



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

BUAN Dulcie
KERVEVAN Océane

MEDECIN PRESCRIPTEUR ET ORTHOPHONISTE
DANS LE PARCOURS DE SOIN DU PATIENT
ATTEINT DE PATHOLOGIE
NEURO-DEGENERATIVE
Un réseau de co-adressage ?

Maître de Mémoire
JAUBERT Guillaume

Membres du Jury

BASSETTI Fanny
HOUDAF Hakima
TAIN Laurence

Date de Soutenance
27 juin 2013

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Institut des Sciences et Techniques de
la Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. FARGE Pierre**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

IUFM
Directeur **M. MOUGNIOTTE Alain**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et
Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **M. COLLIGNON Claude**

POLYTECH LYON
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (ESCPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de
Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
Pr. Associé BO Agnès

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
GENTIL Claire
GUILLON Fanny

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie
BONNEL Corinne
CLERGET Corinne

REMERCIEMENTS

Nous voici au terme de quatre années de formation. Parmi elles, deux ans de réflexion, de perpétuels questionnements... À l'issue de cette formidable aventure, nous tenons à remercier :

Tout particulièrement Guillaume Jaubert, pour ses précieux conseils et son investissement dans notre travail durant ces deux années.

L'équipe de sciences sociales, pour avoir su guider notre réflexion et nous avoir éclairées par leurs remarques avisées ; notamment les membres du jury de lecture grâce auxquels nous avons tenté d'affiner nos propos.

Tous les orthophonistes, médecins, et autres professionnels vers lesquels nous nous sommes tournées pour nous aider à orienter notre réflexion ; et qui nous ont fourni de précieux renseignements en la matière.

Toutes les personnes dont les discours ont permis d'illustrer, d'étayer et faire avancer notre recherche.

Nos familles et amis, d'ici et d'ailleurs, qui ont parfois dû remonter le moral des troupes, et plus particulièrement Julien et Mickaël, présents en toutes circonstances, au moins par la pensée.

Ce travail de recherche en lui-même, qui, bien que très prenant, nous a permis de faire naître une belle amitié.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
1. <i>Université Claude Bernard Lyon1.....</i>	2
2. <i>Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE.....</i>	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE.....	8
I. LE SOIN ORTHOPHONIQUE SOUS L'ANGLE DE LA SOCIOLOGIE ECONOMIQUE.....	9
1. <i>Entre l'orthophoniste et le patient : une relation marchande</i>	9
2. <i>La construction du choix : qualité et réseau</i>	10
3. <i>Le soin orthophonique, un marché de prescripteurs</i>	13
II. L'ORTHOPHONIE : SON STATUT AU REGARD DE LA SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS	15
1. <i>Interroger la notion de profession.....</i>	15
2. <i>La place de l'orthophoniste : une lutte à remporter face aux autres professionnels</i>	17
III. VIEILLISSEMENT ET ORTHOPHONIE	20
1. <i>L'orthophonie : un acte légitime dans le développement pathologique des individus ?</i>	20
2. <i>Le vieillissement : de l'autonomie à la dépendance.....</i>	22
3. <i>L'orthophonie : une lutte contre la dépendance.....</i>	23
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	25
PARTIE EXPERIMENTALE	27
I. LA DEMARCHE SOCIOLOGIQUE.....	28
1. <i>Adopter l'approche interactionniste.....</i>	28
2. <i>La question de l'objectivité.....</i>	29
3. <i>Les conditions de validité</i>	29
II. LA REALISATION DES ENTRETIENS.....	30
1. <i>Le choix des entretiens semi-directifs.....</i>	30
2. <i>Produire du discours</i>	31
3. <i>Le rôle de l'enquêteur.....</i>	32
4. <i>Les types d'intervention</i>	33
5. <i>Le choix de la population</i>	33
6. <i>L'entretien.....</i>	35
III. L'EXPLOITATION DES DONNEES.....	37
1. <i>L'analyse des discours.....</i>	37
2. <i>Les différents types d'analyse.....</i>	37
3. <i>La grille d'analyse des entretiens.....</i>	38
PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	40
I. DESCRIPTION DU RESEAU D'ADRESSAGE	41
1. <i>Différentes options offertes au patient atteint de pathologie neuro-dégénératives.....</i>	41
2. <i>Rôle du centre mémoire</i>	43
3. <i>La prescription d'orthophonie.....</i>	46
II. ENJEUX ET DYNAMIQUE D'ADRESSAGE DE CE RESEAU	49
1. <i>Le médecin, instigateur et coordinateur des soins</i>	49
2. <i>L'orthophoniste : une mise en concurrence avec les autres paramédicaux, entre collaboration et compétition</i>	55
3. <i>Réseaux d'adressage</i>	61
III. UN SEGMENT DE MARCHE QUI SE CONQUIERT PAR L'EXPERTISE PROFESSIONNELLE	71
1. <i>La construction d'un professionnel : l'orthophoniste</i>	71
2. <i>L'intérêt des réseaux.....</i>	75
3. <i>Les comptes-rendus : un moyen de séduire les adresseurs</i>	77
4. <i>Une importance grandissante de l'orthophonie</i>	80
CONCLUSION.....	85

BIBLIOGRAPHIE	86
GLOSSAIRE	89
ANNEXES.....	90
ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN DESTINEE AUX MEDECINS	91
1. <i>Parcours professionnel du médecin.....</i>	<i>91</i>
2. <i>Parcours du patient</i>	<i>91</i>
3. <i>Collaboration avec les autres médecins</i>	<i>91</i>
4. <i>Collaboration avec les orthophonistes</i>	<i>91</i>
5. <i>Efficacité du soin orthophonique.....</i>	<i>92</i>
ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN DESTINEE AUX ORTHOPHONISTES LIBERAUX	93
1. <i>Parcours professionnel.....</i>	<i>93</i>
2. <i>Parcours des patients</i>	<i>93</i>
3. <i>Collaboration avec les médecins.....</i>	<i>94</i>
4. <i>Collaboration avec les orthophonistes des services gériatriques</i>	<i>94</i>
5. <i>Évaluation de l'efficacité du soin orthophonique.....</i>	<i>95</i>
ANNEXE III : GRILLE D'ENTRETIEN DESTINEE AUX ORTHOPHONISTES DES SERVICES GERIATRIQUES	96
1. <i>Histoire du service gériatrique.....</i>	<i>96</i>
2. <i>Parcours professionnel de l'orthophoniste</i>	<i>96</i>
3. <i>Parcours des patients qui transitent par le service</i>	<i>97</i>
4. <i>Collaboration avec les médecins.....</i>	<i>97</i>
5. <i>Collaboration avec les orthophonistes libéraux.....</i>	<i>98</i>
6. <i>Évaluation de l'efficacité du soin orthophonique.....</i>	<i>98</i>
ANNEXE IV : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS REALISES AVEC LES MEDECINS	99
ANNEXE V : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS REALISES AVEC LES ORTHOPHONISTES LIBERAUX.....	102
ANNEXE VI : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS REALISES AVEC LES ORTHOPHONISTES DES SERVICES GERIATRIQUES.....	108
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	115
TABLE DES MATIERES	116

INTRODUCTION

À l'origine de notre questionnement, nous avons la volonté de travailler sur les questions liées au vieillissement ; cet intérêt a été suscité par notre stage en maison de retraite et par les cours dispensés par Laurence Tain. Notre idée de départ était d'analyser au sens large les relations entre le médecin prescripteur et l'orthophoniste autour du patient âgé atteint de pathologie neuro-dégénérative. Nous souhaitons aborder ce thème à travers le prisme des sciences sociales. En cela, le travail de synthèse réalisé par Laurence Tain, « *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* » (2007), issu de l'étude Kalliopé, a été fondateur pour notre étude.

Cependant, en questionnant différents orthophonistes et en échangeant avec l'équipe de sciences sociales, nous avons découvert un aspect de la relation entre les médecins et les orthophonistes encore peu exploré dans les travaux précédents : le réseau d'adressage que ces professionnels activent tour à tour dans les étapes de la trajectoire de soin du patient.

Dans une première partie théorique, nous tenterons de comprendre et décrire comment s'organisent les échanges entre le médecin prescripteur, l'orthophoniste et le patient atteint de pathologie neuro-dégénérative. Et ceci, grâce à des notions empruntées aux domaines de la sociologie économique, de la sociologie des professions et du vieillissement.

Après avoir présenté notre problématique issue de notre questionnement théorique, nous expliquerons notre méthodologie et les outils qui nous ont servi pour notre étude ; notamment les questions liées à la démarche sociologique en général, la réalisation pratique des entretiens semi-directifs et la façon dont nous avons analysé les données.

Puis, dans une dernière partie, nous présenterons les résultats obtenus et les conclusions que nous en tirons grâce à une analyse thématique des entretiens. Enfin, nous les discuterons en les confrontant à nos hypothèses et en pointant les limites de notre étude.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

Traditionnellement, les travaux qui s'intéressent aux professions du soin, telles que l'orthophonie, se situent dans deux grandes tendances théoriques. Les professions médicales et paramédicales peuvent tout d'abord s'envisager sous l'angle de la sociologie de la santé, en termes d'appartenance à certains courants et ce que cela implique dans la pratique clinique. Mais ces métiers peuvent également être étudiés à travers le prisme de la sociologie des professions, qui s'attache à définir celles-ci, leurs pratiques, leurs membres, leurs croyances et leur unité.

Ce qui nous a intéressées ici est de comprendre et décrire comment s'organisent les échanges entre le médecin prescripteur, l'orthophoniste et le patient atteint de pathologie neuro-dégénérative. Et ceci, grâce à des notions empruntées aux domaines de la sociologie économique, de la sociologie des professions et du vieillissement.

I. Le soin orthophonique sous l'angle de la sociologie économique

La santé a la particularité d'être avant tout une valeur et un droit, portés par la solidarité nationale. Celle-ci est généralement appréhendée dans des termes économiques lorsque l'on parle des grands équilibres économiques de la protection sociale en France.

Or, quand on évoque la santé, on ne pense souvent qu'à la valeur et au droit qu'elle représente ; sans évoquer la tractation marchande qu'elle met pourtant en jeu. En effet, la médecine, et les professions paramédicales, revendiquent leur caractère libéral ; et le cabinet médical est le lieu où se rencontrent offre et demande. De fait, la solidarité nationale ne s'oppose pas à la tractation marchande.

En ce sens, même si notre travail se situe au carrefour de plusieurs sociologies, la sociologie économique y tient une place de choix. Observer l'orthophonie sous cet angle amène à reconsidérer dans son ensemble le soin à la personne. Il ne s'agit plus seulement d'un patient X qui consulte un spécialiste Y pour un problème spécifique, ni d'un professionnel Y qui promulgue un soin à ce même patient X. Derrière cette confrontation se jouent d'autres enjeux, lesquels sont reliés par une certaine logique que les concepts suivants nous permettront de mettre en lumière.

Nous nous emploierons, pour commencer, à définir les notions-clés qui nous ont intéressées pour notre étude. Nous expliquerons d'abord le concept de mécanisme marchand, puis nous aborderons celui du choix de l'offre dans une recherche de qualité, le réseau comme facilitateur de choix, et enfin la prescription du soin orthophonique, depuis le médecin jusqu'aux potentiels orthophonistes, face aux logiques distinctes qui les animent.

1. Entre l'orthophoniste et le patient : une relation marchande

La sociologie économique étudie les différents domaines du mécanisme marchand. C'est ce qu'explique Philippe Steiner dans son livre *La Sociologie économique* (2007). Le mécanisme marchand renvoie comme il s'entend à la notion de marché. Cette dernière peut se définir comme une offre et une demande qui se rencontrent en un lieu particulier.

Steiner suggère également (page 31), en faisant référence aux travaux de Lionel Robbins, que « *puisque les êtres humains sont soumis à la « rareté du temps », il y a un coût d'opportunité pour toute action.* » Ainsi, selon cette théorie dite « *du choix rationnel* », pendant que j'effectue une tâche domestique non rémunérée - passer l'aspirateur ou me maquiller, je perds du temps que j'aurais pu utiliser pour toucher un salaire. En ce sens, toute action peut être appréhendée sous l'angle de la théorie économique.

L'exercice de la médecine, ou des domaines qui lui sont rattachés, ne sont que rarement considérés sous leur angle économique. Pourtant, médecins et professions paramédicales revendiquent le caractère libéral de leur activité, et le cabinet médical constitue bien le lieu de rencontre d'une offre et d'une demande.

En rapportant aux milieux médical et paramédical cette notion de rencontre sur un marché, nous voyons que dans chacun des métiers du soin, il est question d'une personne qui propose ses savoirs et savoir-faire dans un domaine, face à laquelle se trouvent des personnes qui en font la demande. Ce face-à-face n'est donc effectivement pas propre au secteur de la vente.

Si nous prenons à titre d'exemple l'orthophonie, qualifiée de profession paramédicale, nous avons d'un côté un professionnel : l'orthophoniste, apte à prendre en charge différents troubles, notamment ceux touchant le langage. D'un autre côté, il y a des enfants, des adultes, bref, tout un panel d'individus ayant besoin d'un soin orthophonique pour remédier à leurs difficultés. Dans cette mesure, on peut parler du « marché de l'orthophonie ».

Ainsi, il existe ce que l'on appelle, en termes économiques, une « *asymétrie d'information* » entre le patient atteint de pathologie neuro-dégénérative et l'orthophoniste. L'orthophoniste possède les connaissances nécessaires pour soigner le patient. Celui-ci ne va pas consulter une personne non qualifiée, mais celle qui a suivi des études d'orthophonie, et qui sera donc apte à l'aider. De même, si le patient paie le médecin, c'est parce que ce dernier possède un savoir que le premier n'a pas. Selon la théorie de la rareté en économie, plus l'expertise du professionnel est rare, plus le patient la paie cher. La profession est donc l'une des conditions de l'institutionnalisation du marché. En cela, c'est la profession qui est le premier délégué pour que le patient fasse son choix ; en tant qu'elle construit une expertise au travers d'une formation sanctionnée par un diplôme.

2. La construction du choix : qualité et réseau

Dans le contexte de l'offre et de la demande sur un marché, il arrive souvent que les demandeurs soient confrontés à réaliser des choix quant aux offres présentes sur celui-ci. Pour quelles raisons se tournent-ils vers l'un ou l'autre des producteurs ? Pourquoi choisir un pot de miel à un stand A, plutôt qu'à l'étalage B ou encore plutôt qu'à la supérette du village d'à côté ? Est-ce pour une raison de proximité : je me trouve juste en face de A, pourquoi alors aller chercher plus loin ? Est-ce en raison des coûts : le miel chez A est moins cher que chez B, il convient davantage à mon budget ? Est-ce à cause de la « réputation », des « ouï-dire » au sujet d'un des produits : il paraît que le miel chez B est acide et qu'il vieillit mal, mieux vaut en acheter un autre ? Ou encore, est-ce tout simplement parce que la personne en qui l'on a envie d'accorder notre confiance est

quelqu'un de notre entourage plus ou moins proche : la dame du stand A est la femme du cousin de ma meilleure amie, je vais donc faire marcher son commerce ? Les hypothèses sont nombreuses, et cette liste n'est certainement pas exhaustive.

Quoi qu'il en soit, Elster, en 1989 (in Steiner, page 31), nous dit que :

« La théorie se résume à énoncer que, confrontés à des alternatives, les individus font habituellement ce qu'ils considèrent comme devant produire le meilleur résultat. Le comportement est donc supposé être un comportement instrumental, c'est-à-dire qu'il est orienté vers le résultat de l'action. »

Autrement dit, tout choix est fait dans le but d'obtenir le maximum d'intérêts pour l'individu-acteur. En somme, il n'y a pas seulement l'aspect économique qui compte sur un marché (à combien revient ce produit par rapport à tel autre), il y a aussi l'aspect qualitatif de l'offre.

