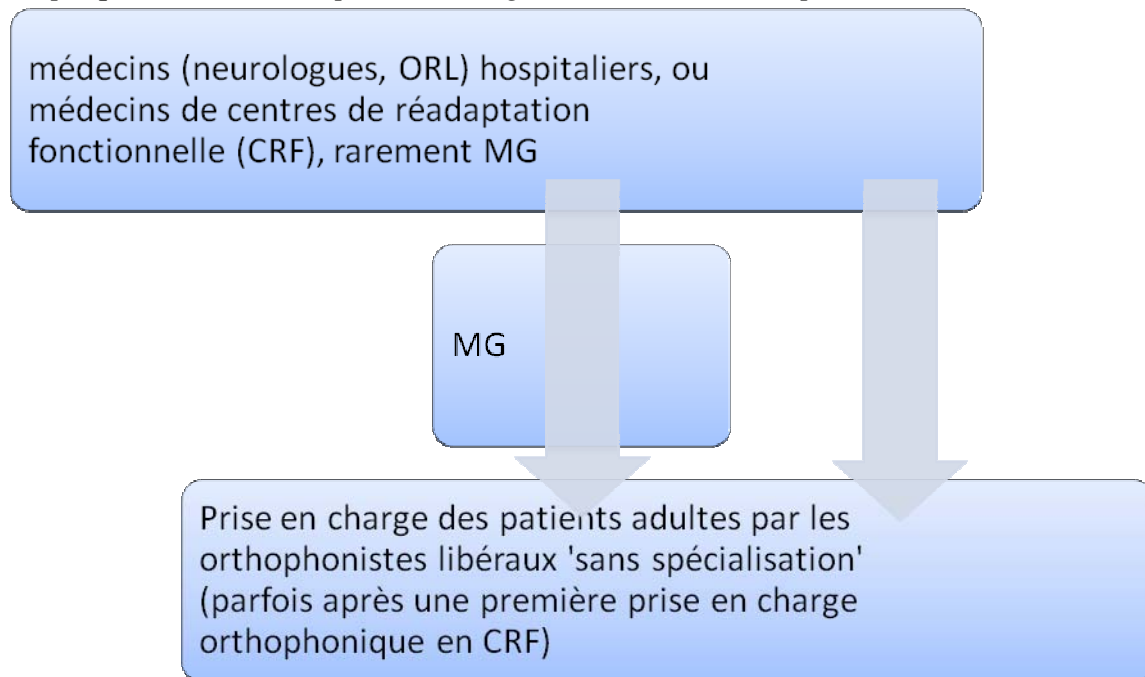
Les circuits de prise en charge des patients selon leur âge sont différents et peuvent être résumés dans les schémas ci-après.

Graphique 11 : circuit de prise en charge des enfants en orthophonie



Il arrive aussi que les parents, avertis et inquiétés par l'enseignant, aillent directement consulter l'orthophoniste qui doit alors renvoyer cette famille vers son médecin traitant pour la prescription du bilan.

Graphique 12 : circuit de prise en charge des adultes en orthophonie



L'évolution du métier a été évoquée lors des entretiens.

D'une manière générale, il y a une plus large prise en charge des enfants ayant des troubles du langage grâce aux informations diffusées sur l'orthophonie auprès du grand public ; la connaissance des médecins s'est également améliorée même si il y aurait encore des progrès à réaliser sur ce plan. Il faut souligner que les émissions télévisées sur le bégaiement par exemple, ou sur l'implant cochléaire, ont permis une prise en charge plus précoce et donc un traitement plus efficace.

Une des évolutions les plus remarquables ces quarante dernières années concernent la prise en charge des enfants sourds, avec le développement du langage parlé complété, l'ouverture d'institutions spécialisées qui permettent aux enfants de réaliser un cursus scolaire... Enfin, « l'implantation cochléaire a changé la vie des enfants sourds ; la rééducation devient très efficace ; les enfants ont une scolarité ordinaire sauf s'il existe une pathologie associée. C'est une des plus grandes révolutions qui soit survenue en orthophonie ».

Des évolutions importantes ont été également soulignées quant aux outils utilisés pour la prise en charge.

En secteur libéral, les orthophonistes sont polyvalents, mais assez souvent, un ou deux segments d'exercice sont laissés de côté, pour des raisons de formation initiale, d'affinité pour le sujet ou du fait qu'une meilleure prise en charge est assurée dans le territoire (soit par une institution spécialisée, comme c'est le cas souvent dans le domaine de la surdité, soit parce qu'un autre orthophoniste a bénéficié d'une formation appuyée sur le sujet). Il en est ainsi des

problèmes de voix, de dyscalculie, de surdité chez l'enfant, autant de domaines qui ne sont pas toujours assurés. « On ne peut pas tout bien faire ».

En regard, il existe parfois des orientations spécifiques (sans parler pour autant de spécialisation) : surdité, autisme, voix, logico-mathématique...

Une autre question a été soulevée lors d'entretiens en matière de prise en charge, celle de l'entente préalable qui « devient de plus en plus lourde à demander ; il faut 15 jours... après une simplification administrative qui a bien compliqué la chose ! Et à quoi ça sert ? Certains pays n'en ont pas. »

Et d'une façon plus large, l'adressage par le médecin traitant est parfois critiqué : « il est normal que l'entente préalable passe par un ORL. Mais pourquoi être assujettie à l'ordonnance d'un médecin généraliste qui ne comprend rien à l'orthophonie ? J'envoie d'ailleurs des comptes rendus pour la prise en charge de patients aux médecins généralistes et je n'ai jamais eu aucun retour de leur part ! », remarque une orthophoniste qui a une quarantaine d'années d'activité. De plus, certains médecins généralistes ne ressentent pas l'urgence d'une prise en charge pour un patient qui vient de subir un AVC alors que l'efficacité du traitement de l'aphasie est directement liée à sa prise en charge précoce (quand il n'y a pas une demande de prise en charge pour seulement 5 séances, révélant ainsi une méconnaissance totale de la part du médecin d'une telle prise en charge...).

4.11 La réponse aux « besoins » d'orthophonie est-elle adaptée ?

Une difficulté à laquelle se heurtent l'ensemble des acteurs porte sur la définition des « besoins » d'orthophonie. La notion de « besoin » dans le domaine de la santé est délicate à manier, tant la frontière entre le besoin de santé (éligible au financement collectif) et le besoin de confort ou de bien-être (du ressort des choix personnels) peut être difficile à fixer. Or, il serait nécessaire, pour par exemple planifier l'offre sur le territoire, de déterminer quelle est la demande légitime existante. Les orthophonistes opposés à toute mesure de contrainte à l'installation soulignent à ce sujet que, au regard de l'absence d'informations sur l'adéquation offre/demande, on ne peut pas dire si les régions apparemment sur-dotées ne sont pas tout simplement correctement dotées en orthophonistes (et les autres régions étant en conséquence toutes sous-dotées). Le fait qu'un orthophoniste nouvellement installé trouve rapidement sa clientèle, quel que soit son lieu d'installation en France (avec une discussion sur l'exception que peuvent représenter quelques grandes villes : Montpellier, Toulouse...), milite pour un diagnostic d'insuffisance globale du nombre d'orthophonistes par rapport à la demande.

Lors des entretiens, l'observation d'une augmentation de la demande d'orthophonie ces dernières années est générale. Plusieurs facteurs sont évoqués :

- Les « exigences de la société, un accroissement de la demande en capacités de communication » constituent la toile de fond de cette augmentation de la demande d'orthophonie.
- Il est observé un meilleur repérage des troubles de l'apprentissage chez l'enfant, et leur orientation plus précoce vers des soins orthophoniques ; ce meilleur repérage

serait lié à la fois à une meilleure prise en compte de ces problèmes en milieu scolaire et une meilleure information du public.

- Les difficultés sociales sont aussi évoquées pour rendre compte d'un accroissement des difficultés d'apprentissage ; et « l'école exacerbe ces difficultés sociales ».
- L'accroissement de la demande est noté aussi chez les adultes, en neurologie notamment, mais aussi en ORL avec les laryngectomisés, les problèmes de voix. La prise en charge des AVC représente ainsi une activité en hausse. La prise en charge orthophonique des patients atteints de maladie d'Alzheimer est aussi indiquée au stade précoce (même si les orthophonistes interrogés étaient partagés sur l'intérêt de ce type de prise en charge ; cf. ci-après). Un neurologue interrogé a aussi souligné l'apport de l'orthophonie dans la maladie de Parkinson (travail sur le volume vocal).
- L'augmentation du nombre d'orthophonistes sur le territoire participe aussi à cette augmentation de la demande, en la rendant possible.

