

## **Colloque annuel FNO 2008**

### **« Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession »**

Ce colloque a été basé sur le livre de Laurence Tain, démographe, sociologue, maîtresse de conférence à Lyon 2, publié aux éditions ENSP.

**9h30** : Discours d'ouverture par Nicole Denni-Krichel, présidente de la Fédération Nationale des Orthophonistes et Discussion sur les « origines de l'étude sur le métier d'orthophoniste » par Laurence Adélé (orthophoniste, directrice des études du département d'orthophonie de l'institut des techniques de réadaptation de l'université Lyon 1 de 1987 à 2003), Jacques Roustit (orthophoniste, président de la Fédération Nationale des Orthophonistes de 1986 à 2004), Alain Morgon (PU-PH ORL, chef de service du pavillon U de l'hôpital E. Heriot, directeur du département d'orthophonie université Lyon 1 de 1972 à 1999) et Laurence Tain (démographe, sociologue, maîtresse de conférence, université Lyon2).

En automne 2007 est né le projet Kalliopé sur le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession. Il s'agissait d'une étude sur la démographie professionnelle par rapport aux négociations sur le numerus clausus. Il s'agissait également d'une réflexion sur la médicalisation de la population et la place des hommes et des femmes dans la profession.

Il est prévu pour l'été 2008 une loi de réorganisation du système de santé qui présentera essentiellement des modifications pour les professionnels travaillant en libéral.

Il s'agit également dans cette œuvre d'une réflexion sur l'enseignement clinique et théorique dans la formation initiale. Il en est ressorti que la réflexion sur le LMD n'est toujours pas aboutie, notamment en ce qui concerne la reconnaissance du Master professionnalisant.

En 1965, à Lyon, l'enseignement de l'orthophonie est rattaché à la chaire d'ORL et n'a pas encore de statut à part.

1966, le diplôme de fin d'étude devient le Certificat de Capacité d'Orthophonie.

1968, Loi Faure pour renouveler l'université. A Lyon est créé une UFR particulier pour l'orthophonie. On met en place la prise en charge pluridisciplinaire du patient (kiné, psychomot, audioprot, ortho...).

Laurence Tain a produit une radiographie de la profession qui permet d'entrer dans le débat sur l'avenir du métier d'orthophoniste. Elle souligne l'interdisciplinarité de l'orthophonie à travers l'interdisciplinarité de son œuvre qui présente différents témoignages et apporte ainsi différents éclairages.

## **10h00 : I) Identité professionnelle et biographies**

### **1) Choisir le métier d'orthophoniste**

Il ressort de l'étude qu'il existe une sélection sociale des étudiants en orthophonie. Cela vient-il d'une sélection particulière des jurys de concours ? Ou s'agit-il d'une question d'origine sociale particulière des étudiants qui choisissent cette voie ? Ainsi se pose la question suivante : pourquoi fait-on de l'orthophonie ? Et comment fait-on de l'orthophonie ? Il s'agit d'aspirations personnelles, de la structure familiale, de la structure de la société mais également de l'expérience personnelle de chaque étudiant.

Lorsque L. Tain s'intéresse à l'origine sociale des diplômés, elle se rend compte qu'il s'agit essentiellement de **femmes** issues des **classes moyennes** et du bas des **classes supérieures** (au niveau socioprofessionnel). En effet, beaucoup de père d'orthophonistes sont cadres. Il y a une sous représentation des pères ouvriers et agriculteurs. Ainsi, les étudiants en orthophonie ressemblent aux étudiants en médecine plutôt qu'aux étudiants paramédicaux de ce point de vue. Les mères des diplômés travaillent de plus en plus – alors qu'avant elles étaient souvent mères au foyer – montrant que les filles ont tendance à choisir une voie différente que leurs mères qui à leur tour ont tendance à suivre la voie de leurs filles (en trouvant un travail).

Qu'est-ce qui a amené à choisir le métier d'orthophoniste ? Souvent ce sont les structures individuelles et familiales. Mais il s'agit également de l'Éducation Nationale et des

organismes d'orientation qui suggèrent l'orientation vers l'orthophonie (surtout aux jeunes filles). D'autre part, ont tendance à influencer l'orientation dans cette voie les dispositions culturelles (variées) et les connaissances et les compétences familiales (riches et variées).

### **Discussion sur cette table ronde**

Ce qui expliquerait en partie l'origine socioprofessionnelle des orthophonistes serait le coût du concours et de la préparation à celui-ci.