Comme Steiner l'explique dans son ouvrage (page 34) :

« La pure coordination marchande (par les prix) est insuffisante et il faut réintroduire des institutions et des formes différentes de comportement social pour rendre compte de la coordination entre les acteurs. L'effort de la sociologie économique porte sur la mise au jour et l'étude des formes de coordination qui se met en place lorsque fait problème l'évaluation de la qualité des produits. Il peut s'agir de procédures de certification [Cochoy, 2003], d'investissements de forme à l'occasion desquels les entreprises définissent des standards de production [Thévenot, 1987 ; Eymard-Duvernay, 2004], de prescripteurs diffusant des conseils et des informations aux consommateurs [Hatchuel, 1995 ; Karpik, 2000 ; Cochoy, 2003], de réseaux de relations personnelles permettant la diffusion et la vérification des informations pertinentes [Granovetter, 1974 ; Di Maggio et Louch, 1998], de coordination entre organisations autour des objets et des espaces [Cochoy, 2004 ; Dubuisson-Quellier et Neuville, 2004 ; Trompette, 2005] »

Comme le souligne Steiner, il arrive que le consommateur-client-patient se trouve devant des produits ou prestations qui lui paraissent équivalentes. L'auteur nous présente alors la notion de « singularités », introduite par Lucien Karpik :

« Les singularités sont des biens pour lesquels il existe une incertitude sur la qualité et une pluralité de produits pouvant répondre à un même besoin, comme lorsqu'on recherche un « bon » restaurant dans une ville inconnue ou que l'on recherche un « bon » avocat pour défendre sa cause. Karpik montre que le fonctionnement de tels marchés est différent de ce qu'en dit la théorie économique : devant une telle incertitude, il est nécessaire de passer par des dispositifs sociaux qui réduisent cette dernière et permettent de former un jugement face à la pluralité des produits et des points de vue sur leur qualité. [...] Ces dispositifs qui aident au jugement reposent sur la confiance qui leur est

accordée, confiance d'autant plus forte que l'on délègue le jugement au dispositif. » (page 35)

Cette notion de confiance pour choisir une prestation parmi plusieurs qui semblent similaires a ici toute son importance, tout comme celle du « dispositif social » qui permet d'effectuer ce choix.

Dans le cadre de notre étude, le dispositif social qui réduit l'incertitude quant à la qualité des différents orthophonistes de la ville de Lyon est ce que nous pouvons appeler un réseau d'adressage.

« Différents travaux en sociologie économique ont été produits ces dernières années, en France comme dans les pays anglo-saxons, pour souligner que la rencontre marchande entre un produit et un consommateur est « médiée ». Cela signifie qu'elle passe par l'entrée en jeu d'un nombre plus ou moins grand de dispositifs de natures assez diverses qui permettent à la fois l'identification d'une offre et sa qualification, c'est-à-dire son évaluation [Dubuisson-Quellier, 2006]. Au titre de ces dispositifs, nous pouvons citer dans le désordre les marques, la publicité, les logos, les normes, les labels, les mentions et formes d'emballage, le design, le merchandising, les techniques marketing, ainsi que les prescriptions diverses et variées émanant du monde marchand, mais également d'autres champs comme les guides, les classements, les argus, les critiques, les conseils et recommandations. » (id.)

Comme le souligne Sophie Dubuisson-Quellier dans son article « De la souveraineté à la gouvernance des consommateurs : l'espace du choix dans la consommation », dans une relation commerciale ou dans la rencontre entre un patient et un orthophoniste, il existe des médiations qui les permettent. L'une d'elles est le réseau.

Wasserman et Faust (page 20) définissent le réseau comme « *un ensemble d'acteurs rattachés par une relation* ». Steiner précise :

« Un réseau décrit ainsi le système formé par les liens directs et indirects (les contacts de mes contacts...) entre les acteurs. Par relation, on entend une forme d'interaction sociale qui met des acteurs en contact ; il peut s'agir des transactions effectuées sur un marché, des échanges de services entre individus d'un même quartier ou bien de la présence dans les conseils d'administration d'un ensemble d'entreprises. Le réseau peut faire intervenir une seule relation ou plusieurs. La notion d'acteur revêt elle aussi des formes diverses : dans le cadre de la sociologie économique, il peut s'agir d'individus sur un marché, de firmes dans une branche ou de nations dans le commerce national. L'analyse de réseau place délibérément l'accent sur les relations existant entre les acteurs plus que les acteurs eux-mêmes. » (page 71)

Comme l'explique Karpik en 1989 dans *L'économie de la qualité*, les réseaux de relation par lesquels transitent les informations constituent une médiation, un « *marché-jugement* » grâce auquel s'effectue le choix.

D'après Alain Degenne et Michel Forsé en 1994 (in Steiner, page 73), « *l'action individuelle puise dans les ressources qu'offre le réseau tout en étant contrainte par lui ; à l'inverse, le réseau existe parce que des actions individuelles significatives mettent en relation les individus composant le réseau.* »

Bourdieu (1980), et plus tard Coleman (1990) (in Steiner, pages 73 et 74), parle du capital social qui :

« Renvoie à l'idée selon laquelle un réseau durable plus ou moins institutionnalisé de relations mutuelles et de connaissances entre les individus constitue une ressource, actuelle ou potentielle, que les individus peuvent mobiliser pour atteindre leurs objectifs. »

Le réseau apparaît donc comme un atout, une richesse permettant de faire des choix sans trop de risque de se tromper. Il peut s'avérer utile lors d'un recrutement par exemple. Knight (1921) explique à ce sujet (in Steiner, page 79) :

« Il existe une incertitude qualitative forte sur le marché du travail, et un problème majeur auquel l'entrepreneur doit faire face est celui de l'incertitude quant à la qualité des employés qu'il recrute. Or, dans le cas où il n'existe qu'un intermédiaire entre l'employeur et l'employé, l'employeur connaissant l'intermédiaire (qui est un de ses employés) peut accorder un degré assez précis de confiance à ses propos. »

Brian Uzzi insiste quant à lui sur le caractère prégnant des relations sociales initiales dans l'élaboration du réseau professionnel : « *sur cette base, la relation de confiance peut se mettre en place et assurer aux entreprises des avantages (partage des risques, capacité de réaction aux variations du marché, apprentissage organisationnel) que n'offrent pas les relations purement marchandes* » (in Steiner, page 85). On peut observer ce genre de « *Relation marchande [...] fortement marquée par les relations personnelles* » (in Steiner, page 45) dans l'exemple du « Marché aux fraises » qui se tint jusqu'au début des années 1980 en Sologne. En effet, les commerçants locaux achetaient à l'avance toute la production de fruits des agriculteurs avec lesquels ils étaient en lien. Lors de l'achat, le prix de la production était méconnu puisqu'il dépendait des prix auxquels la fraise serait vendue sur le marché de gros. Cela n'empêchait cependant pas les commerçants de verser de l'argent aux producteurs, de manière anticipée ; et ce en gage de confiance.

3. Le soin orthophonique, un marché de prescripteurs

Dans le cas précis de l'orthophonie, le choix du thérapeute ne dépend pas uniquement du libre-arbitre du consommateur de soin comme le postule la théorie du choix rationnel (les individus qui font le calcul coût/avantage). En effet, pour accéder à ce service, ce dernier doit transiter par une tierce personne : le médecin. C'est lui qui décidera de l'utilité ou non de la rencontre avec un professionnel du langage et de la communication. En 1995, Armand Hatchuel (page 63) appelle « *marchés à prescripteurs* » :

« Les relations marchandes qui ne s'effectuent pas entre le vendeur et l'acheteur sans qu'intervienne une expertise, celle du médecin, du critique de cinéma, de la revue spécialisée, du « chasseur de tête », dont le jugement constitue une médiation constitutive de la construction sociale des relations marchandes. »

L'idée d'expertise d'un intervenant est liée, dans une certaine mesure, à celle de réseau mentionnée plus haut. En effet, ce dernier peut jouer un rôle de « *label qualité* » dans le choix de l'offre, d'un service ou d'un produit au détriment d'un autre.

Dans le schéma qui suit, Benghozi et Paris (2003) exposent simplement les rapports entre l'offre, la demande et le prescripteur (in Claus, page 18):

Un marché de la prescription à part entière

« *Le prescripteur va apporter un savoir et une connaissance qui font défaut à l'acheteur. La prescription va donc influencer le comportement et le choix des individus.* » (Claus, page 16). Évidemment, si le conseil du médecin encourageant à consulter tel ou tel orthophoniste peut avoir toute son importance aux yeux du patient, celui-ci n'en demeure pas moins libre de choisir lui-même son spécialiste.

Face au patient en quête d'un service particulier, on trouve de multiples personnes, orthophonistes de profession, susceptibles de pouvoir répondre à cette demande. Une compétition, bien qu'implicite, voire taboue, s'établit entre ces personnes.

Il s'agit alors pour chacune d'elles de s'imposer, de « tirer son épingle du jeu » en augmentant coûte que coûte le nombre de personnes s'adressant à elle pour ses savoirs et savoir-faire. Pour cela, il convient d'adopter des stratégies, que Pascale Trompette, dans son article de 2005 sur les dynamiques concurrentielles au sein du secteur funéraire nomme « *procédés de conquête du client* » ou « *dispositifs de captation* ». Ainsi, pour

organiser la canalisation de clients vers un seul professionnel, celui-ci peut avoir recours à la fréquentation de lieux stratégiques (la proximité des écoles par exemple), à une rapidité d'intervention (liste d'attente courte), ou encore à une signalisation (distribuer sa carte). Mais, pour que ce marché soit fructueux, il convient avant tout de parvenir à « *l'enrôlement des prescripteurs* ». Pour cela, l'orthophoniste a tout intérêt à se faire connaître et à faire valoir ses compétences auprès des médecins. Les termes employés par Laurence Tain au sujet de la circulation des patients atteints de pathologies vocales (page 176) nous semblent être adaptés pour conclure : « *[cela] confirme la dépendance des orthophonistes envers les médecins pourvoyeurs de patientèle* ».

II. L'orthophonie : son statut au regard de la sociologie des professions

« *L'asymétrie de l'information* », dont nous parlions précédemment, est l'une des conditions d'existence du marché. En effet, l'expertise orthophonique, en tant qu'elle est inégalement répartie, constitue ce qui s'échange sur le marché. Dès lors, les institutions qui régulent une profession – et, parmi elles, celles qui distribuent des formations sanctionnées par un diplôme – construisent une expertise professionnelle spécifique, qui est constitutive de l'asymétrie d'information ; ce qui rend possible l'échange. En d'autres termes, le dispositif premier de délégation du choix du patient est le diplôme. Dès lors, l'asymétrie d'information est également constitutive de l'autorité médicale ou paramédicale, qui régit la relation entre le patient et le professionnel, l'un sachant ce que l'autre ignore. Dans cette configuration, le choix d'un patient pour un orthophoniste est généralement médié par d'autres dispositifs que le diplôme spécifique d'une relation marchande. Dans le cas de l'orthophonie, nous pouvons parler de l'institution d'un « *marché de prescripteurs* », car l'acte orthophonique est généralement prescrit par un médecin.

Nous intéressant aux relations entre différents professionnels que sont les médecins et les orthophonistes autour du patient atteint de pathologie neuro-dégénérative, il nous semblait incontournable d'exposer en quelques grandes lignes les travaux réalisés dans le domaine de la sociologie des professions depuis ses débuts. Dans cette deuxième partie, nous tenterons de définir les notions de la sociologie des professions dont nous nous sommes servies pour notre ouvrage. Pour ce faire, nous aborderons les usages sociologiques de la notion de profession, puis la question de l'orthophonie en tant que telle. Nous traiterons du sujet de la division du travail, et des idées d'ordre négocié et d'usage du pouvoir professionnel. Nous évoquerons également la lutte pour les territoires professionnels.

1. Interroger la notion de profession

Afin de mieux comprendre les relations entre le médecin prescripteur et l'orthophoniste dans le soin apporté au patient atteint de pathologie neuro-dégénérative, il nous a semblé pertinent d'explorer comment le statut de chacune de ces professions s'est constitué, comment leurs rapports se sont instaurés et ont évolué. Pour ce faire, nous nous sommes donc penchées sur la définition même du terme « profession ».

La première définition sociologique du terme « profession », née du courant fonctionnaliste (courant qui a dominé la sociologie des années 1920 aux années 1960), correspond au sens que ce mot a en anglais. Dans cette langue, le terme « profession » peut désigner tous les métiers, mais le plus souvent s'applique plus particulièrement à ceux qui impliquent un domaine de formation de haut niveau ou des savoirs scientifiques. Selon cette acception, il désigne un ensemble de métiers auxquels une compétence exclusive a été reconnue pour prendre en charge certaines tâches ou certains problèmes. Sont alors considérés comme professions les métiers suivants (entre autres) : avocat, notaire, juge, médecin, journaliste, enseignant.

Par contraste, le terme « occupation » regroupe tous les métiers. Ainsi, dès lors qu'un individu travaille, il est pourvu d'une « occupation ».

Le plus souvent, selon les auteurs, les « professions » s'opposent aux « occupations » par le haut niveau de formation nécessaire à l'activité, et le statut particulier qui confère à ces groupes une autonomie pour mettre en œuvre le savoir acquis dans le cadre de cette formation. Cette autonomie lui confère la capacité de former et de certifier ses membres.

En 1956, Howard Becker, sociologue à Chicago, rompt avec le courant fonctionnaliste en prononçant une conférence sur le concept de profession. Champy explique dans *La Sociologie des professions* (2009, page 3) que Becker :

« Y présente alors ce terme comme un « folk concept », c'est-à-dire une notion du langage courant « *qui n'a de valeur scientifique qu'en tant que croyance à analyser, en tenant compte de l'écart avec la réalité observable* » (Becker, 1962). Selon cette acception, que les aides-soignantes, les plombiers, voire les prostituées ne soient pas considérés comme des professions, ne reflète aucune différence réelle entre leur travail et celui de véritables professions dans le sens restreint de ce terme (Becker, 1998). »

Autrement dit, l'autonomie donnée aux activités ayant obtenu le statut de « profession » est considérée comme un avantage contingent, dont on pourrait facilement contester la légitimité. Ce courant, l'interactionnisme, recommande de considérer tous les métiers de la même façon car, selon lui, il n'y a pas grande différence entre le travail des « professions » et le travail des autres activités (auparavant appelées « occupations »). Ce courant remet donc en cause les ruptures entre les métiers, instaurées par le courant fonctionnaliste. Depuis, la plupart des courants sociologiques incluent dans la sociologie des professions l'étude de tous les métiers.

Au cours de l'histoire, deux définitions opposées du terme « profession » se sont donc succédé. « *Aux deux acceptions présentées ci-dessus correspondent deux ensembles de recherches sous-tendus par des présupposés différents.* », relève Champy (page 4). Les sociologues fonctionnalistes ont beaucoup travaillé à préciser le contenu et les contours du concept de profession. Leur modèle principal était la médecine. Au contraire, savoir quels métiers étaient des professions importait peu aux interactionnistes. Ils se posaient plutôt les questions « *Quels métiers sont considérés comme professions ?* » et « *Quels critères font la distinction ?* ». En étudiant les « petits métiers », ils souhaitaient renouveler leur regard sur ceux ayant accédé au statut de profession.

Freidson (in Champy, page 9) propose quant à lui une solution pragmatique à l'opposition des deux acceptions du terme profession : « *je ne crois pas que l'on puisse résoudre le problème en se battant pour imposer une définition unique.* » Il ajoute que chaque auteur doit néanmoins préciser en début d'ouvrage sous quelle bannière il se situe.