Toutefois, certains orthophonistes et autres partenaires observent que des demandes parfois moins légitimes sur le plan strictement sanitaire sont observées et pourraient contribuer, dans des contextes de densité forte en orthophonistes, à maintenir une activité de façon artificielle :

- L'orientation de la prise en charge des enfants vers un soutien scolaire, pour des troubles légers, autrement dit la médicalisation des difficultés scolaires, est un risque souligné par certains interlocuteurs, s'inscrivant dans le mouvement sans cesse croissant de médicalisation des problèmes sociaux²⁰. Ainsi, de nombreux orthophonistes déplorent « la pression scolaire de plus en plus grande sur les enfants qui sont envoyés chez l'orthophoniste pour un rattrapage scolaire », rattrapage que certains orthophonistes prennent en charge mais que d'autres (la liste attendue est la plus longue) refusent parce que cela ne relève pas d'une intervention orthophonique. Un médecin généraliste interrogé trouve aussi curieux que « les bilans soient toujours positifs ; c'est tout de suite 30 séances ! », faisant le constat que l'impatience des institutrices et des familles face aux difficultés scolaires des enfants est grandissante, conduisant à une orientation rapide vers l'orthophoniste, ce qui est « justifié dans la dyslexie, où même il y a encore des retards de diagnostic », mais pas forcément dans les autres cas. « On ne leur laisse pas le temps d'évoluer ; cela peut provoquer des dégâts familiaux ». Une pédopsychiatre va dans le même sens : « il y a diminution de la tolérance à la différence ; on veut des profils-types ; les enfants sont pressurisés ; on recherche l'uniformité alors qu'il existe des différences de maturité entre enfants ». Pour cette praticienne, les problèmes sont davantage à l'école que dans le manque d'orthophonistes.

Une interlocutrice du secteur scolaire souligne de son côté la pression des parents « pour obtenir un diagnostic ferme de troubles spécifiques de l'apprentissage afin d'en obtenir des aménagements scolaires et/ou des facilités de remboursements ». Il faut pouvoir résister aux parents, en leur précisant que de tels troubles doivent être bien étayés, avec rigueur. « On pose des diagnostics de troubles de l'apprentissage avec excès ».

²⁰ L'ère de la médicalisation, sous la direction de P Aïach et D Delanoë, Anthropos, 1998.

Toutefois, la grande majorité des orthophonistes interrogés juge que ce risque de médicalisation des problèmes scolaires reste marginal, surtout au regard de la charge de travail induite par les cas plus lourds. Une orthophoniste indique ainsi : « je refuse les demandes bizarres (comme la perte d'un accent : ce n'est pas une pathologie !) ; mais je peux être amenée à prendre en charge un enfant en fortes difficultés scolaires et sociales, même sans pathologie. Mais vu la demande, je ne prends que les cas les plus lourds. La frontière reste difficile, et de même pour la longueur d'une rééducation. »

- En matière de prise en charge des maladies neuro-dégénératives, la limite entre l'utile et l'inutile n'est pas aisée à fixer. Les personnes interrogées (neurologues et orthophonistes) soulignent qu'il existe des indications de rééducation orthophonique (présence de symptômes aphasiques, besoin de stimulation cognitive) dans ces affections, au stade précoce. Certains orthophonistes ont cependant évoqué une certaine gêne pour ces prises en charge, qui deviennent rapidement illusoire, et qu'il est en même temps difficile d'arrêter devant la demande des familles, alors que le contexte de pénurie en temps d'orthophoniste militerait pour la priorisation d'autres prises en charge. « Il faudrait former les aidants pour la stimulation ».

Une enquête a été effectuée par la Fondation Médéric Alzheimer²¹ sur le rôle des orthophonistes dans cette prise en charge. Plus de 4000 orthophonistes ont répondu à cette enquête et 64 % des répondants ont déclaré intervenir auprès de malades d'Alzheimer, avec en moyenne 4 à 5 malades pris en charge. 33 % souffraient d'une atteinte légère de la maladie, 44 % d'une atteinte modérée et 23 % d'une atteinte sévère. A cet égard, les orthophonistes regrettent souvent que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer leur soient adressées trop tardivement.

Une autre question porte sur le nombre de séances et la durée de la prise en charge pour une affection donnée. Certains professionnels interrogés craignent à cet égard que soient prises au plan national des mesures de quotas de nombre de séances à ne pas dépasser, ce qui leur paraîtrait une hérésie, tant les durées de prise en charge sont à fixer au cas par cas et sont de fait imprévisibles.

A dire vrai, un problème inverse est plutôt noté dans cette enquête : l'impossibilité pratique dans laquelle les orthophonistes se trouvent de proposer aux patients 2 ou 3 séances par semaine alors que « ce serait mieux ». La plupart du temps, une seule séance hebdomadaire est assurée, seule option pour ne pas voir croître de façon exagérée la liste d'attente. Les prescripteurs, notamment les neurologues et les pédiatres, déplorent cette situation. Mais du coup, les durées de prise en charge se prolongent. Une option alternative, peu diffusée d'après ce qui a pu être identifié dans les entretiens, serait la guidance parentale, les parents pouvant faire travailler leur enfant entre deux séances d'orthophonie, mais il n'y a pas d'acte de guidance parentale remboursée à la nomenclature.

²¹ Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, La Lettre de la Fondation Médéric Alzheimer, n° 20, juin 2011.

Enfin, des interrogations ont été notées sur le type même de prise en charge par les orthophonistes, de la part de professionnels privilégiant une approche plus psychologique. Ces réactions sont très minoritaires mais méritent d'être entendues : « l'orientation de la profession est comportementaliste. Des bilans 'type' sont réalisés, qui sont très techniques, à la limite du compréhensible, et qui ne parlent pas de la souffrance des enfants ». « Il faut rentrer dans les normes, dans des chiffres » « Que va devenir la liberté de pratique ? » Il ne faut « pas réduire le sujet à des chiffres ! ».

Le problème des délais d'attente

Le délai d'attente est important dans les deux régions (en dehors de Toulouse même) et est vécu par les orthophonistes libéraux très difficilement, psychologiquement parlant, au point que certains orthophonistes disent « travailler sans liste » par dépit de voir leur liste d'attente s'allonger. Cette phrase revient souvent : « c'est une grande insatisfaction d'avoir tant d'enfants en attente ! »

Les données ci-dessous évoquent des délais hors urgences. En effet, en cas d'urgence (urgence certes fonctionnelle et non vitale, mais il y a urgence au sens où une prise en charge tardive aurait des conséquences importantes sur le handicap du patient), les orthophonistes indiquent pouvoir toujours s'arranger pour trouver un « trou pour caser le patient ». Il s'agit des cas d'aphasie par AVC, de traumatismes crâniens, de cancers de la gorge et problèmes de voix post-chirurgicaux, de retards du langage chez l'enfant, de surdités chez l'enfant, etc. Cette disponibilité est soulignée par les orthophonistes interrogés comme par les prescripteurs.

Dans la région limousine, parmi les salariés dans les institutions pour enfants, en dehors de 2 orthophonistes travaillant dans des institutions pour jeunes sourds, les délais n'étaient pas inférieurs à 4-5 mois, étaient plus fréquemment de 6 mois-1 an, une orthophoniste de Corrèze signalant même des délais de 3 ans. Il peut cependant arriver ponctuellement que les délais chutent en cas de recrutement d'un nouvel orthophoniste dans l'équipe ! Le nombre de places dans les institutions est limité, visiblement insuffisant ; par exemple, actuellement, dans l'une des villes visitées, une dizaine d'enfants sont en attente pour une place dans un CMP et 26 enfants dans un SESSAD.

Dans les services de MPR ou de court séjour, le problème ne se pose pas, les patients sont pris en charge au fur et à mesure de leurs arrivées et pendant la durée de leur hospitalisation ; la question se repose par contre à la sortie : il faut trouver un relais en ville. Pour les AVC, les orthophonistes arrivent à trouver des solutions, quitte à prolonger de quelques jours la durée d'hospitalisation dans le service ou à assurer une prise en charge partielle en hôpital de jour après la sortie.

En libéral, 3 orthophonistes déclarent 9-10 mois, jusqu'à un an de délai d'attente, voire davantage. 7 orthophonistes libéraux déclarent des délais de 4 à 6 mois et 3 orthophonistes présentent des délais inférieurs à 4 mois (correspondant à des installations récentes dans des cabinets de groupe). 1 orthophoniste ne précisait pas le délai d'attente.

La situation est différente pour le patient cependant selon que l'orthophoniste effectue le bilan tout de suite, avec quelques mois d'attente ensuite pour les séances de rééducation, ou l'inscrit sur liste d'attente même pour le bilan, mais il reste qu'au total, avant de commencer une rééducation orthophonique, le délai est généralement d'au moins 6 mois dans la région.

Le nombre d'enfants en attente est au minimum d'une dizaine par orthophoniste en activité libérale.