Il est dangereux de parler de « spécialisation » puisque si l'orthophonie était séparée en spécialités, elle risquerait de se faire grignoter son champ de compétences par d'autres professions. Toutefois, il existe des formations complémentaires post-école, des formations continues qui permettent de mieux connaître un sujet et donc d'orienter le professionnel vers un domaine. Mais peut-on se déclarer mieux formé et plus apte qu'un autre à traiter une pathologie ?

### **2) Carrières, spécialisation, spatialisation ?**

Il y a eu une évolution lente des pathologies que les orthophonistes prennent en charge, liée à l'évolution de la médecine et au vieillissement de la population. On assiste également à une « médicalisation de l'échec scolaire » qui dirige les enfants en difficulté vers l'orthophonie.

Ainsi, des pathologies sont en **hausse** : échec scolaire et vieillissement, d'autres pathologies sont **stables** : troubles du langage (oral et écrit), et d'autres enfin sont en **baisse** : surdité et handicap du jeune enfant. Les pathologies qui sont stables sont appelées « socle commun » et caractérisent le travail en libéral. L'exercice en salariat concerne plutôt les problèmes de surdité et de handicap du jeune enfant alors que le libéral concerne plutôt tendanciellement les troubles du langage.

La concentration de la pratique orthophonique se fait plutôt autour des pôles urbains, ce qui fait que la campagne manque d'orthophonistes. La pratique en ville est plutôt spécialisée alors que la pratique en campagne est plus polyvalente, de ce fait.

L'étude s'est centrée sur l'étude des orthophonistes exerçant dans le domaine de la voix. Il n'y a pas forcément de spécialisation dans ce domaine, car il n'existe pas de diplôme pour des champs particuliers. On considère comme « spécialistes » les praticiens qui consacrent à un domaine particulier au moins 50% de leur activité (en temps), ce qui correspond à environ 3% des orthophonistes, dans le domaine de la voix. Ils sont concernés par des demandes d'expertise de la part de chanteurs et de professionnels de la voix ; c'est ainsi qu'est née la phoniatrie.

Il existe des parcours différents entre les orthophonistes orientés vers les troubles de la voix. Il s'agit de pratiques individuelles et personnelles souvent en lien avec une certaine expérience du chant et de la musique par rapport à la rééducation vocale. Il existe également un rapport avec le niveau social familial.

### **Discussion sur cette table ronde**

2005 : loi sur le handicap ; comment change la profession ? Positionnement par rapport à la MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée). Il y a une nécessité d'autonomie.

### **3) Élaborer une légitimité**

L'orthophonie est une profession qui se pose à un carrefour entre la médecine, la chirurgie, l'éducation etc. Les pratiques d'interventions sont différentes. On peut donc se poser les questions suivantes : Qu'est-ce que la maladie ? Qu'est-ce que le soin ? Qu'est-ce que l'intervention ?

Il existe 3 types de croyances : La croyance bio-médicale qui considère la maladie comme quelque chose contre lequel on doit lutter activement, la croyance qui considère que soigner c'est prendre en compte un sujet en désaccord avec son entourage et/ou lui-même – il s'agit donc plus de traiter un sujet que sa maladie – et une croyance mixte qui concerne l'orthophonie, à savoir qu'il s'agit de la pratique technique et de la prise en compte d'un sujet dans sa globalité et dans son milieu.

Le savoir est multiple. Comment est-il validé ? Il s'agit d'articuler le domaine de l'expérimental aux connaissances cliniques. L'enjeu est de savoir comment définir une identité professionnelle qui sache décrire son domaine d'action.

## **13h30 : II) Pratiques et publics**

### **1) Orthophonie et vieillissement**

L'orthophoniste dispense soutien et soin auprès de la population âgée, surtout au niveau familial. Il existe une multiplicité des collaborateurs auprès des familles, une grande collaboration entre les professionnels. Il s'agit à la base d'une demande des familles qui ressentent un besoin de maintenir une communication avec leur parent touché. L'orthophoniste exerce également un travail autour de l'alimentation.

L'exercice auprès des personnes âgées demande une certaine « spécialisation » au regard des savoirs acquis. Il s'agit d'une préférence pour un domaine, une certaine envie de travailler avec ce type de clientèle. La « spécialisation » se fait donc au fur et à mesure, au cours de la carrière. On assiste aujourd'hui à une « médicalisation de la vieillesse », il faut donc essayer d'arriver à un certain niveau d'expertise, pour lutter contre une « déqualification ». En effet, le soutien au handicap qui se développe au cours du vieillissement nécessite toutes les qualités de l'orthophoniste.

Il y a aujourd'hui une image collective « d'irrécupérabilité » des déficits liés au handicap. Les orthophonistes doivent alors **inventer** des techniques pour gérer au mieux la pathologie. Ils vont ainsi se déplacer à domicile, gérer l'intervention auprès de la famille etc.