Face à ces deux acceptions du terme « profession », il nous a fallu faire un choix : endosser l'un ou l'autre de ces courants sociologiques, revenant à adopter leur point de vue et à s'inspirer de leur méthode de travail.

Cependant, si l'on se place du point de vue du fonctionnalisme, l'orthophonie ne peut pas être considérée comme une profession. Observons les trois propositions qui caractérisent le regard fonctionnaliste :

- La spécificité du travail des professions (usage restreint de la notion de profession), c'est-à-dire qu'elles nécessitent la maîtrise d'un savoir technique spécialisé acquis lors d'une formation prolongée ;
- L'unité des professions et des pratiques de leurs membres ;
- L'existence de nécessités techniques et fonctionnelles obligeant à la délimitation des domaines d'intervention des différentes professions et des statuts ; et permettant d'éviter la concurrence interprofessionnelle.

Dans cette acception, nous devons relever que l'orthophonie ne présente pas une pratique unifiée ; de même, la délimitation de ses domaines d'intervention reste floue :

« L'orthophonie est une discipline paramédicale, pas une science, et doit puiser dans des champs connexes et multiples des fondements théoriques propres à éclairer sa pratique. Cette pluridisciplinarité la place *de facto* face à des inférences plurielles (médecine, neurosciences, psychologie, linguistique...) dont la compatibilité ou l'articulation n'est pas toujours évidente. S'il est possible que les orthophonistes jonglent aisément avec l'ensemble de ces savoirs, on peut aussi envisager qu'un choix est opéré, privilégiant telle inférence plutôt que telle autre. »
(Perdrix, dans *Le Métier d'orthophoniste*, page 152)

Or, selon les interactionnistes, les professions seraient des occupations qui ont eu de la chance pour acquérir et préserver un titre honorifique. De plus, tous les membres d'un même métier ne seraient pas si unis dans leurs valeurs, leurs intérêts et leur pratique, que ce que laissait penser le courant fonctionnaliste. Les travaux portant sur les petits métiers, dont l'orthophonie, seraient donc rendus légitimes. Nous avons donc choisi d'ancrer notre étude dans ce courant théorique.

2. La place de l'orthophoniste : une lutte à remporter face aux autres professionnels

Notre étude nous a amené à nous intéresser à l'émergence du rôle de l'orthophoniste auprès du patient âgé atteint de pathologie neuro-dégénérative ; ainsi qu'à la définition des tâches qui appartiennent à son métier. Autrement dit, à la place de l'orthophoniste dans la division du travail.

Rappelons qu'il existe deux sortes de division du travail :

- La division technique du travail, qui repose sur les compétences, la maîtrise de savoirs et de savoir-faire nécessaires ;
- La division morale du travail, ou la répartition des tâches selon leur degré de pénibilité ou leur caractère agréable ou repoussant.

Selon Corinne Rostaing (page 165), « *chaque professionnel développe ses propres objectifs à atteindre* » et d'après Strauss, « *toute cette diversité d'objectifs affecte la division du travail de l'institution, à savoir non seulement quelles tâches chaque personne est supposée accomplir, mais aussi comment elle s'y prend pour y parvenir* » (cité par Rostaing, page 165). La définition des tâches pour un métier donné évolue constamment, car chacun a tendance à se débarrasser du « sale boulot » en le déléguant aux métiers en dessous de lui, avec le temps. L'exemple le plus repris dans la littérature est celui du médecin déléguant « ses corvées » à l'infirmière, qui elle-même confie les siennes à l'aide-soignante, laquelle impose ses propres corvées au personnel de service, dans le but de ne conserver dans sa pratique que les tâches considérées comme « nobles ». Autrement dit, aucune tâche ne semble appartenir de droit à un seul métier, mais il arrive au contraire souvent qu'un transfert de tâches s'effectue d'un métier à un autre. Dans la division du travail, chaque métier a ce que Hughes appelle une licence et un mandat. « *La licence est constituée de l'ensemble des tâches pour lesquelles un métier est parvenu à faire reconnaître sa compétence* » (in Champy, page 56).

« Le mandat désigne l'autonomie qui est laissée aux membres de la profession pour définir la façon dont doivent être exécutées les tâches faisant partie de leur licence, y compris parfois en exerçant une contrainte sur leurs partenaires dans la division du travail et sur leurs clients » (page 56)

« *La tendance de toute profession qui a obtenu une licence est de tenter d'obtenir un mandat, sauf si elle occupe dans la division du travail une place subalterne qui la soumet à l'autorité d'une autre profession* » (page 56). La vision de Hughes pense donc la légitimité d'un métier, de sa licence et de son mandat, non pas comme une évidence, mais comme le résultat d'une « *lutte victorieuse* ». Comme nous le disions ci-dessus, la division du travail n'étant pas figée, les métiers résistent constamment afin d'entériner leur licence et leur mandat. Comme le dit Perdris (dans *Le métier d'orthophoniste*, chapitre « *Élaborer des frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité* », page 155) : « *ce serait le repérage d'un groupe adjacent considéré comme particulièrement menaçant qui rendrait nécessaire un travail d'élaboration d'une frontière interprofessionnelle.* » En effet, si un métier lutte pour installer sa légitimité dans une licence et un mandat, c'est parce qu'il doit faire face à d'autres métiers qui veulent parfois obtenir les mêmes.

« Il s'ensuit un remaniement quasi-permanent de l'architecture du champ de la santé, au gré des rapports de forces et négociations à l'œuvre. Cette recomposition se traduit à l'échelle de chaque profession par un besoin accru de prouver ses compétences, d'asseoir sa légitimité devant les groupes rivaux et en dernière instance devant les pouvoirs publics (Aïach, Fassin, Saliba. p.40-41). Émerge ainsi la nécessité pour les professions de penser des « *stratégies de légitimation* » (id.)

Dans le champ de la santé, cela implique une hiérarchisation des différentes dimensions de la pratique soignante, de ses différents registres : « *cognitif et technique* », « *relationnel et affectif* » et « *communautaire et traditionnel* » (id., pages 34 à 36)

À ce sujet, Champy évoque dans son livre (page 79) :

« L'ouvrage publié en 1988 par Andrew Abbott [qui] porte sur la concurrence interprofessionnelle, c'est-à-dire sur la manière dont des professions défendent ou tentent d'étendre leur territoire, défini comme l'ensemble des tâches qu'elles revendiquent avec succès dans la division du travail. »

Différentes professions sont en concurrence pour un même territoire professionnel. Quand l'une d'entre elles annexe un territoire - au détriment des autres professions – elle annexe en même temps tout un segment de marché ; et elle en fait un monopole aux yeux du patient – ou du client.

La lutte pour obtenir des territoires professionnels consiste donc en une lutte pour obtenir le monopole sur un segment de marché, de son propre savoir à propos d'une question donnée, à asseoir un monopole de réponse à un problème donné. Pour l'orthophoniste, il s'agit alors d'obtenir et de conserver le monopole des pathologies neuro-dégénératives. S'il remporte cette lutte, il obtient alors la licence et le mandat pour prendre en soin les patients souffrant de ces pathologies ; ces dernières deviennent alors son territoire professionnel, sa « propriété ».

Selon Abbott (in Champy, pages 178 et 179) :

« La concurrence interprofessionnelle est rendue possible par le fait que différentes professions peuvent proposer des réponses différentes à un même problème. [...] Pour conquérir un territoire, les professionnels tentent de convaincre que la définition qu'ils proposent du problème à résoudre est plus objective que celle des professions concurrentes. »

Ainsi, c'est la spécialisation à l'intérieur des professions qui permet à ces dernières de concilier l'extension de leur territoire avec le maintien d'un niveau de compétence qui les protège de la contestation extérieure.

L'équilibre du partage des tâches entre professionnels se discute donc constamment. Strauss a introduit à ce sujet la notion d'« *ordre négocié* » : les règles qui régissent la division du travail sont la clé du maintien de cette part d'ordre indispensable dans la hiérarchie professionnelle. Mais les règles entre les acteurs des différents métiers sont ensuite négociées dans la pratique quotidienne, par exemple dans chaque hôpital par les médecins, les autres métiers, mais aussi les patients. Encore une fois, rien n'est figé, tout se négocie, la division du travail est un constant enjeu de lutte entre les métiers.

Cependant, comme le précise Freidson (in Champy, page 64) : « *dans une activité aussi fortement professionnalisée que l'administration des soins, toute la division du travail est réglée par la profession dominante, dotée de son soutien politique. Elle prend la forme d'une hiérarchie.* » En effet (page 64) :

« C'est le médecin qui décide principalement des règles à appliquer : par exemple, l'assistance au diagnostic et au traitement que constitue le travail paramédical suppose la mise en œuvre de « techniques [qui] sont élaborées ou approuvées par les médecins ». L'autonomie que peuvent conquérir les membres des métiers paramédicaux dépend de nombreux facteurs, comme le fait d'avoir fréquenté l'Université, d'être contraint ou non de rester dans le carcan de l'hôpital (comme les infirmières), ou d'appartenir à un métier dont les membres s'efforcent de faire reconnaître qu'ils partagent des traits importants avec les médecins. Mais cette autonomie reste limitée. »

Dans le secteur du soin, la division du travail reste donc très hiérarchisée, et prend la forme d'un processus vertical qui émane du médecin. La prescription de soins qui découle de celui-ci est la preuve-même d'une certaine forme de hiérarchie.

III. Vieillesse et orthophonie

Le vieillissement, pour les orthophonistes, correspond à la fois à un nouveau territoire professionnel et à un nouveau segment de marché. D'une part, il existe un travail au niveau de la formation initiale pour instruire les orthophonistes au sujet des pathologies neuro-dégénératives ; mais aussi pour fournir des preuves scientifiques de l'efficacité clinique de ces soins. Et, d'autre part, un travail de construction d'un nouveau segment de marché est fait autour de ce nouveau champ de pathologies en institutionnalisant un réseau d'adressage - d'autant plus important au vu de la relation de dépendance qu'il existe entre médecin et orthophoniste. Le soin à apporter aux patients atteints de pathologies neuro-dégénératives s'avère être un nouveau produit, un nouveau service que l'orthophoniste propose. Il s'agit d'un champ de compétences encore en proie à des luttes professionnelles et économiques ; il demande un travail de la part des orthophonistes pour y asseoir leur légitimité. Celle-ci peut provenir de plusieurs moyens. Entre autres, une des manières de répondre à cette lutte est le réseau du service gériatrique des hôpitaux de la ville de Lyon, qui représente l'institutionnalisation d'un réseau d'adressage entre professionnels.

Nous souhaitons maintenant qualifier cette nouvelle prestation de service, définir la manière dont les orthophonistes s'approprient ce soin, et en quoi ils sont légitimes pour traiter ce type de pathologies.

1. L'orthophonie : un acte légitime dans le développement pathologique des individus ?

Selon Pennec en 2007 dans *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*, les besoins spécifiques à la personne âgée sont apparemment encore peu pris en compte, notamment en ce qui concerne le soin orthophonique. L'auteure montre ainsi dans son ouvrage que l'intervention orthophonique auprès de la population âgée et de l'entourage de celle-ci est problématique. Les relations avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux (dans l'élaboration des projets thérapeutiques notamment) sont aussi évoquées. Les rencontres de l'orthophoniste avec ces autres spécialistes ne se font que de

manière fortuite, d'après elle : peu de cahiers de liaisons existent. Par conséquent, les autres soignants (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) sont peu informés des soins orthophoniques, et des progrès - ou du moins de l'évolution - du patient sur le plan langagier. À ce propos, elle note également que : « *le suivi des relations avec les médecins [...] est à l'initiative des orthophonistes qui constatent que peu de ces professionnels sont informés des soins orthophoniques.* » (page 214)

De plus, des divergences peuvent exister entre les évaluations du médecin, maître de la prescription, et celles de l'orthophoniste. De fait (pages 214 et 215) :

« Outre l'aspect technique de la rééducation, l'orthophoniste se doit d'argumenter et de convaincre de ses bienfaits pour les patients. Or, certaines pathologies ne permettent pas de présenter des résultats en termes de ré-acquisition, pour obtenir la reconduction des actes ».

En effet, dans le cadre des pathologies neuro-dégénératives, le travail orthophonique vise à maintenir les capacités du patient, ou du moins à ce qu'elles déclinent le moins rapidement possible. Il n'est pas réellement question dans ce cas, d'observer une amélioration de l'état du patient. L'évaluation de l'efficacité clinique ne peut plus se faire alors en mesurant l'amélioration, ce qui était jusqu'alors un principe fondateur de la pratique soignante ; mais en évaluant l'absence d'altération. Cela constitue une preuve scientifique différente en termes de mesure d'efficacité du soin.

Aussi, le fait que l'orthophoniste se doive d'argumenter pour convaincre de la légitimité des soins qu'il propose, pose la question de la reconnaissance du métier d'orthophoniste, notamment par le corps médical. Enfin, selon Perdris, (dans *Le métier d'orthophoniste*, chapitre « Élaborer des frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité », page 158) : « *les orthophonistes demeurent une profession « prescrite » et d'autres groupes professionnels sont sur les rangs pour des « marchés » tels que les troubles des apprentissages, les pathologies liées au vieillissement, les suites d'AVC, etc.* » Il semblerait donc que l'orthophonie ait encore du chemin à faire avant de s'imposer tout à fait comme profession légitime auprès des personnes âgées atteintes de pathologie neuro-dégénérative.

Selon Pennec, l'insuffisance ou l'absence de soins orthophoniques relève de plusieurs facteurs, dont l'ignorance des possibilités offertes par cette profession. Le vaste champ de compétences des orthophonistes demeure mal connu du grand public (y compris des personnes âgées), mais aussi des médecins. Pour beaucoup d'usagers et de professionnels médicaux, les services offerts par les orthophonistes s'adressent uniquement aux enfants (par exemple, les soins des troubles du langage, ou le traitement des déficiences de l'enfance). Ainsi (page 217) :

« L'orthophonie n'est pas spontanément associée au soin des pathologies présentes dans la grande vieillesse et les demandes proviennent moins des patients eux-mêmes que des services hospitaliers, des médecins spécialisés ou des proches, selon leurs capacités d'information et de négociation avec les prescripteurs. »

Par ailleurs, le grand public considère bien souvent les pathologies associées à la vieillesse comme résultant de la fatalité, et ne perçoit pas l'intérêt des soins, notamment

orthophoniques. « *Stigmatisée par son « incurabilité », la patientèle âgée risque d'autant plus son éviction du soin qu'elle ne dispose ni de proches ni de professionnels susceptibles d'obtenir pour elle des soins adaptés* » (page 217).

2. Le vieillissement : de l'autonomie à la dépendance

S'il veut qualifier un nouveau produit – en l'occurrence, le soin orthophonique des pathologies neuro-dégénératives - le professionnel doit être capable d'en définir les contours, les caractéristiques. Il a donc besoin d'en faire une description clinique en repérant des symptômes et des remèdes. C'est précisément ce que la recherche clinique doit classer, ce que la formation initiale doit transmettre, et ce que la profession dans son ensemble doit faire valider par les représentants de la recherche médicale académique. Qu'entendons-nous, au juste, par vieillissement ?

Selon Thévenet, dans *Le Quatrième Age*, (1989, page 5) « *le vieillissement de la population ou vieillissement démographique est le phénomène le plus important de cette fin de siècle dans les pays développés* ». L'auteur l'explique selon deux critères (page 6) : « *la population âgée française connaît un double mouvement démographique et social : d'une part, les personnes très âgées (75 ans et plus) augmentent sensiblement ; d'autre part, le nombre des 60-75 ans est relativement stable.* » Cependant, il précise que (page 7) « *la baisse de mortalité augmente le nombre des habitants tandis que la baisse de fécondité fait baisser la proportion des jeunes et, parallèlement, augmente la proportion des vieux.* » Des facteurs démographiques, sociaux, et relevant de la santé, concourent donc à placer le thème du vieillissement et de l'âgé au centre des préoccupations actuelles de la société.