La plupart des orthophonistes gèrent cette attente avec un système de liste, mais certains, par lassitude, ont stoppé ce système, et préfèrent refuser le patient en l'orientant vers un confrère ou une consœur (forcément tout aussi saturé) ou en lui proposant de rappeler dans 2 mois. Et une orthophoniste de noter : « Certains collègues ne répondent plus au téléphone ! »

Dans la région Midi-Pyrénées, la ville de Toulouse est un cas à part, les orthophonistes installés ne mentionnant pas de liste d'attente, ou du moins des attentes de moins de 2 mois. Ou encore, une orthophoniste refuse des patients, ne souhaitant pas gérer de liste.

Dans le reste de la région, 8 orthophonistes déclarent de 4 à 6 mois de délai d'attente, 1 déclare 7-8 mois et 2 sont à des délais très courts en raison d'une installation récente d'un autre professionnel dans le voisinage. 2 travaillent sans liste.

Ainsi, d'après les entretiens effectués dans les deux régions, le délai de prise en charge dans la région limousine est globalement plus long que dans la région Midi-Pyrénées ; bien sûr, les patients peuvent s'inscrire sur plusieurs listes d'orthophonistes à la fois (y compris des orthophonistes assez éloignés de leur domicile, ce qui pose parfois des difficultés avec la règle de l'assurance-maladie de la prise en charge la plus proche), si bien que l'attente peut s'avérer finalement un peu moins longue. Et dans certains cabinets de groupe, la liste d'attente est commune à tous les orthophonistes du cabinet (par exemple le cas d'un cabinet de 6 orthophonistes avec 60 patients en liste d'attente), permettant de lisser davantage les attentes. Mais il reste que ces délais se mesurent plutôt en mois qu'en semaines.

Le nombre de patients inscrits par orthophoniste attendant leur prise en charge semble également plus important dans la région limousine.

Ces délais de prise en charge dans les deux régions, hors Toulouse, incitent certains orthophonistes, lors des entretiens, à remettre en cause la liberté d'installation de leurs jeunes collègues. « Que les orthophonistes arrêtent de tous s'installer au centre de Toulouse ! Ici, le cabinet se remplit en 2 mois. Il s'agit d'un problème d'inégalité ; le conventionnement induit des devoirs. Pourquoi pas un gel des installations dans certaines zones ? » Des orthophonistes syndiqués disent s'opposer à la FNO sur cette question. Des phrases comme : « ici, pas d'installation, pas de possibilité de remplacement l'été, recherche en vain une collaboratrice » reviennent souvent dans les deux régions visitées, mais l'effet de contraste est ressenti plus durement en Midi-Pyrénées : en Limousin, aucune solution n'est vraiment proposée au problème de saturation des cabinets libéraux, personne n'imagine que des jeunes orthophonistes, sauf raison familiale, viendront s'installer en Creuse après avoir terminé leur formation dans une grande ville d'une autre région, alors qu'en Midi-Pyrénées, un rééquilibrage entre Toulouse et les autres zones de la région paraît un objectif accessible.

4.12 Les relations entre orthophonistes et autres acteurs de santé

L'image de l'orthophonie auprès des différents publics interrogés

La jeunesse de la profession et la spécificité de ses interventions rendent compte de sa relative méconnaissance par les autres professionnels de santé et le grand public. Ainsi, d'après certains orthophonistes interrogés comme certains représentants associatifs, les médecins prescripteurs n'adressent pas leurs patients adultes à l'orthophoniste qui a encore l'image de « paramédical pour les enfants ». L'exemple de l'aphasie est ainsi évoqué. Cette méconnaissance des possibilités de prise en charge des aphasiques est aussi le fait du grand public.

Pour la prise en charge des enfants, une méconnaissance des possibilités thérapeutiques des orthophonistes est aussi observée chez certains pédiatres. Par exemple, un orthophoniste travaillant dans un centre hospitalier déplore que « le pédiatre chef de service ne connaît pas la vaste panoplie d'intervention des orthophonistes, comme le travail avec le souffle, la guidance précoce parentale, etc. »

Dans un centre hospitalier du Limousin, un chef de service de médecine physique et de réadaptation « ne croit pas à l'orthophonie. Il préfère faire appel aux kinésithérapeutes et aux psychologues ». Et en conséquence, l'orthophoniste qui avait un poste dans ce service a assez rapidement démissionné pour s'installer en libéral ; il n'y a plus d'orthophoniste dans ce service.

Les personnels de soins dans les établissements de santé comme les cadres méconnaissent parfois les compétences des orthophonistes et leur rôle, ce qui a fait « fuir » certains orthophonistes du milieu institutionnel.

Un effort de communication devrait être entrepris pour améliorer ce constat. Et en neurologie par exemple, des espoirs de meilleures prises en charge sont fondés sur le développement des unités neuro-vasculaires qui développent le travail d'équipe.

La collaboration des orthophonistes avec les différents professionnels interrogés

Les modes de collaboration sont très différents entre l'exercice salarié, centré sur le travail en équipe (qui varie selon les institutions mais peut comprendre psychologues, psychomotriciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues, orthoptistes...) et l'exercice libéral, qui apparaît très isolé en comparaison. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles certains orthophonistes optent pour le cabinet de groupe en libéral, ou alors maintiennent un exercice mixte.

Les psychomotriciennes interrogées sont unanimes pour saluer l'efficace collaboration avec les orthophonistes. « On est complémentaire ; ce travail conjoint est essentiel pour l'apprentissage des enfants avec handicaps importants ; ce travail en collaboration donne des repères dans le temps et dans l'espace aux enfants qui avancent plus vite ». « Pour ces enfants-là, il faut une prise en charge globale ». « C'est une collaboration ponctuelle qui

fonctionne bien ». « Cette double prise en charge est très intéressante pour les tout petits ». « On effectue un travail en équipe ». « La collaboration est aisée, il y a une bonne répartition des tâches ». Le seul problème évoqué est le nombre insuffisant de psychomotriciennes et d'orthophonistes, ce qui implique que dans certaines institutions, il y ait un fort délai d'attente pour la prise en charge d'enfants poly-handicapés (parfois plus d'un an). Pour l'une des psychomotriciennes salariées interrogées, le seul 'point noir' évoqué est « le délai de prise en charge par un orthophoniste sachant qu'il y a un poste vacant dans l'établissement depuis 5 ans et donc le délai est de 8 à 9 mois auprès de l'orthophoniste qui travaille dans le CMP. Quand on demande à l'extérieur, le délai est facilement de 1 an. Le délai pour une évaluation est de 1 mois. » Les mêmes constatations sont faites auprès de psychomotriciennes travaillant en secteur libéral.

Il arrive que des psychomotriciennes soient installées en secteur libéral en cabinet de groupe avec des orthophonistes ; dans ce cas, elles travaillent en étroite collaboration avec réalisation « de séances à la suite pour certains enfants ».

De même, l'orthoptiste interrogée dans un SESSAD voit tout l'intérêt du travail en équipe ; les prises en charge communes avec l'orthophoniste sont fréquentes.

Les psychologues développent le même constat, avec un bémol : l'adressage trop fréquent des enfants vers le psychologue (ou vers d'autres professionnels de soins), les orthophonistes ne prenant pas assez le patient en charge dans sa globalité, mais se centrant uniquement sur son trouble du langage. Les interactions entre orthophonistes et psychologues sont visiblement moins étroites que celles entre psychomotriciennes et orthophonistes. Lors d'entretiens avec des professionnels ayant une double compétence en psychomotricité et en psychothérapie, les constats évoqués sont différents avec des recours beaucoup plus rares à une psychothérapie en comparaison à l'adressage pour une rééducation psychomotricienne. Mais « cela se passe très bien, avec une bonne collaboration, plus ou moins étroite selon l'orthophoniste. Selon moi, plus il y a d'échange entre les professionnels et plus le suivi avance ».

Les kinésithérapeutes ne travaillent que rarement avec les orthophonistes, surtout en secteur libéral ; ceux qui ont pu être interviewés collaboraient toutefois avec des orthophonistes en raison d'une orientation d'activité spécifique :

- prise en charge de patients ayant eu un AVC : « La collaboration avec les orthophonistes se situe à un niveau minimal : seulement une discussion autour d'un même patient ». Donc il s'agit « davantage d'une relation de type échange d'informations ».
- prise en charge d'enfants poly-handicapés : le kinésithérapeute prend en charge les problèmes orthopédiques, et l'orthophoniste travaille en parallèle avec l'enfant ; « de temps en temps, se tient une petite réunion téléphonique sur l'évolution (ou alors des courriers), surtout en cas de problème neurologique en sus ; c'est un vrai travail d'équipe, où intervient aussi le psychomotricien ».