Les orthophonistes qui interviennent auprès de la population âgée ne se reconnaissent pas sous le critère rural/urbain mais plutôt par la position du praticien par rapport à la question de la fin de vie. On constate alors chez ces praticiens une inventivité très forte tant au niveau du travail auprès des proches que de la concertation pluridisciplinaire.

### **Discussion sur cette table ronde**

Il faut faire attention à la terminologie, distinguer « patient » de « client ». La population française connaît un vieillissement. En 2002 on a eu un début de prise en charge réelle de la personne âgée, même si le processus avait commencé avant. S'agirait-il d'une nouvelle « jeunesse » pour l'orthophonie, avec l'explosion de la prise en charge ? Depuis 4 ans on observe une tendance au maintien des personnes à domicile. Il faut donc accepter ou

non de faire l'effort, pour le praticien, de se déplacer à domicile. Alors se pose la question suivante : comment améliorer la prise en charge à domicile ?

## 2) Entre « parler droit » et « sonner juste »

Le domaine de la voix a été privilégié dans l'étude Kalliopé mais ne représente pas le socle de base de l'activité orthophonique. Orthophonie signifie étymologiquement « parler » « droit » ; l'orthophoniste doit alors remettre dans le droit chemin, mais pas seulement.

Au niveau bio-médical, il y a une fonction bio-musculaire ; au niveau social, il s'agit de faire passer un message ; et au niveau spirituel, on considère que la voix est une énergie vitale. Tout ceci forme une sorte de boucle qui nécessite une interactivité entre les domaines.

Le corps représente un objet social qui a également un vécu et un ressenti ; la voix est l'expression de l'être. La rééducation de la voix correspond à 3 critères : tout d'abord au niveau de la **pathologie**, il y a une légitimité du soin orthophonique ; ensuite, au niveau biologique, il s'agit de la **conformité sociale** ; et enfin, au niveau de la **cohérence de l'être**, la voix est entendue comme reflet de l'âme. Mais comment ces modèles s'ajustent-ils ? Au niveau bio-médical, le thérapeute est avant tout un soignant qui ajuste sa pratique avec son expérience, pour passer du strict théorique au ressenti par rapport à la pathologie. La modulation se fait avec un réseau de références, de liens préférentiels avec d'autres professionnels et/ou patients. Au niveau bio-médical il s'agit donc d'un soin, d'une thérapie, c'est-à-dire d'une expertise avec une analyse objective. Au niveau de la cohérence de l'être c'est l'inverse ; c'est le patient qui sait et qui ressent et non pas le praticien. Enfin, au niveau de la conformité sociale, il s'agit d'une négociation entre le patient et le praticien (comme par exemple pour les problèmes d'accent régional).

Il existe donc plusieurs modèles de pratique qui ont tous une légitimité : un modèle rationnel (bio-médical), un modèle social/traditionnel et un modèle charismatique, personnel. Le modèle rationnel est prédominant en France car il est valorisé par l'ordre des médecins.

### **Discussion sur cette table ronde**

Le choix de la rééducation vocale est fait par intérêt personnel et social. Il s'agit d'une question de charisme et de se sentir bien dans son être, plus importante et plus représentée dans le domaine de la rééducation de la voix.

### **3) « L'orthophonie aux mains nues »**

Le but de cette question était de voir comment l'expatriation est formulée comme une expérience et un retour sur soi et sur la pratique professionnelle dans un cadre d'exercice différent de celui en France. Ainsi, des compétences ordinaires sont mobilisées, en plus des compétences professionnelles puisqu'il s'agit de faire face à des conditions de travail différentes des conditions habituelles.

Il existe une vision normative de l'orthophonie : redresser la parole, et une vision anthropologique : réciprocité de la parole, lien social et relation au monde et aux autres. Dans ce contexte, la rééducation est un outil de lien qui permet d'avoir des échanges.

Qu'est-ce qui compte pour le patient dans une rééducation orthophonique ? Il s'agit de l'accomplissement de la rééducation avec le corps (comme lieu de travail et de confiance en soi).

#### **Discussion sur cette table ronde**

L'expression « orthophonie aux mains nues » signifie qu'il faut apprendre à exercer sans matériel avant de pratiquer avec des moyens. Il existe pour l'orthophonie beaucoup de missions dans le monde, dans le domaine du handicap. « On ne rééduque pas qu'avec ce qu'on sait, mais aussi avec ce qu'on est. » ; il s'agit de mettre en œuvre tant les compétences ordinaires (de la vie de tous les jours) que les compétences spécialisées. Dans certains pays, des personnes peu formées doivent aussi mobiliser des compétences pour faire face aux situations.