Selon Thévenet, le vieillissement est une série de changements naturels et lents qui affectent les êtres vivants de leur naissance à leur mort. Ces changements sont dits séquentiels et cumulatifs. L'auteur introduit une notion importante (page 29): « *la vieillesse n'est pas une maladie mais la morbidité s'accroît avec le grand âge : être vieux c'est souvent être malade. [...] La morbidité des personnes très âgées présente des traits spécifiques ; il s'agit d'une poly-pathologie.* » Par conséquent (page 29), « *une personne âgée de plus de 65 ans consomme deux fois plus de soins médicaux que le Français moyen et cette consommation s'accélère après 80 ans.* »

L'auteur précise que le vieillissement agit à la fois sur le corps et sur l'esprit. Par exemple, avec les années, le corps devient moins souple, l'amplitude et la force des mouvements se réduisent. Le raisonnement, quant à lui, se fait plus lent, même si l'expérience de la personne la rend plus « performante ». Ces modifications ont lieu chez tous les individus, mais les touchent à des degrés divers.

Si définir objectivement la notion de vieillissement s'avère relativement aisé, il n'en est pas de même pour ce qui est de situer le commencement de la vieillesse d'un individu. En effet, le vieillissement est un processus qui commence vers l'âge de 20 ans et qui a lieu tout au long de la vie. Alors, à quel moment précis devient-on « vieux » ? Face à ce questionnement, les points de vue divergent.

Caradec, pour sa part, tente d'y répondre dans *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement* (2004, pages 42 et 43) :

« En général, c'est l'âge chronologique qui, en raison de sa simplicité, est retenu comme unique indicateur de la variable « âge » : les « personnes âgées » sont alors définies comme l'ensemble des 60 ans et plus, le seuil s'élevant parfois à 65 ans et s'abaissant aussi quelquefois à 50 ans. »

Dans cette tentative de définir la vieillesse, la notion de « troisième âge » se développe depuis les années 1970. Caradec (pages 20 et 21) analyse :

« En se définissant contre la vieillesse, le « troisième âge » a implicitement laissé de côté la partie la plus âgée de la population. Ce n'est que peu à peu que cet ensemble va être identifié et désigné : dans les années 1980, on tend à parler de « quatrième âge », mais c'est la catégorie de « personnes âgées dépendantes » qui finit par s'imposer. »

La notion de dépendance apparaît donc pour dissocier le troisième âge, actif et en pleine santé, du quatrième âge malade et diminué (page 21) :

« Bernard Enuyer souligne que la définition de la dépendance qui s'est imposée est d'inspiration biomédicale. Elle est fondée à la fois sur l'incapacité et sur le besoin d'aide, la relation entre les deux apparaissant automatique, et elle assimile la dépendance à une perte d'autonomie. »

Or, les pathologies neuro-dégénératives, au fil de leur progression, provoquent elles-mêmes, dans la majorité des cas, une dépendance des personnes. De fait, nous nous détachons ici de l'angle qui tenterait de définir l'entrée dans la vieillesse à un âge précis ; c'est cette notion de dépendance que nous retenons pour qualifier la vieillesse. De la même façon, Bourdieu avait en 1978 établi que la notion de jeunesse renvoie à une période floue, à un « entre-deux » difficile à délimiter par des âges précis, mais plus facilement qualifiable en fonction des normes et valeurs qui lui sont attachées (in *La jeunesse n'est qu'un mot*). Ainsi, nous parlons de « vieillesse » quand le sujet devient dépendant ; quand son autonomie s'amointrit du fait d'une maladie ou d'une incapacité liée à l'âge.

3. L'orthophonie : une lutte contre la dépendance

Comme nous l'avons vu plus haut, l'avancée en âge se fait sans heurts et sans problème de santé majeur chez certains individus. Elle devient pathologique quand elle s'accompagne de maladie(s), physique ou mentale. La démence, qui fait partie des pathologies neuro-dégénératives, appartient à cette dernière catégorie et fait l'objet de nombreuses recherches.

Selon la première classification internationale du handicap (adoptée par l'OMS à la fin des années 1970 et publiée en 1980) - aussi appelée « classification de Wood », du nom de celui qui a dirigé ce travail -, cette notion de « handicap » renvoie tout d'abord à une déficience. François Chapiereau nous en explique les détails dans son article « *La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* », paru en 2001 dans la revue *Gérontologie et Société*. Dans le cas de maladies neuro-dégénératives, la déficience se traduit notamment par une perte de mémoire et des compétences verbales.

Cette déficience génère des incapacités (la personne ne peut plus parler, et donc communiquer moins avec autrui), mais aussi des désavantages (ne pouvant plus s'exprimer comme auparavant, elle peut se trouver socialement exclue). En ce sens, la personne âgée et dépendante est également handicapée.

Myriam Winance (dans le rapport 2010 du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées) cite alors :

« Le handicap n'a pas sa cause dans une déficience individuelle, mais dans l'environnement physique, social, politique, économique et culturel etc., c'est-à-dire dans les différentes barrières qui empêchent les personnes souffrant d'une déficience de participer pleinement à la société ».

Le soin dans un contexte de dépendance liée aux pathologies neuro-dégénératives (et notamment le soin orthophonique) pourrait alors être une façon de pallier cette situation de handicap.

Ainsi, en 2002, soit trente-huit ans après la reconnaissance officielle du métier d'orthophoniste, « *les troubles du vieillissement* » ont été intégrés dans la nomenclature du soin orthophonique.

« Les orthophonistes vivent aujourd'hui une période charnière. Alors que se dessine une « orthophonisation » de la société, que des enjeux comme le vieillissement de la population vont vraisemblablement accroître encore la demande, on peut observer une bataille pour la reconnaissance au sein de la profession. » (Perdrix, dans *Le métier d'orthophoniste*, chapitre « Élaborer des frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité », page 158)

Ce récent élargissement de l'intervention orthophonique auprès de l'adulte âgé, fort de nombreuses recherches en psycholinguistique et neurosciences demande à être considéré avec sérieux. « *Il convient d'être attentif à ces nouvelles réalités scientifiques et professionnelles car elles comportent d'importantes implications pour la formation de base et la formation continue des orthophonistes.* » (Rondal, page 23)

Notons aussi qu'à ce jour, un soin orthophonique auprès des patients âgés atteints de pathologies neuro-dégénératives est préconisé dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Il semblerait par conséquent que l'orthophonie ait sa place dans le réseau de soignants qui gravitent autour de l'adulte âgé dépendant du fait d'une pathologie neuro-dégénérative.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Précédemment, nous nous sommes proposées de comprendre et décrire comment s'organisent les échanges entre le médecin prescripteur, l'orthophoniste et le patient atteint de pathologie neuro-dégénérative. Nous avons abordé ces questions en nous intéressant à des notions empruntées aux domaines de la sociologie économique, de la sociologie des professions et du vieillissement.

Cela nous amène à formuler la problématique suivante :

« Comment se constitue le nouveau territoire professionnel qu'est le segment du vieillissement pour les orthophonistes et comment se construit parallèlement leur expertise professionnelle dans ce domaine ? »

Nous formulons quatre hypothèses en réponse à cette question :

Hypothèse n°1 :

La dépendance prescriptive de l'orthophoniste envers le médecin crée une ambivalence dans leurs rapports : si l'orthophoniste veut à la fois se positionner, se maintenir, s'imposer et être conforté sur ce nouveau segment de marché qu'est le vieillissement, il ne peut le faire qu'avec le concours du médecin via la prescription.

Hypothèse n°2 :

Les perspectives de collaboration et de compétition entre l'orthophoniste et les autres paramédicaux dépendent de sa position dans le réseau d'adressage (en service gériatrique vs. en libéral) ; l'élaboration et la maîtrise du diagnostic est une des conditions de l'indépendance de l'orthophoniste vis-à-vis des autres professions.

Hypothèse n°3 :

Les orthophonistes des services gériatriques orientent la trajectoire de soin du patient en participant au diagnostic, puis en adressant la personne à un(e) orthophoniste libéral(e) pour continuer le soin ; ce processus fait appel à un réseau d'adressage complexe qui cristallise différents critères de choix.

Hypothèse n°4 :

L'annexion du segment d'intervention thérapeutique en gériatrie par les orthophonistes n'est rendue possible que par la construction d'une expertise reconnue par d'autres professionnels à ce sujet : par l'augmentation du nombre d'heures de cours dévolues à ce sujet dans la formation initiale, la recherche clinique et la formation continue.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTALE

I. La démarche sociologique

1. Adopter l'approche interactionniste

Nous avons fait le choix, pour notre étude, d'avoir recours à des méthodes qualitatives et non quantitatives.

Brun (2009), dans *Étude des trajectoires différenciées des orthophonistes en libéral autour du segment du vieillissement* (pages 27), les définit ainsi : « les méthodes qualitatives permettent d'étudier les faits humains sans visée statistique et reposent sur la présence humaine, l'empathie, l'intelligence inductive et généralisante de l'homme. »

Nous avons été amenées à faire ce choix lorsque nous nous sommes positionnées quant aux différents courants en sociologie des professions. Dans l'histoire de la sociologie des professions, l'approche interactionniste a succédé à l'approche fonctionnaliste en s'en détachant fondamentalement. Cette dernière approche valorise le sujet au cœur de son environnement, ce qui facilite une démarche de type qualitative : elle analyse le contenu des discours des acteurs plutôt que des données macrologiques chiffrées qui donnent de grandes tendances.

En effet, comme le précisent Blot et Cortet-Daully (2012), dans *Le médecin généraliste face à la prescription orthophonique : représentation, pouvoir et légitimité* (page 31) : avec une démarche interactionniste, « une place est redonnée au sujet, c'est pourquoi la démarche associée à ce courant est qualitative. Effectivement, elle s'intéresse davantage au vécu des acteurs qu'aux données chiffrées. »

Le courant interactionniste se situe dans une méthode dite inductive : « l'entretien se trouve d'ailleurs en congruence avec l'essor de la « grounded theory » selon laquelle la théorie se génère et se développe à travers le processus même de la collecte de données. » (Blanchet et Gotman, *L'enquête et ses méthodes*, page 15) Autrement dit, les données du terrain sont le point de départ de l'élaboration d'une problématique et non pas un outil de vérification théorique.

À force de lectures, des interrogations surgissent progressivement dans l'esprit du chercheur. Il pose une hypothèse sur le papier, puis une ou plusieurs autres. La démarche qui suit cherche à résoudre ces problématiques, sinon en intégralité, du moins à en éclairer un aspect précis. Les résultats obtenus « sur le terrain », mis en confrontation avec de nouvelles données de la littérature, tendent à modifier de nouveau les postulats de départ.

Comme le souligne Perdrix (dans *Le Métier d'orthophoniste*, page 287) :

« C'est donc à un va-et-vient permanent entre concepts et données, à d'incessants allers-retours entre bibliographie et terrain d'enquête qu'invitent ces auteurs. Le but de cette dialectique est l'émergence d'hypothèses plus fines, articulées au mieux en une construction cohérente : « dans cette perspective, les concepts ne préexistent pas à

l'enquête empirique ; ils émergent progressivement de l'analyse des matériaux et sont lentement affinés dans un processus théorique continu. » (Demazière, Dubar, 1999, page 471) »

C'est pour ces raisons que l'approche interactionniste nous a semblé être la plus adaptée à notre étude.

2. La question de l'objectivité

Il nous faut souligner le fait qu'un travail de ce genre, malgré tous les efforts du monde, est forcément marqué par une part de subjectivité. Notre position d'étudiantes en orthophonie et notre vif intérêt pour le sujet du soin au patient atteint de pathologie neuro-dégénérative interfère en partie dans notre jugement.

Blot et Cortet-Daully pointent ce problème (page 32) : *« le piège est donc d'être happé par nos propres représentations et ainsi de perdre toute objectivité lors de l'interprétation des données. C'est d'ailleurs souvent la critique faite aux études qualitatives, qu'on dit manquer de rigueur, de fiabilité et d'objectivité. »*

Outre nos propres représentations, et celles liées à notre statut d'étudiantes en orthophonie :

« L'interviewer influence l'interviewé. [...] Tout discours produit par entretien est co-construit par les partenaires du dialogue, en fonction des enjeux de la communication et des interactions à l'œuvre dans l'interlocution. La reconnaissance d'un biais fondamental n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais, au contraire, la condition nécessaire pour que cette méthode atteigne un statut scientifique. Une méthode étant précisément caractérisée par la maîtrise des distorsions auxquelles elle soumet les faits. » (Blanchet et Gotman, page 115)

En somme, notre travail ne prétend pas dépeindre une objectivité pure, une représentation parfaite des ressentis et discours des personnes interrogées à un moment T sur un thème donné, mais vise plutôt une objectivation de ces mêmes éléments. Autrement dit, à défaut d'atteindre une vérité, nous avons tenté de nous en approcher.

3. Les conditions de validité

Dans le type de démarche que nous avons choisie, soumise à une part de subjectivité, la validité de notre étude pourrait être invoquée : les résultats sont-ils valables, bien interprétés ? Nous tenons donc à faire ici une précision importante : notre travail a pour vocation non pas de chiffrer ou de comparer des comportements, mais bel et bien de comprendre un fonctionnement, un processus. Nous ne cherchons pas à vérifier une quelconque théorie, mais à décrire un état de fait qui, peut-être, confirmera nos hypothèses. C'est le va-et-vient entre la théorie et les données du terrain qui nous permet de modifier **les** hypothèses en question.

Banchet et Gotman abordent ce point (page 24) :

« L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. Elle aura pour spécificité de rapporter les idées à l'expérience du sujet. »

Par ailleurs, si :

« La preuve de la validité des résultats n'apparaît pas toujours immédiatement dans le cadre de recherche qualitative, [...] la cumulativité des résultats dans la durée permet d'apporter un gage de confiance au chercheur. De plus, la saturation des modèles constitue l'un des outils internes aidant à tester la validité des faits énoncés : il s'agit du moment où, au cours de la recherche sur le terrain les dernières données collectées n'apprennent plus rien ou presque, elles ne font que confirmer les grandes lignes, présider des points de détails. » (Blot et Cortet-Dauly, page 33)

II. La réalisation des entretiens

1. Le choix des entretiens semi-directifs

Le choix de l'entretien semi-directif s'est imposé rapidement à nous. En effet, nous n'imaginions pas recourir à l'entretien libre : nous craignions de ne pas réussir à aborder les thèmes nécessaires à notre étude dans le temps imparti. À l'inverse, un entretien purement directif ne nous semblait pas propice à l'émergence de représentations dans le discours.

Selon les termes utilisés par Balboni et Durand (2009) dans *La construction du soin orthophonique : l'exemple de la prise en charge du patient âgé* (page 27) :

« L'entretien semi-directif présente de nombreux avantages car le cadre paraît souple et permet de banaliser la situation d'entretien ; un cadre plus rigide, plus guidé en apparence, pourrait bloquer l'interviewé. L'entretien sur un mode semi-directif permet donc à l'interviewé de laisser libre cours à sa parole, à sa pensée. »

Comme l'énoncent Blanchet et Gotman (page 7) :

« L'entretien, comme technique enquête, est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas, comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations. L'entretien qui modifie les rapports entre interviewer et interviewé modifie aussi la nature de l'information produite. D'une information qui constituait une réponse ponctuelle à une question directe de l'enquêteur, on est passé à une réponse-discours obtenue par des interventions indirectes de l'enquêteur. »

De même que Blot et Cortet-Dauly, nous considérons la méthode de l'enquête par entretien comme une « *rencontre entre deux protagonistes, interviewer et interviewé, où chacun intervient avec ses propres représentations du monde, liées à sa culture, son histoire, son vécu, son statut* » (page 33). Cela nous a donc amenées à choisir cette méthode.