Dans des institutions pour enfants handicapés, « la collaboration avec les orthophonistes se déroule essentiellement sous forme de réunion de synthèse sur les enfants pris en charge. Plus

rarement, le kinésithérapeute et l'orthophoniste réalisent une séance ensemble avec certains enfants ; par exemple actuellement, deux enfants myopathes sont pris en charge ainsi. »

Avec les ergothérapeutes interrogés, même si la collaboration se déroule bien, des problèmes sont évoqués, notamment une insuffisance d'échange du fait des effectifs trop faibles et de la saturation de tous ; de plus, il y a selon les ergothérapeutes, « une méconnaissance des possibilités thérapeutiques des orthophonistes ; par exemple, on connaît les possibilités thérapeutiques des orthophonistes sur le langage mais quid sur les fonctions neurocognitives ? »

Il peut y avoir des zones de recouvrement d'activité entre ergothérapeutes, neuropsychologues et orthophonistes dans les établissements de santé (sur le travail sur les capacités de relation, sur les troubles de mémoire, d'attention...), mais cela doit se résoudre par des échanges fréquents entre les professionnels impliqués autour d'un cas. Il a pu être noté des doublons d'actes, notamment de bilans, mais « cela n'arrive pas souvent... ». Mais surtout, en neuropsychologie, il est souligné la complémentarité des actions : « les deux n'ont pas le même regard ». Un médecin de MPR note sur ce sujet, tout en reconnaissant qu'il existe des chevauchements possibles, que « cela se passe bien, on est arrivé à un bon consensus ».

Une autre prise en charge, celle des troubles de la déglutition, peut poser le même type de problème : elle peut relever selon les contextes, du kinésithérapeute ou de l'orthophoniste. Ces professionnels auront recours à des techniques différentes pour prendre en charge ces troubles. L'aiguillage vers l'un ou l'autre de ces professionnels de santé se fera en fonction des habitudes mais aussi en fonction des effectifs respectifs des deux professions dans le service hospitalier en question.

En résumé, le travail en équipe se déroule bien et aboutit à des résultats positifs pour les patients ainsi que pour le personnel soignant grâce à la reconnaissance mutuelle des approches de chaque corps professionnel.

Les remarques des prescripteurs sur le métier d'orthophoniste

En préambule, il est à noter qu'autant les entretiens téléphoniques avec les collaborateurs des orthophonistes (psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, etc.) se sont déroulés facilement, autant les entretiens téléphoniques avec les médecins ont été souvent plus difficiles à obtenir, ceux-ci déclarant après une brève exposition de l'objet et du contexte de l'enquête « ne pas répondre aux enquêtes d'une manière générale, ou ne pas être intéressés », ou encore ne répondant ni aux messages électroniques ni aux lettres. Cette attitude du corps médical, trop souvent sollicité sans doute, révèle probablement un certain manque d'intérêt, pour ne pas dire plus, pour la profession des orthophonistes.

Aux yeux de la majorité des prescripteurs ayant répondu à nos questions, les orthophonistes sont très compétents, et les prises en charge se passent bien. Les prescripteurs reconnaissent la place tout à fait à part et irremplaçable des orthophonistes dans le langage et la communication.

Le problème le plus souvent évoqué est celui des délais d'attente. Nous avons évoqué plus haut cette question ; les prescripteurs sont plus ou moins résignés à cette situation, « les familles n'ont pas d'autre choix que d'attendre », mais observent que « cela s'est aggravé ». Toutefois, les orthophonistes arrivent à avoir des délais plus courts en cas d'urgence (AVC notamment), « on peut y arriver en insistant... ». Mais le manque de flexibilité des emplois du temps des orthophonistes est souligné. Certains prescripteurs en viennent alors à recourir à deux orthophonistes simultanément (en alternance) pour assurer une prise en charge intensive à court terme d'une aphasie post AVC par exemple. Ou alors, ils utilisent l'hôpital de jour de MPR pour compenser un trop faible nombre de séances hebdomadaires par l'orthophoniste libéral.

Se pose en effet souvent le problème de la fréquence des séances : « pour un enfant dysphasique, c'est catastrophique de ne faire qu'1 séance par semaine ».

Parmi les médecins travaillant en établissement ou institution (SESSAD, CMP, services de MPR...), plusieurs ont souligné le problème des postes vacants en orthophonie, problème spécifique puisqu'il n'est pas rencontré avec la même ampleur pour les psychomotriciens, les psychologues ou les neuropsychologues (qui n'ont pas les mêmes facilités pour s'installer en libéral en l'absence de remboursement de leurs actes). Cette insuffisance de temps d'orthophoniste pose de graves difficultés pour assurer une prise en charge correcte des patients, par exemple en cas d'aphasie, où il faudrait une prise en charge quotidienne. L'un des services de MPR interrogé a eu ainsi une année de vacance de poste d'orthophonie, dans un territoire où les libéraux pouvaient au maximum assurer une séance par semaine pour les patients atteints d'AVC. Il s'agit d'une réelle « perte de chance ; on ne peut pas donner tous les soins d'orthophonie que les gens devraient avoir ». L'une des causes évoquées de ces difficultés est la faible attractivité du salaire en établissement et l'attractivité en regard de l'exercice libéral. « A l'hôpital, elles sont payées une misère ! ». « En libéral, il suffit qu'elles posent leur plaque, le travail est moins dur, moins difficile et elles gagnent plus ! ». Et au vu des choix de plus en plus fréquents des jeunes diplômés en faveur du secteur libéral et des départs en retraite qui vont s'accélérer d'ici 5 ans dans certaines zones, la situation est qualifiée parfois de « catastrophique ».

Paradoxalement, on rencontre aussi des situations où c'est le CMP qui assure des prises en charge orthophoniques courantes pour dyslexie, en l'absence d'offre libérale sur la zone géographique considérée. Mais dans le cas le plus fréquent, c'est l'institution qui manque de temps d'orthophoniste et adresse des enfants à des professionnels libéraux, avec le problème des listes d'attente et de la limitation en nombre de séances hebdomadaires. Et le travail d'équipe est du coup beaucoup moins facile.

Enfin, il faut souligner que l'insatisfaction parfois exprimée sur l'insuffisance de l'offre en orthophonie est exacerbée par l'absence de certaines spécialités paramédicales en ville (ergothérapie, neuropsychologie), ce qui crée un report de la demande vers les orthophonistes (dont les actes sont remboursés, contrairement aux autres professions citées).

Pour ces différentes raisons (délais d'attente, besoins croissants pour les prises en charge adultes), de nombreux prescripteurs trouvent qu'il faudrait augmenter de façon significative le nombre d'orthophonistes, sans se positionner sur le problème de leur répartition. D'autres

proposent de réfléchir, au-delà d'une simple augmentation du nombre d'orthophonistes, à de nouveaux métiers paramédicaux, capables de répondre aux besoins nouveaux et croissants de la population (handicap, dépendance). Il a été évoqué dans un entretien une réflexion sur l'opportunité de créer un master paramédical élargi : master "des métiers de la rééducation", englobant les apports de l'orthophonie, l'ergothérapie, la neuropsychologie.

Certaines critiques portent aussi sur le circuit d'orientation vers l'orthophoniste.

Ainsi, selon une interview accordée par un ORL de la région limousine, il est critiquable que les enfants aient vu un orthophoniste quand il les reçoit ; en réalité, l'adressage vers un orthophoniste se fait via le personnel scolaire (médecins scolaires) et les parents. Le fait que les enfants soient adressés aux orthophonistes d'abord avant d'être adressés aux ORL par les médecins scolaires peut constituer un problème car les enfants devraient d'abord être examinés cliniquement afin de détecter une anomalie médicale. « Si un enfant a un problème médical dans l'appareil auditif, l'envoyer chez un orthophoniste ne servira à rien ! » Quant aux délais de prise en charge, tout en regrettant leur importance, les praticiens observent qu'ils sont « importants pour toutes les professions de la santé puisque, pour un ORL, comme pour un orthophoniste, le délai est de 2 mois ; et même 6 mois pour un ophtalmologiste à Limoges... »

Plus généralement, le rôle du médecin comme prescripteur obligé des bilans d'orthophonie pour les enfants est source d'insatisfaction. La nécessité de séances d'orthophonie a été appréciée en premier par l'enseignant, les parents viennent en consultation avec plus qu'une demande, une exigence d'orthophonie, et le médecin se trouve devoir prescrire une prise en charge orthophonique pour un diagnostic qu'il ne connaît pas et pour une prise en charge dont il sait ne pas pouvoir évaluer les effets. « Les enseignants envoient les parents, qui font un crochet chez le médecin traitant, pas toujours à même d'analyser la demande », note une pédopsychiatre. Ce rôle passif, cette « mise devant le fait accompli », est vécu au mieux avec indifférence, au pire comme une frustration. Un généraliste résume ainsi la situation : « Je n'ai jamais refusé d'orthophonie à un enfant, on pourrait donc effectivement supprimer la nécessité de passer par une prescription médicale ». Un autre généraliste souligne que ce n'est qu'une « régularisation » ; « on n'a pas les compétences pour suivre un enfant qui a des troubles de l'apprentissage scolaire, il y a plein de tests... Il faudrait permettre aux médecins scolaires de prescrire le bilan ». Le même praticien note cependant que c'est différent pour les patients atteints d'AVC ; pour cette pathologie, la situation est mieux maîtrisée par les médecins traitants.