Se pose alors la question de la présence d'un enseignement de philosophie dans la formation initiale. Il serait intéressant d'avoir une réflexion anthropologique, sociale et philosophique sur la pratique de l'orthophonie.

## 15h30 : III) Questions de genre et orthophonie

### 1) Carrières sexuées

Une analyse de gestion de carrière des femmes orthophonistes a été menée. Il y a un rapport avec les carrières de femmes médecins. Il existe 3 types de carrières :

- La féminitude : il s'agit d'une adaptation des femmes à la sphère familiale et sociale
- La virilité : c'est l'homme qui ramène de quoi subvenir aux besoins.
- Le dépassement du genre : c'est une interchangeabilité des deux sexes dans les deux sphères.

Il y a un recul de l'âge de la 1<sup>ère</sup> maternité générale, même pour les orthophonistes, sauf que les orthophonistes ont en moyenne un peu plus d'enfants.

L'année de l'obtention du diplôme, le temps de travail est de 3 heures de **moins** que les autres femmes, alors que les hommes orthophonistes travaillent en moyenne plus que les hommes d'autres professions.

Les tendances générales sont les suivantes :

- Baisse de la semaine de **moins** de 30h,
- Baisse de la semaine de **plus** de 40h,
- Hausse (du double) de la semaine entre 30 et 40h.

Les jeunes générations ont tendance à travailler plus qu'avant, mais leur temps de travail baisse au cours de leur carrière.

On constate qu'il y a une augmentation générale de l'exercice en libéral et une baisse du salariat. Il y a également une hausse des interruptions ponctuelles (dues aux grossesses etc) dans l'exercice. Le statut conjugal influence beaucoup (14 fois plus de chances d'arrêter lorsqu'on est en couple). On remarque également que le fait d'avoir un enfant fait baisser la probabilité d'augmenter son volume horaire au cours de la carrière.

## 2) Hommes orthophonistes

Il y a actuellement moins de 5% d'hommes dans la profession. Toutefois les hommes orthophonistes ne ressentent pas d'appréhension à ce sujet. Pourquoi y a-t-il si peu d'hommes ? L'image du métier d'orthophoniste comme un métier tourné vers la petite enfance n'y est pas étrangère. De plus, l'orientation des étudiants a tendance à diriger vers certaines professions en fonction du sexe, et oriente ainsi peu les hommes vers le métier d'orthophoniste.

Les hommes sont confrontés à une clientèle qui bien souvent veut un thérapeute masculin. Les hommes ont en moyenne un plus grand investissement professionnel puisque le nombre d'heures de travail par semaine augmente avec le nombre d'enfants au foyer.

Quel est l'enjeu d'avoir des hommes dans la profession ? Tout d'abord ils changent l'image de la profession, et d'autre part, ils modifient la qualité des relations entre les professionnels (orthophonistes essentiellement).

### **Discussion sur cette table ronde**

La féminisation de la profession vient sans doute aussi du fait que cette profession jeune (née dans les années 70) était une « profession » faite de bénévolat aux origines.

## 3) Genre et rééducation vocale

Y a-t-il des paramètres sexuels de la voix ? Deux questions se posent : celle de la façon dont l'institution médicale et les orthophonistes ont affaire avec la sexualité de la voix, et celle de l'ambivalence, de l'ambiguïté par rapport au patient.

Tout d'abord, l'institution médicale fait un travail sur la voix masculine/féminine. Il s'agit de travailler sur une pathologie, indifféremment de la voix, qu'elle soit aiguë ou grave. Mais il y a aussi une rééducation pour avoir une voix plus haute ou plus basse, plus féminine ou plus masculine.

Ensuite il y a la question des ambivalences et des ambiguïtés. Certaines personnes viennent pour changer leur hauteur de voix mais sans trop de conviction et/ou de motivation,

alors la rééducation ne marche pas ou ne tient pas longtemps. Il y a dans ces cas-là une résistance de la part du patient par rapport à un changement de hauteur de la voix.

Enfin, il y a parfois un « refus » du praticien qui juge inutile de changer la hauteur de la voix d'un patient.

### **Discussion sur cette table ronde**

Les phoniâtres ne sont pas les seuls pourvoyeurs de patients au niveau des troubles de la voix. Les principaux pourvoyeurs sont les ORL et les médecins.

### **15h30 : Conclusion de la journée**

Nous avons soulevé l'importance du débat sur l'interdisciplinarité tant au cours des études que dans l'exercice de la profession.

Il serait intéressant aussi de souligner l'inégalité de l'accès aux soins, surtout dans le cadre du PLFSS (Projet de Loi sur le Financement de la Sécurité Sociale).