Si, au départ, nous avons envisagé la possibilité d'avoir recours à des questionnaires, nous avons vite abandonné cette idée. Comme l'écrivent Blanchet et Gotman (page 37) :

« L'entretien s'impose à chaque fois que l'on ignore le monde de référence, ou que l'on ne veut pas décider *a priori* de système de cohérence interne des informations recherchées. Le questionnaire, lui, implique que l'on connaisse le monde de référence d'avance, ou bien qu'il n'y ait aucun doute sur le système interne de cohérence des informations recherchées. »

« *L'entretien de recherche se caractérise [...] par opposition au questionnaire dans la mesure où, visant la production d'un discours linéaire sur un thème donné, il implique que l'on s'abstienne de poser des questions pré-rédigées.* » (id., page 17) « *Quant aux résultats visés, l'enquête par entretien ne peut prendre en charge les questions causales, les « pourquoi », mais fait apparaître les « comment ». [...] L'entretien révèle la logique d'une action, son principe de fonctionnement.* » (id., page 37)

Au cours de nos rencontres avec les différents professionnels, nous avons en effet veillé à privilégier les interrogations du type : « *Comment est-ce que ça se passe ?* » ou « *Comment vous expliquez ça ?* » qui font davantage appel au ressenti propre de la personne, plutôt que les questions plus directes introduites par « *Pourquoi* » pouvant être alimentées par les croyances de l'imaginaire collectif.

2. Produire du discours

D'après Bertaux, cité par Renaud Perdrix page 286 :

« L'entretien est un processus social, ceci implique que l'intervieweur offre une tribune à l'interviewé.e : « deux identités sociales se font face : le sujet sait qu'on s'adresse à lui non pas en tant que personne privée, mais en tant que porteur d'une expérience sociale spécifique, celle qui correspond à votre projet d'étude. Face à lui, vous représentez l'université, la connaissance, la « société ». À travers vous, c'est à elle qu'il s'adressera d'abord. » » (Bertaux, 1997, page 60, cité par Perdrix, dans *Le Métier d'orthophoniste*, page 286).

Cela rejoint les propos d'Uranie (médecin neurologue) : « *c'est vrai, [...] je m'occupe beaucoup de la maladie de Parkinson, donc... Je sais pas si vous connaissez la maladie...* ». Elle ignore où se situe notre champ de compétences et quelle est l'étendue de nos savoirs par rapport aux siens. Par ses propos, elle s'assure à demi-mots que nous comprenons ce qu'elle veut dire.

En référence à ces considérations, plusieurs éléments sont à relever et questionnent notre neutralité : le choix de notre sujet, mais surtout notre appartenance au monde orthophonique – en opposition au monde médical. Nous devons veiller à ne pas nous laisser envahir par nos propres représentations d'étudiantes en orthophonie, au risque de les plaquer sur le discours de l'autre, et de passer à côté des représentations de l'interlocuteur.

Il nous faut être prudentes quant aux notions apportées par les professionnels : en croyant partager un vocable commun au leur, un même champ de connaissances, nous risquons de mal comprendre leurs propos. Il s'agit donc de les faire expliciter :

« Les configurations *a priori* les plus favorables à la production de discours sont celles qui se rapprochent le plus des situations courantes de forte proximité (rapport de séduction, conversation entre amis, demande d'aide à un conseiller...). Cependant, si la proximité favorise la production d'énoncés « délicats », on a vu qu'entre interlocuteurs se comprenant à demi-mots, elle peut aussi dissuader l'interviewer d'explorer ce qu'il sait déjà (ou croit savoir). De manière générale la proximité *sociale*, et non plus interpersonnelle, rend l'entretien plus aisé dans la mesure où interviewer et interviewé se situent dans un univers de référence partagé. » (Blanchet et Gotman, page 71)

Cette proximité sociale se perçoit dans les entretiens, (en particulier avec les orthophonistes) lorsque par exemple, au détour d'une phrase, nous glissons le nom d'un de leur confrère. Ainsi, nous annonçons à Melpomène (orthophoniste libérale) : « *c'est justement l'une d'elles qui nous a dit que vous preniez beaucoup en charge les personnes âgées, c'était [Érato].* » Cette référence commune a paru favoriser la suite de son discours. Ainsi, plus tard, Melpomène nous dit d'elle-même : « *et puis aussi, donc [Érato] elle me transmet des éléments techniques sur son bilan orthophonique* », propos qu'elle n'aurait peut-être pas tenu si nous n'avions auparavant introduit ce nom.

De plus, il est important de ne pas juger trop durement le discours du corps médical en comparaison avec le discours des orthophonistes. Il nous importe de garder à l'esprit qu'une étude qualitative ne doit pas verser dans la pure subjectivité.

3. Le rôle de l'enquêteur

Nous nous positionnons en enquêteurs, à la recherche de paroles, de discours, de savoirs détenus par un tiers, « expert » en son domaine, en son champ d'activité. Notre travail consiste donc à recueillir des informations, à faire une photographie de l'état des choses, aujourd'hui, autour d'une problématique particulière.

Comme le stipulent Blanchet et Gotman, cités par Perdrrix (dans *Le Métier d'orthophoniste*, page 285) : « *un entretien est la réunion d'un.e chercheur.e et d'un sujet, « une situation sociale de rencontre et d'échange et non pas un simple prélèvement d'informations* ». » Il s'agit d'établir un climat serein qui permette l'échange, le plus proche possible d'une discussion naturelle.

Afin que l'interviewé ne se sente pas jugé et puisse se confier, l'interviewer doit adhérer sans a priori à son positionnement, quel qu'il soit :

« Plus encore que le questionnaire direct, qui part de questions formulées par le chercheur, l'entretien, qui va à la recherche des questions des acteurs eux-mêmes, fait appel au point de vue de l'acteur et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan. » (Blanchet et Gotman, page 20)

De plus, l'enquêteur doit s'adapter constamment aux dires de son interlocuteur pour le comprendre et aborder les sujets importants : *« c'est en effet l'interaction interviewer/interviewé qui va décider du déroulement de l'entretien. »* (id., page 19)

4. Les types d'intervention

Lors de nos entretiens, nous avons eu l'occasion d'utiliser différents types d'intervention dans le but d'orienter la discussion vers les thèmes que nous souhaitions voir abordés :

- Les relances : *« quand vous dites : « Les orthophonistes avec lesquelles vous avez l'habitude de travailler » ; comment est-ce que vous vous êtes, enfin... Après vous avez dit, « et par ailleurs » ? »*. Cette technique est apparue régulièrement au cours de nos entretiens. Elle nous a permis à de nombreuses reprises de revenir sur des propos rapidement abordés par l'interviewé un peu plus tôt, et de les approfondir ;

- Les reformulations :

« - En ce qui concerne les autres services où avec une autre de mes collègues on intervient, [...] je dirais que les échanges d'informations auprès d'un patient, ça se fait surtout dans les couloirs ou on va les rechercher. - Entre deux portes finalement ?!
- Entre deux portes oui. » ;

- Les consignes ;

- Les contradictions ;

- Les silences : nous mettons ici un bémol. En effet, lors des entretiens, nous avons très peu utilisé le recours au silence. C'est un des biais de notre travail que d'avoir voulu « meubler », combler les blancs qu'il put avoir.

Toutes ces techniques avaient pour vocation de faire préciser l'interviewé, de s'assurer que nous l'avions bien compris, ou bien de relancer l'entretien.

5. Le choix de la population

Dans toute recherche en sciences sociales, il s'agit pour les enquêteurs de déterminer au préalable à quel « porteur d'expérience sociale spécifique » ils souhaitent s'adresser.

« Dans toute enquête par entretiens, il s'agit en premier lieu de constituer un panel, un « échantillon » des sujets à interroger. » Néanmoins, il convient de rester prudent avec le mot « échantillon », qui, comme le dit Perdrix (dans *Le Métier d'orthophoniste*, page 287), « est impropre dans une démarche qualitative ». Nous parlerons donc ici plutôt de « population ».

5.1. Les professionnels interviewés

Dans cette étude, la population rencontrée se compose de neuf personnes. Toutes travaillent à Lyon ou dans les villes environnantes, dans des domaines distincts. Ainsi, nous avons interviewé trois orthophonistes qui travaillent à temps plein ou partiel en service gériatrique à l'hôpital, trois autres exerçant en libéral, et enfin trois médecins de spécialités différentes : un médecin gériatre, un médecin généraliste et un neurologue.

Nous notons que tous les interviewés sont de sexe féminin, sans que cela ait été un critère de choix pour notre étude – cet élément est lié au fait de la surreprésentation des femmes dans le métier d'orthophoniste (les hommes s'orientant davantage, dans les professions paramédicales, vers la kinésithérapie, par exemple).

Le tableau suivant recense les caractéristiques propres à chacun des professionnels interrogés :

Personnes interrogées	Pseudonyme	Lieu d'exercice	Exerce depuis
Orthophonistes des services gériatriques	Calliope	Hôpital	-
	Clio	Hôpital	1972
	Érato	Hôpital + Libéral	1987
Orthophonistes libérales	Euterpe	Libéral	2005
	Melpomène	Libéral	2003
	Polymnie	Hôpital + Libéral	2002
Médecin gériatre	Terpsichore	Hôpital	-
Médecin généraliste	Thalie	Libéral	-
Médecin neurologue	Uranie	Hôpital	-

5.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi de travailler sur le réseau de soins auprès du patient âgé atteint de pathologie neuro-dégénérative dans la ville de Lyon et son agglomération. Notre critère premier est donc de nature géographique : les professionnels interrogés travaillent tous dans ce secteur.

Un autre critère a été retenu : nous n'avons interrogé que des professionnels encore dans l'exercice de leur fonction ; nous avons donc exclu les personnes à la retraite.

Nous avons également souhaité n'interroger que des professionnels ayant un contact avec des patients atteints de pathologies neuro-dégénératives ; il ne nous semblait pas pertinent d'aller rencontrer des personnes que ces maladies n'intéressaient pas.

Nous n'avons en revanche pas tenu compte du sexe des professionnels (qui sont toutes des femmes), ni de leur âge. Cependant, nous avons observé un critère d'ancienneté, fondamental dans la constitution d'un réseau, d'un « capital social » et dans la connaissance des stratégies d'importation, d'évolution et de consolidation de sa patientèle dans un territoire donné.

5.3. Un bémol : la taille de la population

La taille de la population, c'est-à-dire le nombre de personnes que notre étude englobe, peut paraître restreint. Nous avons eu des difficultés à accroître notre échantillon : le manque de disponibilité des professionnels, orthophonistes comme médecins, nous a entravées. En sciences sociales cependant, ce n'est pas forcément la taille de l'échantillon qui permet de valider les résultats recueillis.

6. L'entretien

6.1. Le préalable à l'entretien : l'élaboration de la grille

Pour que les informations récoltées répondent au plus près aux questionnements que nous nous posons, il était préférable de préparer une série de thèmes à aborder au cours de l'entretien, sous forme d'items.

C'est ce que l'on appelle la « grille d'entretien ». Celle-ci doit être un tant soit peu maîtrisée, intégrée par le chercheur, de manière à ce que l'échange avec l'interviewé puisse se faire dans des conditions clarifiées, comprises et raisonnées. Elle ne doit progressivement plus servir qu'« au cas où » ; au cas où le chercheur est pris au dépourvu, perd le fil de son raisonnement, et éventuellement si le fait de disposer d'un support écrit rassure et met en confiance la personne interrogée.

Il importe par ailleurs d'adapter la grille en fonction des personnes questionnées. Concernant notre étude, il faut souligner en effet que nous avons préparé une grille particulière pour chaque profession. Trois grilles distinctes ont donc été conçues : une pour les orthophonistes travaillant en service de gériatrie, une pour celles exerçant en libéral, et une pour le corps médical (avec des nuances selon la spécialité du médecin). Cependant certains axes reviennent dans tous les questionnaires.

6.2. Procédure

6.2.1. Recherche de la population

Nous ne connaissions pas personnellement ces professionnels, même si certains d'entre eux sont intervenus au cours de notre formation à l'université, en tant qu'enseignants. Il nous a alors fallu les contacter et entrer en lien avec eux par d'autres moyens que l'entourage social et familial.

Selon Blanchet et Gotman, il existe différents modes d'accès aux interviewés :

- Les modes d'accès directs : en se servant de listes, de bases de données (il s'agit d'une technique neutre mais difficile à mettre en œuvre) ;
- Les modes d'accès indirects : en passant par l'entremise de tiers (institutionnels ou personnels). Cette technique est moins neutre mais plus facile à mettre en œuvre. On y trouve la méthode de proche en proche (demander à un premier interviewé de désigner d'autres interviewés potentiels et ainsi de suite), les informateurs-relais (contacter des personnes ayant des contacts dans un réseau social plus vaste susceptible de nous intéresser), les relais institutionnels (faire appel à une institution pour trouver une population) et la diversification des canaux.

Nous avons procédé, pour notre étude, par un mode direct tout d'abord : nous avons contacté plusieurs services gériatriques de Lyon. Ceux-ci nous ont ensuite aiguillées vers les orthophonistes libérales et les médecins : nous avons utilisé les méthodes dites de proche en proche (avec les orthophonistes pour désigner des médecins), et des informateurs-relais (les orthophonistes des Hospices Civils nous ont désigné des orthophonistes libéraux à contacter). De cette manière, en pénétrant le réseau d'adressage, nous espérions avoir affaire à des professionnels plus intéressés par le sujet et plus enclins à nous en parler.

6.2.2. La prise de contact

Nous avons pris contact avec les professionnels par téléphone puis par mail. En ce qui concerne les orthophonistes, ils se sont montrés rapides à nous répondre et souvent favorables à notre étude.

En revanche, contacter les médecins s'est avéré très difficile. Souvent, nous devions relancer plusieurs fois le médecin concerné ou sa secrétaire, sans obtenir de réponse ou de rendez-vous. D'ailleurs, dans le cas du médecin gériatre et du neurologue, l'intervention d'un de leur collègue orthophoniste de notre connaissance a permis de débloquer la situation – avant cela, nous avions tenté de les joindre durant plusieurs semaines, sans succès.

Lors de ce contact, nous annoncions être en quatrième et dernière année d'orthophonie à Lyon. Nous précisions que dans le cadre de notre mémoire de recherche, nous travaillions sur le parcours de soin du sujet âgé atteint de pathologie neuro-dégénérative. Nous restions volontairement floues quant à notre sujet - le réseau d'adressage - afin de ne pas influencer les potentiels interviewés. Après cela, nous sollicitons un entretien pour nous renseigner sur le sujet.

Au départ, nous essayions d'être assez évasives sur notre recherche, mais nous nous sommes vite aperçues que la condition pour être reçues était d'en dire suffisamment pour montrer que notre recherche était sérieuse et digne d'intérêt. En effet, tous les

professionnels – notamment les médecins – avaient des semaines chargées et souhaitent savoir à quelle étude ils allaient consacrer du temps.

6.2.3. Le déroulement des entretiens

Dans l'optique de faciliter la tâche de ces professionnels débordés, nous nous sommes toujours déplacées au lieu et à l'heure qui leur convenaient. Le plus souvent sur leur lieu de travail, entre deux rendez-vous, sauf pour Euterpe, chez qui nous nous sommes rendues. Nous avons constaté que d'effectuer l'entretien chez elle a probablement stimulé son discours, puisqu'il s'est agi de l'entretien le plus long que nous ayons eu.