L'indifférence des médecins vis-à-vis de l'orthophonie est regrettée par beaucoup d'orthophonistes. Les comptes rendus envoyés aux médecins n'entraînent qu'exceptionnellement un retour (exceptionnellement un courrier, parfois un appel). Inversement, les prescripteurs se plaignent de recevoir des comptes rendus d'orthophonie pour eux incompréhensibles car trop techniques. « Moi ce que je veux pouvoir y lire c'est : l'enfant fait des progrès, l'orthophonie est utile, alors que je suis incapable de comprendre les scores sur leurs échelles d'orthophonie ». L'orthophonie ne donne lieu à aucun enseignement pendant le cursus médical et l'absence de référentiel clinique commun entre médecin et orthophoniste

explique l'absence de dialogue entre ces deux professionnels en milieu libéral. « Au moins avec un kiné, on parle de la même chose quand on dit qu'un patient a mal au dos, ou une luxation, alors qu'avec un orthophoniste, nous n'avons pas de repères communs ». Les pédiatres sont toutefois davantage sensibilisés à ces problématiques et repèrent d'ailleurs les problèmes assez tôt lorsque l'enfant est vu régulièrement.

Mais il n'y a pas de demande des généralistes ou des pédiatres d'être formés ou de s'investir dans cette thématique : « on n'a pas le temps ; vous avez vu la longueur de leur bilan ! ».

Certains prescripteurs portent un regard différent sur la volonté de non spécialisation des orthophonistes ; en particulier, certains spécialistes (en milieu urbain) ont besoin de confier les patients à des orthophonistes avec des compétences solides par exemple en rééducation de la voix, en rééducation post-AVC lorsque l'aphasie est associée à d'autres troubles des fonctions exécutives... La difficulté que rencontrent ces spécialistes pour organiser la prise en charge orthophonique en ville est alors double : celle d'un nombre limité d'orthophonistes « spécialisées » ou compétentes dans cette prise en charge, et celle de ne pas savoir les localiser en l'absence d'annuaire, en l'absence de spécialisation officielle des orthophonistes. Le souhait des orthophonistes de rester des généralistes capables de tout prendre en charge se heurte ici à un besoin de spécificité exprimé par certains prescripteurs.

La prise en charge de patients avec troubles de la déglutition semble ainsi poser un problème spécifique en ville selon certains prescripteurs. Cette rééducation est chronophage, relativement peu valorisée cliniquement et financièrement et il peut être difficile pour un patient de trouver un orthophoniste capable de le prendre en charge. Cette difficulté peut cependant être surmontée en faisant alors appel plutôt à des kinésithérapeutes.

Une autre préoccupation exprimée par certains prescripteurs est la faible place laissée par nombre d'orthophonistes à la patientèle adulte. Leur perception est que certains orthophonistes continuent de privilégier une patientèle d'enfants alors que les besoins des adultes et personnes âgées, en particulier ceux présentant des troubles neurologiques, est importante et va grandissant. Ils expriment le souhait que suffisamment d'orthophonistes s'intéressent au besoin croissant de prises en charge d'adultes.

Coordination des soins et orthophonie

Les réseaux de santé ont pour vocation de faciliter la coordination entre les différents intervenants autour des patients dont la situation médicale et sociale est complexe ; des réseaux DYS ont ainsi été mis en place ; mais dans l'exemple de Midi-Pyrénées, après les 3 premières années de fonctionnement, le financement du réseau DYS s'est interrompu suite à une décision de l'ARH (problème de diminution des fonds du FIQCS).

Lors d'un entretien, a été abordée la question de la coordination de la prise en charge des patients atteints d'AVC sortant de l'hôpital ; il était souligné qu'elle devrait pouvoir être assurée par le médecin généraliste, l'orthophoniste et une association impliquée dans la pathologie du patient, qui apporterait ainsi soutien et aide aux patients.

Les orthophonistes peuvent être sollicités localement dans le cadre de projets de maison de santé pluridisciplinaire. Mais la plupart n'en voient pas l'intérêt pour leur pratique ; ils y voient avant tout des problèmes logistiques (devoir déménager de leur cabinet, etc.).

4.13 Les relations avec l'Éducation nationale

L'orthophoniste est un acteur important de l'équipe scolaire, constituée des différents intervenants s'occupant d'un enfant présentant des difficultés scolaires. Chaque équipe scolaire peut être amenée à réunir 2 ou 3 fois par an médecin scolaire, psychologue, enseignant, orthophoniste et tout autre professionnel de santé suivant l'enfant. Les témoignages recueillis auprès des orthophonistes indiquent que malgré les inconvénients liés à ces réunions (temps perdu de consultation, plage horaire souvent difficile à gérer, éloignement, non rémunération), l'orthophoniste essaye de s'organiser pour y participer. Ceci reste assez variable selon les personnes et les endroits, mais le fait même que ces participations existent est à souligner. « J'ai mon mot à dire, mais c'est bénévole (contrairement aux autres participants). Cela concerne les dyslexies graves, on parle de redoublement, des heures d'AVS, de la conduite des enseignants... On est obligé d'y aller car ce n'est pas prêt au niveau des professeurs. Ils continuent à les noter sur les fautes ». « Ils ne connaissent pas encore bien la dysphasie de perception dans les écoles. L'enfant n'est pas idiot. »

Les médecins scolaires, coordonnateurs des équipes scolaires, sont trop peu nombreux et donc rarement présents. La coordination effective peut alors être de facto assurée par l'orthophoniste, sans reconnaissance de cet état de fait. Les orthophonistes rencontrés qui assurent une présence à ces réunions jugent que c'est de leur devoir professionnel de s'y rendre et, tout en soulignant le fait que ce serait mieux d'être rémunéré pour cela, expriment un souhait de clarification des rôles effectifs des intervenants.

Il reste que « le déplacement dans les écoles n'est pas rémunéré. On fait le lien avec l'enfant, le médecin scolaire et les parents dans ces réunions ; donc je le fais quand c'est vraiment indispensable mais cela prend une matinée, et donc une matinée perdue de rendez-vous ».

Les relations avec l'éducation nationale sont encore plus fréquentes pour les enfants handicapés scolarisés pris en charge par les SESSAD ou EESSAD. Les séances d'orthophonie sont en effet alors assurées le plus souvent dans les écoles (avec souvent en conséquence des temps de transport importants dans la semaine pour les professionnels). Et les réunions de synthèse sont fréquentes.

A cet égard, la présence du personnel de l'Éducation nationale (enseignants surtout) devient pour certaines orthophonistes interrogées un peu 'lourde' : « l'Éducation nationale envahit un peu le travail des orthophonistes en demandant des comptes sur les enfants ». Une autre orthophoniste précise : « il y a une mainmise croissante de l'Éducation nationale sur les orientations et les décisions. Il y a souvent des oppositions avec l'Éducation nationale ; or, il faut s'adapter à l'enfant, et non l'inverse ».

Par ailleurs, même s'il y a eu de gros progrès en matière de dépistage, « des retards au dépistage des enfants sourds surviennent encore (1 enfant par exemple qui vient seulement d'être dépisté par la médecine scolaire) ».

De même, un orthophoniste libéral note que « il y a des problèmes de collaboration et de compréhension du travail des orthophonistes sur la lecture notamment ».

D'autres professionnels, comme mentionné plus haut, regrettent la « pression scolaire » sur les enfants par les parents et les instituteurs. Ainsi, les parents envoient parfois leurs enfants chez un orthophoniste pour un rattrapage scolaire, poussés par le corps enseignant. Or, le « métier d'orthophoniste n'est pas un métier de répétiteur ! ».

Dans le domaine du handicap, plusieurs professionnels des SESSAD soulignent le problème induit par la « scolarisation à tout prix en milieu normal » depuis la loi sur le handicap, « sous la pression des parents ». Or, certains handicaps sont trop lourds. L'enfant ne peut pas suivre. « On a reculé de 10 ans ».

Une autre orthophoniste évoque le cas de la prise en charge d'enfants ayant un déficit auditif : « la loi sur le handicap a supprimé les classes spécifiques (pour sourds notamment) pour intégrer (ou inclure selon le nouveau terme !) les enfants en classe ordinaire, et du coup, ce n'est pas toujours adapté. Les enfants sont mis en difficulté, les enseignants ne sont pas formés. Les enfants sont en situation d'échec, ce qui n'arrange rien ! ». « C'est plus difficile pour ces enfants d'être noyés dans la masse, surtout ceux qui cumulent plusieurs handicaps. Pour ces enfants, on met la barre trop haut ».

Il en va de même pour les enfants dysphasiques ; les professionnels regrettent qu'il n'y ait aucun aménagement spécifique. C'est « très mauvais pour les enfants ». Et « la disparition progressive des aides (comme les RASED) aggrave les choses ».

Ce constat, entendu à plusieurs reprises, émanant de professionnels de terrain (orthophonistes, orthoptiste), qui ont vécu la transition induite par la loi handicap, peut être considéré comme inquiétant pour l'avenir de ces enfants.

4.14 Actions de dépistage et de prévention

Le décret de compétence des orthophonistes mentionne le rôle de la profession dans les actions de prévention et dépistage. Cependant, le rôle que les professionnels rencontrés accordaient à cette activité était assez souvent inexistant. La plupart des orthophonistes interrogés ne réalisent pas d'action de ce type ni de collaboration bien définie avec des établissements de santé dans ce but, mis à part des rencontres ou des réunions pour le suivi de certains patients (actions ponctuelles), à l'image des collaborations qui existent entre orthophonistes n'hésitant pas pour le bien du patient, à téléphoner, se rencontrer, échanger des informations, voire des patients, pour une meilleure prise en charge de ceux-ci.

Pour d'autres cependant, leur implication dans des actions de prévention primaire est conséquente. Cela consiste alors essentiellement en de l'information et de l'éducation sanitaire de la population (parents en particuliers), par distribution de plaquette par exemple, ainsi que des professionnels de santé, professionnels de la petite enfance ou des enseignants.

L'initiative peut venir de la FNO (qui a une commission « prévention »), d'associations de prévention en orthophonie ou encore d'associations de parents d'enfants DYS ou de maisons de retraite sollicitant des orthophonistes pour une présentation.

L'action de prévention en orthophonie est bénévole.

Il est intéressant de citer le cas précis d'une action de dépistage (la seule action de dépistage systématique notée lors des rencontres avec les orthophonistes dans les deux régions) de la surdité dans la maternité du CHU de Limoges chez les nouveau-nés dans les 48 heures après leur naissance. Cette action repose sur un médecin ORL (qui va partir à la retraite bientôt...) et l'orthophoniste du service ORL ; cette action a débuté en 2009 et fonctionne actuellement bien mais sa pérennité est fragilisée par le nombre faible d'effecteurs. L'ARS a toutefois inscrit dans son schéma la généralisation de ce dispositif dans la région.

4.15 Les attentes pour l'avenir

Sur la formation initiale

A la question sur les perspectives et attentes pour les années à venir, la très forte majorité des orthophonistes interrogés (ainsi que quelques prescripteurs connaissant bien la profession) évoque en priorité la question du master. Il paraît évident aux yeux de ces professionnels que le contenu de la formation, sa durée, la complexité et la variété des programmes justifient le niveau master.

En exercice salarié, les orthophonistes sont mal positionnés dans les grilles en raison du diplôme non considéré comme master. Il est noté que les psychomotriciens sont dans la même situation, mais qu'à l'opposé, les psychologues sont considérés en catégorie A et ont une rémunération sensiblement supérieure. En conséquence, les orthophonistes attendent avec une certaine impatience que leur diplôme soit considéré au niveau master, anticipant une revalorisation salariale. Ils anticipent aussi que ce point risque de freiner cette reconnaissance par le Ministère de la Santé.

Les attentes des orthophonistes rencontrés vis-à-vis de l'obtention de la reconnaissance d'un niveau master sont grandes. Ces attentes sont très diverses. Le grade de master permettrait pour les uns de laisser une année de plus pour bien absorber la densité de cours du centre de formation, pour d'autres de faire de la recherche, d'ouvrir la porte à un doctorat, de crédibiliser l'orthophonie.

Faudra-t-il passer à 5 années de formation ? Certains professeurs de CHU interrogés le pensent, et y voient l'opportunité d'en faire une année de spécialisation. Les orthophonistes interrogés considèrent au contraire dans leur majorité que l'enseignement actuel suffit déjà à valider le niveau master, et souhaitent maintenir l'enseignement généraliste à ce stade. Une spécialisation pourrait être menée ultérieurement, par des enseignements universitaires supplémentaires, non accessibles actuellement. Il existe donc une ambiguïté sur ce point précis au sein même de la profession.

Sur la problématique du lieu d'installation

Les disparités de répartition des orthophonistes sont évidentes et notées par tous. Le fait que cela pose problème dans l'accès aux soins (via les délais d'attente pour les prises en charge dans les zones géographiques sous-dotées) constitue également un diagnostic partagé. Par contre, les pistes de solutions sont loin d'être consensuelles.

La première réponse proposée par les professionnels porte sur l'augmentation des quotas dans les centres de formation, et, pour ce qui est du Limousin, la mise en place d'un centre de formation en orthophonie à Limoges (ce qui est d'ailleurs en projet ; cf. ci-dessus). Le centre de formation le plus proche est Poitiers, et peu d'étudiants de Poitiers viennent s'installer en Limousin (il n'y en avait aucun dans notre échantillon).

La sélectivité de l'entrée en centre de formation soulève quelques interrogations chez les personnes interrogées, orthophonistes ou prescripteurs : « pourquoi est-ce si difficile ? » « pourquoi est-ce si sélectif ? »

Une difficulté notée est cependant que les actuels centres de formation sont saturés, notamment en termes de stages disponibles. Aussi, c'est surtout par l'ouverture de nouveaux centres que le quota national pourrait être augmenté.

Une piste complémentaire évoquée est de développer les lieux de stage dans les zones peu denses. Cela peut poser des difficultés pratiques en raison de l'éloignement des centres de formation, mais certains professionnels interrogés arrivent effectivement à accueillir des stagiaires dans ces zones, et cela peut permettre de véhiculer une image différente de ce type d'exercice. Une orthophoniste suggère qu'une aide publique utile pourrait être de favoriser le financement des stages à distance de son domicile pour des étudiants.

De même, la FNEO propose de recourir à de telles indemnisations de stage pour les lieux éloignés des villes, afin d'inciter davantage de jeunes à connaître le mode d'exercice en milieu rural pendant leurs études et éventuellement le choisir plus tard.

Une deuxième catégorie de réponses porte sur les aides directes à l'installation (aides financières directes, aides fiscales...) pour inciter de jeunes professionnels à venir dans des zones « désertifiées » (d'autant plus qu'un pic de départs en retraite s'annonce dans les 5-10 ans dans certains départements). Elles sont prévues avant tout pour les médecins mais pourront être étendues aux autres professions de santé ; cependant, ces aides seront limitées aux « zones fragiles » définies par les ARS selon des critères liés à la densité de médecins généralistes. Dans le Limousin, par exemple, ces zones, limitées à un certain pourcentage de la population (en l'occurrence 6 % dans cette région), seront définies en nombre trop restreint pour permettre de faire face au problème d'ensemble.

En outre, l'impact de ces aides ne fait pas consensus. Plusieurs orthophonistes libéraux interrogés sont nettement opposés au principe même de telles aides : « c'est scandaleux. C'est en opposition avec le principe du secteur libéral. Il faut choisir ! ». D'autres opinions moins virulentes évoquent surtout l'inefficacité de tels dispositifs, dans la mesure où le problème relève de questions plus larges d'aménagement du territoire. « Peut-on être seulement un pays d'activités tertiaires ? » Dans des zones « où on ferme tout : écoles, poste... », où les transports en commun sont « sous-développés », il y a peu d'incitations pour un jeune couple à venir travailler. « Il faudrait commencer par remettre les trains ! ». Il faut en outre que le

conjoint non orthophoniste puisse trouver du travail, ce qui est en général problématique quand le conjoint n'est pas lui-même un professionnel de santé. Sauf à « organiser des bals entre orthophonistes et kinés » lors des études, ou à « décider du célibat pour les orthophonistes », il n'y a guère de solution dans les zones les plus désertes... De fait, on a vu ci-dessus que les motivations pour les jeunes orthophonistes de s'installer dans des départements peu denses sont, pour les années récentes, de deux ordres : retour dans la région d'origine, suivi du conjoint muté. Dans deux cas rencontrés, l'orthophoniste a choisi son lieu d'installation dans le Limousin, et c'est le conjoint qui a « suivi », pouvant trouver du travail sur place ou travailler à domicile. Mais ces situations sont très minoritaires, la sociologie française restant ancré dans le principe que c'est le travail du mari qui prime.

Une proposition encore plus controversée est constituée par l'idée d'interdire les installations nouvelles dans les zones particulièrement « sur-denses ». La CNAMTS défend cette position, et si la FNO y est opposée, il est à souligner que certains orthophonistes rencontrés en Midi-Pyrénées, constatant qu'au sein de la région, les disparités sont criantes entre Toulouse et le reste de la région, ont spontanément évoqué cette éventualité de mieux réguler les installations sur Toulouse.