Nous commençons par nous présenter à notre interlocuteur, puis nous définissons ce que Blanchet et Gotman appellent « *le cadre contractuel de la communication* ». Celui-ci est constitué des représentations et des croyances mutuelles des interlocuteurs sur les enjeux et les objectifs du dialogue. Pour instaurer un cadre contractuel initial, l'interviewer doit annoncer à l'interviewé les motifs et l'objet de sa demande, et garantir la confidentialité de l'entretien. Il doit répondre à deux questions souvent implicites : « Pourquoi cette recherche ? » et « Pourquoi cet interviewé ? ».

Pour ce faire, nous rappelons le thème de notre étude, déjà évoqué au téléphone : « *On travaille sur le parcours de soin du sujet âgé, de manière générale.* » puis suivions notre grille d'entretien dans l'ordre qui convenait au discours de l'interviewé.

III. L'exploitation des données

1. L'analyse des discours

Afin d'explorer complètement les discours à notre disposition, nous avons commencé par retranscrire tous les entretiens dans leur intégralité. Nous avons ajouté à ces retranscriptions nos impressions générales sur le déroulement des entretiens.

Nous ne cherchions pas à résumer les discours, mais à comprendre les mécanismes qui les sous-tendaient ; et éventuellement leur appartenance à une certaine logique sociale ou personnelle :

« On distingue l'analyse du discours et l'analyse de contenu qui en est un sous-ensemble. L'analyse du discours concerne l'analyse de tous les composants langagiers et recouvre essentiellement deux types d'approches : d'une part les analyses linguistiques qui étudient et comparent les structures formelles du langage [...] et d'autre part les analyses de contenu qui étudient et comparent les sens des discours pour mettre à jour les systèmes de représentations véhiculés par ces discours. » (Blanchet et Gotman, page 89)

2. Les différents types d'analyse

Pour l'analyse de nos entretiens, plusieurs possibilités s'offraient à nous (Blanchet et Gotman, pages 94 à 99) :

- L'analyse entretien par entretien : il s'agit de « *rendre compte pour chaque entretien de la logique du monde référentiel décrit par rapport aux hypothèses* » ; dans l'hypothèse où « *chaque singularité est porteuse du processus soit psychologique, soit sociologique que l'on veut analyser* ». « *L'analyse par entretien se justifie donc lorsqu'on étudie des processus, des modes d'organisation individuels en tant qu'ils sont révélateurs* ».
- L'analyse thématique : « *consiste à découper transversalement tout le corpus* » ; dans le but de chercher une cohérence thématique inter-entretiens. « *L'analyse thématique est donc cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations, et non pas de l'action* ».
- Les analyses formalisées :

« Elles reconstruisent le sens à partir de la logique structurelle du discours qui échappe pour partie au locuteur et à l'analyse. Elles explorent le sens des phrases à partir de la manière dont celles-ci sont construites et permettent ainsi de trouver les points d'appui cachés, et donc plus fiables, pour établir le sens du texte. ».

Pour notre étude, nous avons fait appel aux deux premiers types d'analyse. Tout d'abord, nous avons utilisé l'analyse entretien par entretien : nous avons lu chaque entretien et surligné tout ce qui nous semblait important à relever et à analyser ; le tout dans une démarche verticale. Il s'agissait là de faire ressortir la cohérence de l'entretien ; un fil rouge dans les paroles recueillies, au sein-même d'un seul et unique discours. Puis, nous avons utilisé l'analyse thématique à l'aide de l'élaboration d'une grille d'analyse thématique des entretiens.

3. La grille d'analyse des entretiens

La production des résultats passe par l'établissement des thèmes et la construction d'une grille d'analyse après avoir lu les entretiens un à un, à partir des hypothèses descriptives de la recherche.

Comme l'écrivent Blanchet et Gotman (page 97) :

« Comme le guide d'entretien, la grille d'analyse doit autant que possible être hiérarchisée en thèmes principaux et thèmes secondaires (spécifications), de façon à décomposer au maximum l'information, séparer les éléments factuels et les éléments de signification, et ainsi minimiser les interprétations non contrôlées. Mais, à la différence du guide d'entretien qui est un outil d'exploration (visant la production de données), la grille d'analyse est un outil explicatif (visant la production de résultats). Elle n'en est donc nullement le décalque, mais une version plus logifiée. Une fois les thèmes et les items identifiés, une fois la grille construite, il s'agit alors de découper les énoncés correspondants et de les classer dans les rubriques ad hoc. Ces énoncés sont des unités

de signification complexe et de longueur variable (membres de phrases, phrases, paragraphes...). »

De fait, tenant compte de ces éléments, nous avons construit une grille d'analyse aux thèmes strictement similaires à ceux des grilles d'entretiens. Puis, nous avons mis en lien les entretiens regroupant : les orthophonistes des services gériatriques ; les orthophonistes libérales ; et les médecins.

Nous avons procédé à une analyse des discours intra et interprofessionnels en repérant les récurrences ou divergences en fonction des thèmes. Nous avons donc poursuivi avec une démarche horizontale.

Chapitre IV
PRESENTATION ET DISCUSSION DES
RESULTATS

I. Description du réseau d'adressage

1. Différentes options offertes au patient atteint de pathologie neuro-dégénératives

Cette recherche s'intéresse particulièrement au parcours de soin du patient âgé atteint de pathologie neuro-dégénérative et aux relations interprofessionnelles qui s'établissent dans ce cadre. La première partie de la présente analyse sera donc consacrée à la formalisation des différents parcours de soin d'un tel patient. Nous mettrons notamment l'accent sur le parcours le plus classique à Lyon dans ce genre de pathologie.

1.1. Le parcours le plus répandu

À l'origine de toute prise en charge concernant le langage ou la mémoire, se trouve une plainte. D'après Euterpe, orthophoniste libérale, celle-ci émane le plus couramment d'une famille qui se questionne face à l'état d'un être cher : « *C'est souvent quand même l'entourage qui se rend compte qu'il y a un truc* ». Dès lors, cette famille se tourne vers un médecin qui les oriente vers d'autres spécialistes. Clio, orthophoniste en service gériatrique, nous décrit le parcours typique d'un patient :

« C'est en général un patient dont l'entourage va remarquer des difficultés soit en mémoire soit maintenant en langage ; [...] ça peut tout à fait motiver un entourage à en parler au médecin traitant, parce que les gens ne viennent ici qu'avec une ordonnance du médecin traitant, c'est sur la demande du médecin traitant. Donc en parler avec le médecin traitant, et c'est le médecin traitant qui va décider d'un bilan plus approfondi dans ces différents domaines et qui va l'orienter vers les Charpennes. »

Ensuite, précise-t-elle, « *quand les patients viennent en consultation, envoyés par leur médecin traitant, ils rencontrent un médecin gériatre.* » Le plus souvent, le bilan d'investigation est donc demandé par le médecin traitant : « *en principe oui ça commence chez nous hein, le parcours. Et ensuite... Donc on lui fait faire les tests de mémoire, l'évaluation, plus l'IRM, en gériatrie ou en neurologie.* », affirme Thalie, médecin généraliste. En effet, il est beaucoup plus aisé pour celui-ci d'envoyer le patient dans un service gériatrique que vers de multiples professionnels libéraux, comme nous le dit Clio, une orthophoniste travaillant en service gériatrique :

« Ça fait beaucoup. Et il faut qu'il sache lire tout ça. Sachant que, parfois, les comptes-rendus d'imagerie par les radiologues ne sont pas forcément hyper exacts. Donc il faut pouvoir savoir lire un IRM soi-même. Pour un médecin traitant, [...] pour faire le diagnostic sûr de la maladie d'Alzheimer, c'est pas évident évident. »

Le médecin gériatre décide alors des examens et bilans que le patient doit passer. Terpsichore, médecin gériatre à l'hôpital, affirme que les patients sont adressés par les

médecins traitants, ou par d'autres spécialistes pour un deuxième avis ou une évaluation cognitive complète :

« Alors en général les patients passent par la consultation mémoire, initialement. La grande majorité de ces consultations mémoire se fait quand même par les médecins traitants. Mais il peut y avoir des patients adressés par les services des urgences, mais en décalé. Des patients qui seront adressés par d'autres spécialistes. [...] Et puis y'a les patients aussi qui arrivent à la consultation mémoire parce qu'ils sont adressés en vue d'une prise en charge à l'hôpital de jour, en réhabilitation cognitive. [...] Donc c'est par ce fait-là qu'il peut y avoir des neurologues, des psychiatres qui nous adressent des patients. [...] Ça peut être aussi des services d'hospitalisation, qui ont eu des patients à l'occasion d'une pathologie aigue, qui ont repéré des troubles cognitifs et qui redemandent une évaluation à distance. »

En somme, un schéma permet de présenter clairement l'état des choses :

1.2. Le parcours moins fréquent

Il arrive parfois aussi que le patient n'ait pas affaire à un centre mémoire. Ce cas de figure est plus rare mais existe néanmoins. Les patients présentant une démence légère sont en effet, le plus souvent, directement adressés à un orthophoniste libéral, grâce notamment à certains médecins qui les aiguillent suffisamment tôt. Polymnie, orthophoniste libérale, dit :

« Au cabinet, c'est souvent des patients avec une démence relativement légère, un début de démence. [...] Et voire, par certains médecins généralistes qui sont capables d'aiguiller leurs patients suffisamment tôt, [...] des patients qui sont en stade au-dessus de 24, entre 24 et 30,

alors plutôt effectivement 24, 25, 26, des patients [...] qui ont aussi ce genre de score parce que c'est des patients avec un bon niveau socioculturel à la base. »

Un second schéma permet d'illustrer le parcours habituel d'un patient âgé qui, lui, ne transiterait pas par un centre gériatrique suite à une plainte évoquant une pathologie neuro-dégénérative. Au contraire, selon les conseils de son entourage, ou bien de sa propre initiative, il consulte son médecin généraliste qui l'oriente directement vers un cabinet d'orthophonie.

Par ailleurs, il importe de souligner que, bien que nous nous intéressions au parcours du patient, nous n'avons recueilli que des discours de professionnels. Aussi, nous ne connaissons pas le ressenti des patients et ne pouvons donc pas établir de concordance entre leurs dires et ceux des professionnels interviewés. De plus, ce marché est en cours d'institutionnalisation, il se construit petit à petit. Les discours ne sont donc pas figés dans le temps et sont amenés à évoluer.

2. Rôle du centre mémoire

Le centre mémoire est un lieu à part entière où se déroulent les bilans. Nous avons vu que les patients y sont le plus souvent envoyés par leur médecin traitant. On y fait un état des lieux de leur santé, de leurs performances dans différents domaines, tels que le langage, la mémoire, les fonctions cognitives... Ces bilans servent avant tout à l'établissement d'un diagnostic, et ultérieurement à la mise en place d'éventuels soins. Par ailleurs, ceux-ci peuvent y être promulgués lors d'une hospitalisation. A la suite du bilan effectué à l'hôpital, les résultats des patients sont communiqués au médecin traitant. Ainsi, le parcours de soin du patient âgé commence et se termine avec le médecin. Aussi, pour ce dernier, le centre mémoire (aussi appelé Centre Mémoire de Ressource et de Recherche ou encore CM2R) est un endroit précieux.

2.1. L'établissement du diagnostic : un travail de concertation et mutualisation des compétences et des apports

Érato, orthophoniste en service gériatrique, nous informe de ce qui se passe à l'issue des bilans :

« Et donc en fait, une fois qu'on a tous... [...] On est en réseau informatique. Donc on envoie notre compte-rendu de bilan, voilà, à l'infirmière référente qui récupère tous les comptes-rendus ; on met nos conclusions dans le dossier informatique médical, et ensuite on a une réunion de synthèse [...] avec tous les professionnels. Et là, le médecin, avec notre avis à tous, pose le diagnostic. »

Cela corrobore les dires de Terpsichore, médecin gériatre :

« Une fois que le patient a eu son évaluation en hôpital de jour, on a une synthèse qui est faite, donc une synthèse écrite. Donc pluridisciplinaire, où y'a les conclusions un petit peu de toutes les évaluations, et puis l'établissement d'un programme de soin médico-social personnalisé. Sur lequel on fait un certain nombre de, alors parfois de prescriptions, mais aussi surtout de recommandations et de préconisations. »

De manière générale, à l'issue de cette consultation pluridisciplinaire, le diagnostic est possible :

« Alors, lors de cette première consultation mémoire, souvent on peut poser le diagnostic d'emblée et mettre en place le programme de soins d'emblée. Soit, ça nécessite un complément de bilan. [...] Mais quel que soit le motif pour lequel vient le patient, il bénéficie forcément d'une évaluation gériatrique approfondie. »

Si toutefois, un doute persiste concernant les diagnostics des patients, des réunions de synthèse peuvent avoir lieu :

« Pour certains de ces patients, dans le domaine de l'Alzheimer, y'a des synthèses un petit peu plus poussées, qui se font sous la forme de réunions concertation pluridisciplinaire. Donc ça, on le fait une fois par semaine. C'est pour les patients dans le domaine de l'Alzheimer qui posent un problème de diagnostic ou de prise en charge ; et sur lesquels on discute de façon pluridisciplinaire. »

Elle ajoute que d'autres types de réunions, d'importance plus large, ont lieu pour les diagnostics problématiques. Plusieurs professionnels y participent, y compris des orthophonistes :

« Et puis y'a d'autres types de réunions, toujours de concertation pluridisciplinaire, qu'on appelle MAMA : Maladie d'Alzheimer Maladies Apparentées. Qui là se font au niveau du CM2R : tous les centres mémoire, toutes les consultations mémoire du CM2R mais aussi des consultations mémoire de périphérie, pour tous ceux qui veulent y participer. Donc là ça se fait de façon très large, hein. Puisqu'on le fait en visioconférence. Donc voilà, y'a parfois d'autres sites, même Villefranche ou d'autres endroits ailleurs qui peuvent se connecter. Et là

[...] on est plus de professionnels, plus de médecins. En général y'a des gériatres, des neurologues, des psychiatres, et puis des neuropsychologues, des orthophonistes, etc. Donc là, c'est pareil, en général c'est des problèmes diagnostiques. »

2.2. Le retour fait au patient et au médecin traitant

Suite à cela, le patient, explique Clio (orthophoniste en service gériatrique) :

« Va revoir le médecin gériatre qui l'a [reçu] en consultation et qui va lui donner ses conclusions. Et là, toutes les préconisations que nous on aura faites et que lui aura peut-être aussi imaginées. C'est le médecin gériatre après qui va envoyer le résultat de tous les examens au médecin traitant, avec les préconisations faites. »

Terpsichore, médecin gériatre, déclare qu'à l'issue de l'évaluation, le diagnostic et les recommandations sont expliqués au patient - et à son entourage - lors d'une nouvelle rencontre avec le médecin :

« Tout patient a sa synthèse écrite, de toute façon. Voilà. Et puis, [...] la grande majorité de ces patients ont une consultation à l'issue, après [...] qu'on appelle de conclusion, ou de synthèse. En fait c'est pour donner au patient et, en général, à sa famille qui l'accompagne, les conclusions des évaluations qui ont été pratiquées, et puis tout ce qu'on préconise. [...] Cette consultation elle est faite par le médecin en général qui a fait la consultation initiale. »

Érato, orthophoniste en service gériatrique, a le même discours :

« Je vous disais que quand on a fait notre compte-rendu de bilan on met la conclusion dans le dossier médical informatisé, et le médecin envoie systématiquement au médecin traitant tout le dossier médical informatisé, donc ils ont toutes nos conclusions, voilà, médicales, paramédicales. Et en général, sauf cas particulier, le médecin donne le compte-rendu à la famille, enfin au patient. »

Les résultats du bilan sont donc par la suite communiqués au médecin traitant par le médecin gériatre, qui a posé le diagnostic. Bien que tous les paramédicaux aient contribué à l'établissement du diagnostic, leurs conclusions sont incluses dans un seul et même bilan, rédigé par le médecin gériatre. Calliope, orthophoniste en service gériatrique, explique que « *le médecin gériatre de l'hôpital va poser un diagnostic, en fonction des examens, le scanner, l'IRL, la ponction lombaire éventuellement, les prises de sang, le bilan kiné, le bilan ortho... Et adressera donc un diagnostic au médecin traitant.* » Dans tous les cas, même si ce n'est pas le médecin traitant qui a demandé le bilan, celui-ci recevra le compte-rendu d'hospitalisation. Selon elle, « *n'importe quel patient hospitalisé chez nous, aura de toute façon un compte-rendu d'hospitalisation, qui sera systématiquement adressé au médecin traitant. Donc le médecin traitant est toujours au courant de ce qui a été fait durant l'hospitalisation.* » « *Et alors après, une fois que le médecin traitant a reçu le dossier, et ben je sais pas quel retour on en a. Là, pour le coup,*

faudrait voir avec le médecin. », nous dit Érato. Les relations s'établissent donc préférentiellement entre les médecins, depuis la demande de bilan jusqu'à l'annonce du diagnostic et des préconisations.