Une telle option présente cependant des inconvénients :

- On ne peut être certain, comme le signale un orthophoniste, que les besoins en orthophonie soient correctement satisfaits dans les zones très denses, l'analyse n'a pas été menée. Et d'ailleurs, il est observé qu'à Toulouse, les orthophonistes libéraux sont loin d'être inactifs. « Après tout, s'il n'a pas de clients, c'est son problème, et sinon, c'est qu'il travaille bien. » Mais une autre orthophoniste remarque qu'il est possible « qu'à Toulouse, ils prennent peut-être plus facilement en charge les cas légers ».
- Il se créerait un marché du cabinet d'orthophonie dans les zones où les installations nouvelles seraient gelées, ce qui serait peu équitable.
- Il n'est pas garanti que les professionnels qui se verraient interdire une installation dans la ville qu'ils avaient choisie s'installent pour autant dans les zones où les pouvoirs publics souhaiteraient qu'ils s'installent. Comme il a été dit plus haut, le problème dans les départements peu denses réside dans un problème global d'aménagement du territoire : pourquoi demander au médecin ou à l'orthophoniste de s'installer là où les services publics ferment les uns après les autres ?

De fait, il n'y a pas de solution miracle, mais les orthophonistes de Midi-Pyrénées qui ont soulevé cette difficulté, tout en admettant les effets pervers de toute option contraignante, souhaitent ardemment qu'une solution soit tout de même recherchée pour éviter que les jeunes continuent à s'installer au centre de Toulouse, et qu'à 3/4h de là, on ne trouve ni collaborateur ni remplaçant...

Sur l'organisation de l'offre de soins

Pour les ARS interrogées, l'orthophonie ne constitue pas une priorité particulière et n'entre pas par exemple dans les discussions actuelles sur les maisons de santé pluridisciplinaires. D'ailleurs, les orthophonistes libéraux interrogés ne voient pas l'utilité pour leur pratique

d'intégrer de telles structures (sauf une qui aura une vacation dans la maison de santé en projet sans sa ville).

L'orthophonie fait-elle partie de ce qu'il est maintenant usuel d'appeler les soins de premier recours ? En l'état actuel, l'organisation des soins en France ne le laisse pas penser, les orthophonistes sont plutôt positionnés (et se positionnent eux-mêmes) comme acteurs de soins spécialisés. D'ailleurs, certains orthophonistes critiquent l'adressage des patients par les MG qui ne connaissent pratiquement rien à l'orthophonie comme cela peut être pointé dans certaines ordonnances (« quelques séances seulement pour récupérer une aphasie »...).

Ceci étant, en Midi-Pyrénées, dans le COTER sur les soins de premier recours, l'orthophonie est représentée parmi les professionnels indispensables au bon fonctionnement de l'offre de services de premier recours, avec les kinésithérapeutes (après les professionnels « charnières » : médecins généralistes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers libéraux).

5. Synthèse et conclusion

Les points importants soulignés par les orthophonistes lors des entretiens menés en région peuvent être rappelés de façon synthétique :

- Refus de la spécialisation, et affirmation de l'unicité de la profession,
- Insuffisance du nombre d'orthophonistes dans certains départements (Creuse, Corrèze, Gers, Lot...) et mauvaise répartition intra-régionale, comme en Midi-Pyrénées,
- Observation d'une forte évolution de la demande et des techniques de prise en charge depuis 30 ans : neurologie, ORL...
- Fortes attentes vis-à-vis du master, en termes de reconnaissance de l'orthophonie,
- Insuffisance des revenus, qui n'évoluent pas, aussi bien dans le secteur libéral (honoraires non augmentés significativement depuis 2003, bilans mal rémunérés, présence aux réunions éducatives non rémunérée...) que dans le secteur salarié, rendant les postes peu attractifs, postes qui en conséquence sont souvent vacants.

Une question particulière porte sur la démographie des orthophonistes. Nous avons vu qu'elle est en croissance, le nombre de jeunes diplômés excédant le nombre de départs en retraite, mais que cette croissance est rapidement absorbée par une demande elle-même toujours croissante. Est-ce une indication pour continuer à accroître les effectifs des professionnels ? Il est impossible, en l'état actuel des données, de déterminer le nombre optimal de professionnels en orthophonie sur le territoire français, comme cela a par exemple pu être tenté pour les sages-femmes²². Les paramètres sont trop nombreux ; on pourrait éventuellement disposer d'une estimation épidémiologique des affections prises en charge (cf. discussion au chapitre 3.9), mais on ne dispose pas d'éléments objectifs permettant de donner en moyenne la fréquence et la durée de prise en charge.

Aussi, la mesure de l'écart entre offre et demande doit adopter d'autres approches :

- Mesure des délais d'attente,
- Mesure des postes vacants dans le secteur salarié,
- Identification des restrictions dans la fréquence des prises en charge par rapport à des prises en charge optimales lorsque des référentiels existent.

Dans les zones rurales visitées, ces trois points posent problème : les délais d'attente peuvent dépasser 6 mois, les postes vacants dans le secteur salarié vont croissant, induisant un report d'activité vers le secteur libéral, et les fréquences de prise en charge peuvent rarement dépasser 1 séance par semaine. Le fait est que d'une manière générale, il existe des disparités géographiques importantes en France, induisant dans certains départements des restrictions dans l'accès aux soins.

Une option possible serait d'ouvrir des centres de formation dans les régions qui en sont dépourvues. Les régions concernées seraient : Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Champagne-

²² F. Midy, R. Legal, F. Tisserand, La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins, IRDES, Questions d'économie de la santé n° 101, déc. 2005.

Ardenne, Haute-Normandie et Limousin. Ces régions sont, en effet, à l'exception de la Bretagne, parmi les régions présentant la plus faible densité de professionnels.

Un tel projet est envisagé dans le Limousin pour la rentrée 2012. Mais même si cette orientation paraît importante, elle soulève quelques difficultés :

- Elle implique de pouvoir proposer un ensemble varié de stages aux étudiants, ce qui peut poser problème dans des régions à faible densité d'orthophonistes ;
- On constate en Midi-Pyrénées que la présence d'un centre de formation à Toulouse ne contribue pas à résoudre les problèmes de faible densité dans les départements éloignés de Toulouse.

De fait, il faudrait accompagner de telles ouvertures de centre de mesures complémentaires :

- proposition d'un contrat d'engagement de service public aux étudiants qui le souhaitent (sur le modèle du contrat proposé aux étudiants en médecine) : rémunération pendant les études en contrepartie d'un engagement à exercer dans les zones les moins denses pendant un certain nombre d'années,
- aides financières pour le transport et l'hébergement des étudiants qui réalisent un stage en secteur rural.

Au total, nous pouvons résumer le diagnostic sous la forme classique suivante : points forts/points faibles, menaces/opportunités :

<p>FORCES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profession soudée, passionnée par le métier, suivant régulièrement la formation continue • Forte autonomie dans la pratique (seul le bilan fait l'objet d'une prescription médicale) • Représentation syndicale forte, associant salariés et libéraux • Qualité saluée des enseignements ; formation longue, pluridisciplinaire, conduisant à une polyvalence de l'exercice 	<p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déséquilibres démographiques entre territoires • Absence de centres de formation dans certaines régions • Impossibilité dans les zones peu denses de répondre à toutes les demandes dans des délais raisonnables • Image encore marquée d'une activité dirigée essentiellement vers les enfants • Manque d'évaluation des méthodes, des résultats ; insuffisance de la recherche en orthophonie • Incompréhension fréquente entre prescripteurs et orthophonistes, et faiblesse des échanges d'informations • Manque de visibilité de l'activité des centres médico-sociaux
<p>OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Métier en évolution avec développement de nouveaux besoins chez l'adulte : neurologie, ORL • Niveau master 1 de la formation initiale, avec perspective d'un master 2 dans le cadre d'un approfondissement sur certaines thématiques 	<p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pyramide des âges : nombre important de départs en retraite dans les prochaines années, avec problème plus aigu dans certains départements • Risque de démotivation en l'absence de revalorisation des rémunérations, surtout dans le secteur salarié (postes vacants)