3. La prescription d'orthophonie

3.1. De qui émane-t-elle ? Comment se présente-t-elle ?

À la suite de ce transit par l'hôpital, si le diagnostic le nécessite, certains soins peuvent être requis pour le bien-être de la personne, afin de lui permettre de maintenir le plus longtemps possible ses capacités motrices, cognitives ou communicatives. Par conséquent, un soin orthophonique peut être recommandé. Selon Melpomène (orthophoniste en libéral), si prescription orthophonique il y a pour un patient âgé atteint de pathologie neuro-dégénérative, elle n'émane pas nécessairement du médecin généraliste, mais plutôt du centre de référence :

« Les généralistes c'est rare. [...] En général, quand la personne vient les voir pour la mémoire, ils envoient plutôt à un centre de référence, de diagnostic, ou de mémoire, avant d'envoyer chez l'orthophoniste. [...] Et donc voilà ils font : généraliste, centre de référence, et ensuite orthophoniste. »

Le discours de Thalie (médecin généraliste) concorde avec celui de Melpomène : « *et donc je l'ai fait une fois, ça s'est bien passé d'ailleurs.* » Elle n'a prescrit qu'une seule fois de l'orthophonie à un patient âgé :

« Ça m'est arrivé une fois. Pour un monsieur qu'était pas dégradé du tout qui pensait qu'il était très dégradé, mais en fait je sentais qu'il l'était pas. Et donc j'ai même pas fait faire de bilan de gériatrie d'emblée, j'l'ai envoyé en orthophonie, parce qu'il se plaignait surtout de troubles de... [...] Il cherchait ses mots ».

D'ordinaire, en cas de pathologie neuro-dégénérative, ce sont davantage les médecins de l'hôpital qui prescrivent un soin orthophonique. Euterpe (orthophoniste en libéral) ne semble pas tout à fait d'accord avec cela ; et émet un bémol ; elle aurait rencontré un certain nombre de patients pour qui l'orientation en orthophonie se fait trop tardivement :

« La difficulté effectivement, si parfois ça va être des médecins traitants mais qui malheureusement n'auront pas eu l'idée d'envoyer chez le neurologue ou qui enverront quand c'est beaucoup trop tard. Et qui après ça... Ou même pas du coup ils n'enverront même pas chez le neurologue, ils verront, mais c'est normal, une fois que toutes les aides sont mises en place : « Ah ben, peut-être que maintenant on pourrait voir une ortho ? » Et puis quand j'arrive y'a plus de langage, enfin y'a plus rien à faire quoi (geste de lassitude). Parce que moi, j'suis pour, bien sûr, continuer, mais si y'a jamais rien eu de fait avant... C'est difficile. »

Polymnie, orthophoniste libérale, a un avis encore différent. Pour elle, il semble assez clair que l'orthophonie est prescrite par un neurologue ou par le centre mémoire d'un hôpital gériatrique, mais pas par le médecin généraliste lui-même : « *assez fréquemment, c'est un patient qui est orienté par le médecin généraliste vers un neurologue ou vers la consultation mémoire des Charpennes ou de Fourvière... Et qui, au sortir de sa consultation mémoire se voit prescrire des séances d'orthophonie.* »

Uranie, en tant que neurologue, en prescrit, mais surtout dans le cadre de la maladie de Parkinson :

« Pour l'instant c'est maladie de Parkinson. [...] C'est vrai que quand y a une aphasie ou... Moi c'est rare, hein, de prendre en charge un AVC. C'est vrai on prescrit aussi bilan en orthophonie. Si y'a SLA... Aussi. Donc... Bon, le problème c'est vrai que je suis un peu biaisée, je m'occupe beaucoup de Parkinson. »

Pour Euterpe, orthophoniste libérale, même s'il y a moins de neurologues que de généralistes à prescrire des bilans orthophoniques, ces premiers le font cependant plus systématiquement :

« C., je suis sûre qu'automatiquement il fait un... Mais c'est normal, c'est un neurologue, il fait une demande pour un bilan orthophonique. Ça là-dessus, c'est vrai... Automatiquement il va faire ça, pour toutes les pathos dégés et en général effectivement pour tous les Alzheimer et tout ça, donc à chaque fois... »

Il se peut donc que la demande d'orthophonie vienne d'un neurologue : « *ou alors ça peut être un neurologue libéral. Dans ce cas-là, ben oui, il peut envoyer directement chez l'orthophoniste. [...]* Donc la personne passe jamais par l'hôpital du coup, dans ce cas-là. », ajoute-t-elle. Il arrive parfois aussi que les patients soient envoyés par d'autres orthophonistes en libéral qui ne se sentent pas armés pour ce type de soin, comme nous le relate Polymnie (orthophoniste en libéral) :

« Ça m'est arrivé quelquefois, effectivement, des orthophonistes, enfin, je pense notamment à un patient là, [...] il a été suivi par une orthophoniste qui le traitait pour sa dysarthrie et elle s'est rendue compte qu'il avait des troubles cognitifs et qu'elle ne savait pas les traiter, donc elle me l'a envoyé. »

Si, parfois, des orthophonistes envoient des patients vers leurs collègues, c'est souvent en raison de leurs « spécialités » : « *elles disent non, écoute, nous on sait que toi t'en fais, bah prends !* », relate Euterpe. Dans tous les cas, la prescription doit comprendre une mention spéciale pour que les soins puissent avoir lieu. Or, l'intitulé de la prescription fait preuve d'une certaine nonchalance ou ignorance des médecins quant au travail à apporter auprès de ce type de patients ; voire même par rapport au soin orthophonique en général. Polymnie en témoigne :

« Alors, si le monde était parfait, ce serait : « Bilan orthophonique des fonctions supérieures et rééducation si nécessaire », en sachant que ça peut être très variable, ça peut ressembler à du : « Bilan orthophonique

du langage », mais on parle pas de : « Et rééducation si nécessaire ». Ça peut être « Bilan de la mémoire »... Voilà. C'est rarement une prescription, enfin, l'intitulé de la prescription est très très rarement respecté. »

Euterpe s'avoue plus exigeante. Elle refuse même certains intitulés :

« Faire bilan orthophonique et rééducation si nécessaire ». C., il rajoute toujours : « Pour maintien des fonctions cognitives ». [...] Et puis même quitte à ce que je le fasse refaire parce que je peux pas accepter quand c'est : « Bilan mémoire », non. [...] surtout pas... Mais si ils mettent juste effectivement : « Bilan orthophonique, rééducation si nécessaire », ok, c'est bon, moi ça me va. Moins y'a de choses qui sont notées, mieux ça me convient. »

3.2. Un acte de confiance

Face à une plainte, le médecin est l'unique initiateur et le principal décideur quant à l'utilité d'un bilan puis plus tard d'une prise en charge - orthophonique ou autre. Calliope (orthophoniste travaillant en service gériatrique) nous l'explique : « *alors, on a un médecin chef de service, donc, dans l'hôpital, qui effectivement donne on va dire l'impulsion de la rééducation. [...] C'est vrai que la direction médicale est donnée par un médecin. Un médecin-chef, et bien sûr les médecins de chaque service.* » Comme pour les autres paramédicaux, les soins orthophoniques sont soumis à la prescription du médecin, ce qui induit la nature des relations entre le médecin et l'orthophoniste. Érato (orthophoniste aux HCL) l'explique très bien : « *on en discute en synthèse. Et si le médecin confirme ce que j'ai dit, à ce moment-là il prescrit au patient de l'orthophonie.* » Dans le cas de l'orthophonie, « *j'en prescris très largement* », affirme Terpsichore, médecin gériatre. Elle ajoute :

« Dès que y'a une atteinte langagière d'origine cognitive, c'est sûr qu'on prescrit de l'orthophonie. Et puis on peut en prescrire aussi parfois à titre de stimulation cognitive. Quand le patient a une forte demande de faire un travail cognitif. Et qu'on a des objectifs ciblés sur un travail individuel. [...] Oh ben si y'a pas l'intérêt, voilà... Après ça dépend aussi de l'adhésion du patient. »

Les limites de l'orthophonie existent et dans tous les cas le patient doit désirer la prise en soins. Pour Uranie, le champ de compétences de l'orthophoniste reste flou :

« Je m'occupe beaucoup de la maladie de Parkinson. [...] Je sais pas si vous connaissez la maladie. [...] Et puis quand il s'agit de la rééducation pour la déglutition, ils sont un peu désespérés, ils trouvent pas. Moi je sais pas, je connais pas bien le fonctionnement. Est-ce que vous le faites toutes ou c'est une partie ? »

Elle s'interroge sur l'éventualité que toutes les orthophonistes ne possèdent pas les mêmes savoirs, car parfois il s'avère difficile de trouver un professionnel libéral pratiquant une méthode en particulier, ou bien le soin de la déglutition. Si les bénéfices du

soin orthophonique ne se ressentent pas toujours, du fait de l'aspect multi pathologique des maladies neuro-dégénératives, elle reste très intéressée par les évolutions possibles, notamment en déglutition :

« Des fois c'est vrai, c'est pas évident, parce que surtout les parkinsoniens ils ont une hypophonie, une dysarthrie... C'est pas facile, donc... Et puis aussi il faut séparer parce que... Vous faites aussi des bilans de déglutition. Pour certains patients parkinsoniens c'est important, donc, et est-ce que ça peut la rééduquer pour éviter des fausses routes, pour nous ça nous intéresse. Parce qu'y'a pas de médicaments pour ça. [...] Moi je pense que c'est un point très important parce que... Je pense que tous les parkinsoniens vieillissent. C'est vrai, même ils commencent jeunes hein ; 40 ans, 50 ans. Ils vont arriver à ce point-là... On n'a plus de médicaments à donner, donc c'est-à-dire qu'on fait : « Au secours orthophoniste ! », surtout pour les troubles de la déglutition. C'est vraiment très très délicat [...] à gérer. Donc y'aura beaucoup de demandes... »

De même, bien qu'elle ne puisse juger de l'intérêt du soin orthophonique pour tel ou tel patient - du fait d'un champ de compétences différent, Thalie, médecin généraliste, demeure prescripteur : *« je peux pas donner un avis... C'est pas du tout mon domaine, je peux pas. Quand elles me disent, voilà, surtout pour les enfants, bah il aurait besoin encore de vingt séances, dix séances, je vais pas dire non quoi. Je vais prescrire. Je peux pas apprécier. »*

II. Enjeux et dynamique d'adressage de ce réseau

1. Le médecin, instigateur et coordinateur des soins

Il importe de souligner l'importance du médecin dans un tel parcours. Premièrement, c'est lui qui a le monopole du diagnostic, ce qui induit une maîtrise presque totale de la trajectoire de soins. Ensuite, il initie éventuellement un suivi pluridisciplinaire du patient, et ce par l'émission d'une prescription. Ultérieurement, c'est lui qui coordonne les soins et sert de référent aux différents praticiens.

1.1. Des relations médico-orthophoniques asymétriques

1.1.1. Le médecin et les orthophonistes libéraux

Dans l'exercice libéral, les rapports de l'orthophoniste avec d'autres soignants sont rares mais existent néanmoins, ne serait-ce que par le biais de la prescription du médecin. Une fois celle-ci rédigée et le soin débuté, orthophoniste et médecin ont la possibilité d'échanger au sujet d'un patient, mais ce n'est pas le cas pour tous ces professionnels. Melpomène, orthophoniste libérale, déclare que ce sont les orthophonistes qui font appel aux médecins et non l'inverse, mais ne saurait expliquer cet état de fait : *« mais, c'est-à-dire qu'il faut vraiment faire la démarche de solliciter. Les médecins. [...] Sinon... On*

n'est pas du tout contactée ou... Enfin, c'est vraiment aux orthophonistes d'aller chercher les infos. [...] Non, non je saurais pas pourquoi. »

Ces paroles sont congruentes avec celles de Pennec (page 214) : « *le suivi des relations avec les médecins [...] est à l'initiative des orthophonistes qui constatent que peu de ces professionnels sont informés des soins orthophoniques.* » Euterpe (orthophoniste en libéral) approuve ces propos :

« C'est jamais le médecin qui va m'appeler pour me dire : « Bon alors, comment ça se passe ? » C'est TOUJOURS moi qui vais appeler le médecin en disant : « Tiens, là ça m'embête » et ça que ce soit pour une patho dégénérative ou pour une autre pathologie. [...] C'est toujours MOI, c'est toujours NOUS qui appelons les médecins. C'est jamais les médecins qui nous appellent, JAMAIS, JAMAIS, JAMAIS. Donc c'est vrai que... Mais voilà, je me dis bon, ils ont pas forcément le temps, je me dis, nous non plus. Parce que quand on réclame une prescription, ah bah ouais faut venir la chercher. Bah je dis bien sûr, j'ai que ça à foutre. Ça, ça me tue ! »

Pour elle, le contact est plus satisfaisant avec les neurologues ; ils feraient davantage d'efforts pour communiquer autour du patient :

« Et par contre donc, avec des neurologues, à la limite, le contact est presque meilleur. Comme si... Peut-être qu'ils sont moins surchargés qu'un médecin généraliste, aussi. Mais que ce soit avec T. quand j'en ai eu besoin elle a toujours pris du temps, pour me dire : « Bon bah écoutez si, j'ai quand même fait une prescription, on verra, je sais pas si ça va servir à grand-chose mais allez-y » et qu'elle a été attentive à ce que je pouvais dire. R., même chose. J'ai pu l'avoir au téléphone, et on a pu discuter, elle a pu me dire : « Et ci et ça ». Si, bizarrement, c'est presque plus les neurologues, les médecins spécialistes finalement, avec qui y'a un contact... Effectif et efficace. Alors que le médecin traitant : « Oui oui, bin oui, bon, ok. » Pour nous occuper, bah c'est bien. »

D'ailleurs, ces relations plus prégnantes avec les neurologues font qu'elle leur transmet - plus facilement qu'aux médecins traitants - les rapports sur l'évolution de l'état des patients : « *Ah oui, c'est le neurologue. C'est pas du tout, pfff, c'est pas du tout le médecin traitant, hein.* » Melpomène, pour sa part, n'entretient pas nécessairement de lien avec les neurologues :

« Hum, ça dépend lesquels, c'est toujours pareil. Y'en a qui sont un peu distants et puis y'en a qui sont... Ben, ça dépend, enfin c'est vraiment là une question de... De personnalité de chacun. Bon, y'en a qui sont moins sympas que d'autres... [...] Non mais en général, de toute façon c'est quand même l'intérêt du patient donc... Quand on les sollicite, même si c'est pas avec beaucoup de plaisir, ils répondent en général. De toute façon ».