ANNEXES

ANNEXE 1 : Documents exploités

Documents exploités

- JM Kremer, E Lederlé. L'orthophonie en France, PUF, Que sais-je ? 2009
- Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession, sous la direction de Laurence Tain, Ed. ENSP, 2007
- Expertise collective INSERM, Dyslexie, Dysorthographe, Dyscalculie, Bilan des données scientifiques, 2007
- État des lieux de la prise en charge des AVC, contribution de la FNO
- Décret no 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste
- Nomenclature des actes d'orthophonie
- Convention nationale des orthophonistes
- Rapport d'information sur les auxiliaires médicaux: « Pour une réforme en profondeur de la formation des auxiliaires médicaux », Compléments FNESI, FNEK, FNEO, UNAAE
- Documents FNO : résultats de l'enquête réalisée dans quelques régions (dont les 2 régions étudiées ici) sur les motivations de l'installation ; description des actions de formation continue ; éléments descriptifs sur les orthophonistes salariés
- DVD de formation continue fournis par la FNO
- Évaluation du projet d'amélioration de la qualité de la filière de soins d'orthophonie en Alsace, mai 2005, Kali Santé (FNO et URML d'Alsace)
- Documents FNEO sur la réforme de la formation initiale, sur le profil des étudiants, le mémoire d'orthophonie
- Enquête FNEO sur l'installation des étudiants en orthophonie
- ONDPS, Compte rendu de l'audition des orthophonistes du 18 novembre 2009
- Rapport JC. Ringard : A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique, 2000
- Circulaire no 2002-024 du 31 janvier 2002 : Mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit
- Livre blanc sur la surdité de l'enfant, ACFOS, 2006
- Géographie de la santé en France, D Tonnelier, E Vigneron, 1999
- Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, Morelle A, Veyret J, Lesage G, Acker D, Noire D, IGAS, IGAEN, septembre 2008
- Arrêté du 14 juin 2011 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste
- D. Sicart, Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010, DREES, Série Statistiques n° 144, mai 2010

ANNEXE 2 : Entretiens institutionnels

- Fédération nationale des orthophonistes : Nicole Denni-Krichel, Patrick Pérignon, Philippe Bétrancourt, Philippe Pénigault, Corine Oglaza, Catherine Hénault
- Fédération des orthophonistes de France : Arielle Ancel
- Fédération nationale des étudiants en orthophonie : Albane Peaudecerf
- Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie : Thierry Rousseau
- Associations de patients :
 - ◆ Autisme France : Danièle Langlois,
 - ◆ Fédération française des DYS : Vincent Lochmann, Marie Mermet,
 - ◆ Fédération nationale des aphasiques de France : Dr Jean-Dominique Journet
- Ministère de l'Éducation Nationale : Dr Jeanne-Marie Urcun
- Service de santé scolaire de Paris : Dr Geneviève Richard
- Rectorat de l'Académie de Limoges : Dr Martine Grouille
- Rectorat de l'Académie de Toulouse : Dr Querleu
- Haute Autorité de Santé : Marie Erbault
- CNAMTS : Hedda Weissmann, Dr Michel Piolot, Gonzague Debeugny
- ARS des 2 régions concernées par l'enquête :
 - ◆ Limousin : Jacky Herbuel-Lepage, directeur « offre de soins et gestion du risque »
 - ◆ Midi-Pyrénées : Sylvie Binot, sous-directrice « démographie et suivi des professionnels de santé
- Pr Lionel Collet, ORL, Lyon

ANNEXE 3 : Guides d'entretien

Entretiens avec des orthophonistes libéraux et salariés / Thèmes à aborder

Présentation :

- année et lieu de diplôme
- année d'installation / ancienneté de l'exercice
- parcours professionnel avant la présente installation
- raisons pour avoir choisi ce lieu d'installation
- situation : exercice unique ou mixte, cabinet isolé ou en groupe (avec quels professionnels, quel statut juridique), établissement
- zone géographique d'exercice : urbain/rural, nb d'habitants approximativement desservis pour les zones rurales

Activité :

- type d'activité assuré, services apportés à la population (surdité, dyslexie, dysphasie, accidents vasculaires cérébraux, Alzheimer...)
- type de clientèle : enfants, adultes, personnes âgées
- y a-t-il une spécialisation de l'activité ?
- temps de travail hebdomadaire en heures
- délais pour une première prise en charge
-  volution des besoins, des techniques de prise en charge qui ont eu un impact sur les pratiques et l'activité, ou qui pourraient en avoir
- comment comprendre les disparités de densité d'orthophonistes par habitant ? y a-t-il des besoins mal couverts dans les zones peu denses ? d'autres catégories de professionnels assurent-elles les soins dans ces situations ? y a-t-il à l'inverse des zones trop denses en orthophonistes ?
- Y a-t-il des difficultés liées au manque d'informations de la population (voire des prescripteurs) sur l'orthophonie ?

Formation :

- adéquation de la formation initiale à l'exercice actuel : sur les cours théoriques, les stages
- qu'y aurait-il à faire évoluer en matière de formation initiale ?
- quelle participation à la formation continue ? l'offre de formation continue est-elle adaptée ?

Partenariats :

- implication éventuelle :
 - o dans des actions de santé publique (prévention, dépistage)
 - o dans les écoles (dépistage ? traitement ?), les centres de PMI
- collaborations avec les établissements de santé, avec les autres professionnels de santé :
 - o prescripteurs (MG, ORL, neurologues, pédiatres...)
 - o autres professionnels de la r education (kinés, ergothérapeutes, psychomotriciens...).

Y a-t-il des zones de recouvrement d'activité ?

 - o participation éventuelle à l'activité d'un réseau de santé

Rq : pour les partenaires, demander noms et lieux d'exercice de quelques professionnels : prescripteurs et autres professionnels de la r education

Paraît-il opportun de formaliser davantage les coopérations entre professionnels ?

- collaborations entre les orthophonistes libéraux et salariés
- place et rôle des orthophonistes dans le système de soins, à l'heure actuelle et dans l'avenir

Revenu et mode d'activité :

- intérêts respectifs du mode d'exercice libéral, du mode d'exercice salarié, de l'activité « mixte »
- souhaits en matière de lieu et de mode d'exercice
- quelle perception des revenus, de leur évolution, de l'écart libéral/salarié ?

Enquêtes menées auprès des différents professionnels collaborant avec les orthophonistes

Prescripteurs

- Quels sont de votre point de vue les besoins les plus importants en France en matière de prise en charge orthophonique ?
- Avis sur les prises en charge de patients :
 - ◆ Quelle est la facilité d'accès à un orthophoniste en cas de besoin ? Quels sont les délais ? Y a-t-il des obstacles financiers ?
 - ◆ Comment se passent les orientations des patients ? (médecine scolaire, médecin traitant, médecin spécialiste...)
 - ◆ Les rééducations proposées sont-elles adaptées ? Quelles attentes pouvez-vous exprimer ?
 - ◆ Quelle est la satisfaction du patient ?
 - ◆ Quelles sont les difficultés rencontrées ?
- Perspectives
 - ◆ Y aurait-il des éléments à améliorer ?
 - ◆ Des publics cibles importants vous semblent-ils mal visés, mal informés, mal pris en charge ?

Autres professionnels de la rééducation

- Coopérations, place dans le système, attentes et suggestions :
 - ◆ Pour quels types de patients êtes-vous amenés à collaborer avec un orthophoniste ? Pour quels types de prises en charge ?
 - ◆ La collaboration avec l'orthophoniste est-elle assez développée ?
 - ◆ Comment voyez-vous la répartition des tâches entre les différents professionnels de la rééducation ? Y a-t-il des points de recouvrement ? des lacunes ?
 - ◆ Est-il opportun de formaliser davantage les coopérations entre professionnels ?
 - ◆ Y aurait-il des éléments à améliorer ? Quelles suggestions feriez-vous ?

ANNEXE 5 : Composition du comité de suivi

Michèle Brian	DGS
Paula Dei Cas	Institut d'orthophonie de Lille
Nicole Denni-Krichel	FNO
Peggy Gatignol	Centre de formation Paris
Pr Maurice Giroud	CHU de Dijon
Dr Jean-Dominique Journet	FNAF
Albane Peaudecerf	FNEO
Patrick Perignon	FNO
Dr Michel Piolot	CNAMTS
Bruno Sarrodet	FNO
Hedda Weissmann	CNAMTS

Abréviations

ARS : Agence régionale de santé
AVC : Accident vasculaire cérébral
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalo-universitaire
CMP : Centre médico-psychologique
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
COTER : Comité technique régional
CRF : Centre de réadaptation fonctionnelle
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
EESSAD : Équipe d'éducation spécialisée et de soins à domicile
EPP : Évaluation des pratiques professionnelles
FAQSV : Fonds d'aide à l'amélioration de la qualité des soins de ville
FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FNEO : Fédération nationale des étudiants en orthophonie
FNAF : Fédération nationale des aphasiques de France
FNO : Fédération nationale des orthophonistes
FOF : Fédération des orthophonistes de France
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IDE : Infirmière diplômée d'état
IME : Institut médico-éducatif
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MPR : médecin physique et de réadaptation
ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé
PMI : Protection maternelle et infantile
RASED : Réseau d'aide spécialisée aux élèves en difficulté
SESSAD : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SLA : Sclérose latérale amyotrophique
SOFMER : Société française de médecine physique et de réadaptation
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR : Soins de suite et de réadaptation
UNADREO : Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie
URPS : Union régionale des professionnels de santé