Concernant la raison de leurs échanges, elle explique :

« Alors après le médecin généraliste, moi je suis en contact avec lui plus pour des choses quotidiennes, du mode de vie du patient. Si je me rends compte qu'à la maison, ça va plus, il arrive plus à se faire à manger, des choses comme ça, j'en parle au médecin. [...] Parce que lui, il est vraiment dans le concret avec son patient, pour des choses très pragmatiques. Donc c'est lui qui va pouvoir mettre en place des aides, ou des choses spécifiques pour le malade. Moi j'ai pas contacté les aide-ménagères, les choses comme ça, faire voilà, les démarches comme ça, c'est pas à moi de le faire. Donc du coup, j'envoie au médecin généraliste. »

Le médecin et l'orthophoniste sont donc surtout en contact pour des éléments qui touchent la vie quotidienne du patient, et pas nécessairement pour ce qui touche le langage et la communication. L'orthophoniste fait appel à lui pour régler des problèmes qui ne sont pas de son ressort. Néanmoins, le fait que le médecin généraliste centralise les différentes plaintes, suggestions, constats de tous les professionnels paramédicaux gravitant autour du patient âgé, fait de ce premier un interlocuteur privilégié, un référent pour chacun d'eux :

« Et là, enfin les médecins généralistes sont vraiment dans la proximité, dans une relation de proximité avec tous les autres professionnels, et là y'a vraiment du travail à faire. On peut vraiment travailler en équipe, ouais. [...] On a tous le réflexe, de toute façon, kinés, orthos, tous, on en réfère tous au médecin généraliste quand il y a un problème, ou quand... Ouais. C'est, c'est clair que c'est l'interlocuteur privilégié, bien sûr. »

En ce qui la concerne, elle se déclare satisfaite des rapports qu'elle entretient avec les médecins généralistes, mais déplore un manque d'accessibilité des neurologues :

« Avec les généralistes, vraiment, moi je trouve que ça va bien. Ouais. C'est plus, voilà, plus avec les neurologues qui mettent plus de distance spontanément. [...] Ils sont moins accessibles, ils sont moins disponibles. Donc là ce serait plus sympa de travailler avec eux davantage, ouais. [...] Mais bon, ça c'est difficile ».

Polymnie (orthophoniste en libéral), elle, affirme que, quoique cordiales, ses relations avec les médecins demeurent rares : « *des relations épistolaires, des relations cordiales, au téléphone. Voilà, les rares fois où je les ai au téléphone pour un envoi de prescription. Mais avec relativement peu de communication, après ça dépend des médecins.* » Elle aurait davantage de contact avec les médecins de l'hôpital où elle travaille en parallèle de son activité libérale : « *les médecins de l'hôpital de Fourvière ils m'envoient volontiers des comptes-rendus, ce qu'est pas du tout le cas [...] aux Charpennes par exemple.* »

Pour sa part, Euterpe est d'accord avec cette notion de rareté des rapports avec les médecins, mais les juge décevants :

« C'est quand même assez, assez faible. Si en même temps j'ai besoin, [...] bon, il s'est rendu disponible. Maintenant, j'avais été un petit peu déçue parce que dans mon courrier j'avais dit qu'est-ce que vous en

pensez, ce serait peut-être bien [...] qu'elle fasse un bilan auprès des Charpennes et tout... Lui-même je suis pas sûre qu'il ait fait grand-chose. »

Face aux ressentis de ces thérapeutes du langage, Thalie (médecin généraliste), elle, se dit satisfaite des relations qu'elle a avec les orthophonistes en libéral.

1.1.2. Les relations entre le monde hospitalier et les cabinets libéraux

Si les relations entre médecins et orthophonistes du secteur libéral ne sont pas de quantité équivalente pour tous les professionnels, et si la qualité de ces relations ne fait pas consensus à leurs yeux, il n'en est pas de même quand l'un des deux professionnels (médecin ou orthophoniste) fait partie d'un centre mémoire. Calliope, orthophoniste dans un service gériatrique, dit ne pas avoir de relations avec les médecins hors de l'hôpital. Les professionnels de l'hôpital les plus en contact avec les médecins de l'extérieur ne sont autres que les médecins.

« Ça reste, voilà, plus lié médecin/médecin. Par contre, le médecin de notre établissement, fait un compte-rendu d'hospitalisation avec une synthèse de toutes les prises en charge. Donc, ce que nous faisons ici est noté dans le dossier de soins, et le médecin s'en sert pour sa synthèse, voilà. Donc on n'a pas un lien direct mais indirect on pourrait dire. »

Clio, elle aussi orthophoniste en service gériatrique, le confirme : « *on est en hôpital, donc y'a peu, j'ai peu de contacts avec les médecins.* » Les médecins libéraux n'entretiennent donc pas de relation particulière avec les paramédicaux exerçant en hôpital, y compris les orthophonistes.

A l'inverse, Terpsichore, médecin exerçant à l'hôpital, prétend être en contact avec les professionnels paramédicaux dits « indépendants ». Elle se dit d'ailleurs très attachée aux liens qui peuvent se tisser entre l'hôpital et l'extérieur :

« Ce qu'on essaie de, enfin l'hôpital de jour ça doit vraiment être un, le pont entre l'hôpital et le domicile. [...] Donc on a quand même beaucoup de contacts avec les rééducateurs libéraux. Par exemple, quand une prise en charge est prescrite en ville, ou qu'il existe déjà une prise en charge et qu'un bilan a été fait là, systématiquement enfin moi c'est quelque chose auquel je suis attachée, si il y a eu un bilan orthophonique ici et qu'il y a une prescription en ville, on va transmettre le bilan. Pareil pour les kinés, voilà quoi. Qu'il y ait vraiment ce pont qui se fasse. »

Par ailleurs, elle déclare : « *en général, moi je leur demande qu'ils me communiquent le nom de leur orthophoniste [...] pour que je puisse envoyer le bilan.* » Elle agit de sorte à favoriser la collaboration et le suivi. Enfin, elle précise qu'elle met ses coordonnées sur l'ordonnance pour pouvoir être jointe même si le patient oublie de faire le lien :

« De toute façon sur toutes les ordonnances, quand je prescris, [...] j'ai une petite phrase type qui est mise sur l'ordonnance pour informer qu'il

y a eu un bilan, et qu'ils peuvent récupérer le compte-rendu. Voilà, donc si par hasard le patient l'oublie, en général l'orthophoniste qui reçoit l'ordonnance, elle a cette phrase, elle sait qu'il y a eu un bilan et en général elle me contacte. La plupart du temps. »

De son côté, Uranie (neurologue) déclare être amenée, de par sa spécialité, à côtoyer des orthophonistes, notamment en ce qui concerne les malades de Parkinson, et s'avoue par ailleurs satisfaite de ces rapports :

« C'est vrai que pour moi j'ai beaucoup d'intérêt de fréquenter les orthophonistes parce que je m'occupe beaucoup de la maladie de Parkinson, donc... [...] On a vraiment besoin d'aide des orthophonistes. Donc c'est vrai que j'ai déjà eu pas mal de contacts avec l'orthophoniste, surtout qui sont un peu entre guillemets spécialisés dans la maladie de Parkinson... J'ai eu pas mal de contacts en fait, on demande beaucoup pour l'orthophonie. »

Après la prescription cependant, le lien se fait de façon unilatérale par manque de temps du médecin neurologue :

« Donc, de toute façon, la plupart orthophonistes m'envoient un bilan. C'est quand même bien, donc, pour me tenir au courant, l'évolution. Honnêtement, personnellement j'ai pas eu le temps de contacter l'orthophoniste pour savoir comment c'est maintenant... Pas possible. Je sais pas si y'a un médecin qui le font mais moi non, (rires) parce qu'on est tous débordés. Pas possible. »

Néanmoins, elle pense qu'un neurologue en libéral serait plus amené à prescrire de l'orthophonie ou à être en lien avec des orthophonistes :

« En libéral, on n'a pas de spécialité, on est obligé de tout faire. Donc c'est-à-dire que c'est toute la pathologie confondue, parce que à l'hôpital, [...] on a un service complètement on voit que des scléroses en plaques, on a un service où on voit que des Parkinson, que des AVC donc c'est vraiment hyper spécialisé. C'est-à-dire que si vous interviewez ces médecins-là sont comme moi, je pense tout de suite maladie de Parkinson, je pense pas autre maladie, donc... Vous voyez, c'est un peu (rire)... Si vous voyez les médecins en ville, ils vont vous dire toutes les pathologies parce qu'ils voient de tout. »

1.2. La place prépondérante du médecin neurologue

Il nous semblait que le neurologue a sa place dans le parcours de soins des patients âgés atteints de pathologie neuro-dégénérative ; nous avons voulu savoir ce qu'il en est réellement. Clio, orthophoniste en service gériatrique, nous explique alors le récent essor des neurologues dans la détection et la coordination des soins à apporter à ces patients :

« Alors c'est tout nouveau : les neurologues maintenant nous les envoient. Et c'est très bien. [...] Alors y'en a pas beaucoup, mais ça y

est, parce que la consultation mémoire a été ouverte au bilan mémoire demandé par les neurologues. [...] Mais pour l'instant c'est nouveau ça, c'est depuis cette année simplement que les neurologues peuvent envoyer pour faire un bilan mémoire. [...] Je sais pas ce qui s'est passé en haut lieu au niveau des médecins, des professeurs et tout. Mais je pense que ça vient sur une demande de neurologues. Oh, je pense que c'est une demande parce que je pense que les neurologues sont de plus en plus comment dire, [...] interpellés par des familles, des patients qui ont des troubles de la mémoire, parce que bon, la population vieillit et que ils savent pas trop comment répondre. Effectivement leur porte de sortie c'est le centre mémoire Charpennes. »

Uranie, elle-même neurologue, prend en charge les personnes à tout âge de la vie, sans privilégier la personne âgée en particulier. Elle précise d'ailleurs qu'elle n'a pas d'intérêt particulier pour le patient âgé :

« Je ne suis pas gériatre du tout, donc c'est-à-dire j'ai pas de formation en gériatrie. Mais donc on a l'habitude, de toute façon le patient vieillit, on les suit et on les accompagne. C'est-à-dire que c'est pas parce que ils sont vieux, on s'en occupe plus. Non, c'est-à-dire que non, moi j'ai pas vraiment ma spécialité de m'occuper des personnes âgées. »

Elle a des contacts avec les médecins car, dans la répartition des tâches, le médecin généraliste coordonne la santé générale et le neurologue s'occupe de la seule neurologie :

« Les patients sont envoyés par un médecin généraliste donc... Et puis, comme moi je suis neurologue, je m'occupe que de la partie du cerveau. Quand y'a une maladie neurologique. Je vois pas le bilan général. C'est-à-dire que c'est sûr que, tous les patients, je leur envoie chez le médecin généraliste, donc c'est-à-dire chacun a son travail. Les médecins généralistes s'occupent de la santé générale, moi je m'occupe de leurs problèmes neurologiques. »

Selon Terpsichore (médecin gériatre), le neurologue est un partenaire de travail à part entière pour les médecins des hôpitaux exerçant auprès des personnes âgées :

« On travaille beaucoup avec les neurologues. En fait, les spécialités avec lesquelles on travaille le plus, c'est les neurologues, et puis les psychiatres aussi. Puisqu'on est très en lien avec tous les services de gériatrie-psychiatrie. Voilà, donc y'a beaucoup de collaboration. »

Inversement, Thalie (médecin généraliste) dit également entretenir des rapports avec les neurologues et gériatres des hôpitaux ; c'est à eux qu'elle adresse des patients pour lesquels elle suspecte des troubles de la mémoire. Eux se chargent de faire passer les évaluations : « *quand on suspecte une pathologie de la mémoire importante ou qui peut évoluer vers une démence, oui, on adresse ou aux gériatres - c'est eux qui sont habilités pour faire les tests - ou le neurologue.* » Toutefois, Cléo nuance : « *mais c'est pas encore au point du tout, du tout, du tout.* » En effet, selon elle, les conditions nécessaires à un diagnostic et à un bon suivi ne sont pas réunies :

« Alors effectivement les patients arrivent jusque-là, mais ils ont leur bilan. Et après je suis pas sûre que... Ils soient reconvoqués par le neurologue pour avoir... Parce que du coup, nous on ne fait pas de conclusion. [...] Je pense que c'est en accord avec eux. Je suppose. Mais je ne suis pas sûre que les patients aient leurs conclusions. En tout cas, nous on a vu déjà deux familles qui voulaient avoir un diagnostic et puis on s'est rendu compte à ce moment-là de l'organisation qu'ils n'avaient pas de conclusion avec les médecins gériatres. Ben, on a dit : « Vous avez un rendez-vous avec votre neurologue ? » « Ah bah non ». Ils passent les batteries de tests et rien. [...] Mais les neurologues ils ont bien besoin de ces bilans mémoire. Ils ont bien besoin aussi des conclusions. [...] Ils savent pas lire du tout du tout... Ils savent pas ce que c'est qu'un Grober et Buschke... Ils savent rien. Oui, mais le problème, c'est que les neurologues... Oui, il faut leur envoyer un compte-rendu TRES détaillé... Bah complètement ! Ils sont incapables de donner des conclusions. D'ailleurs, en général, ils ne font aucune conclusion. La réponse aux patients quand ils ont des troubles de mémoire... Je pense que ça va un petit peu se systématiser, c'est d'envoyer sur un bilan mémoire. Le patient fait les examens, enfin... Le bilan neuropsychologique et puis ici un bilan de langage, mais après, ils partent dans la nature les patients, ils savent rien. Les neurologues ne reconvoquent pas. Ils ne peuvent pas faire le diagnostic. »

Clio ne voit pas pour le moment l'issue de ce problème, car il engage les relations entre les médecins eux-mêmes :

« Et ça c'est très difficile à faire comprendre ici. Mais je crois parce que [...] les médecins d'ici ne veulent pas imposer aux neurologues que c'est eux qui font le diagnostic. Ils veulent... Je pense que c'est par rapport à des relations entre confrères... Le problème c'est que je pense que très souvent les diagnostics ne sont pas faits. [...] mais pour l'instant c'est comme ça, donc nous les paramédicaux, nous râtons, mais je pense que bah voilà, ça en reste là. Pour l'instant. »

2. L'orthophoniste : une mise en concurrence avec les autres paramédicaux, entre collaboration et compétition

Nous avons jusqu'à présent axé notre réflexion sur les rapports qu'entretiennent les orthophonistes avec les médecins. En effet, ces derniers sont des maillons essentiels dans le soin du patient puisqu'ils émettent la prescription, sans laquelle les soins orthophoniques ne peuvent avoir lieu. Néanmoins, s'ils sont essentiels, ils ne sont pas les seuls maillons de la chaîne. D'autres professionnels entrent en jeu. C'est pourquoi nous nous intéressons maintenant aux liens entre les orthophonistes et les autres professionnels paramédicaux.

Dans l'optique selon laquelle les relations économiques sont toujours couplées à des données sociales, la concurrence n'est pas entendue ici comme une recherche de profit mais plutôt comme une forme particulière de conflit (au sens de Georg Simmel). Dans

cette concurrence professionnelle (telle qu'elle est définie par Andrew Abbott), les paramédicaux ne se battent pas les uns contre les autres, mais bien pour attirer une tierce personne. Il s'agit d'une forme indirecte de conflit. Rappelons qu'il peut exister une collaboration avec des concurrents potentiels : on peut se mettre d'accord à propos d'intérêts communs. Dans ce contexte, l'orthophoniste est à la fois dans la collaboration et la compétition avec les autres paramédicaux ; on ne peut donc pas réduire leurs relations à une activité purement compétitive. De fait, la mise en concurrence existe : à terme, il s'agit de capter de la patientèle. Cependant, on note essentiellement des aspects collaboratifs entre l'orthophoniste et les autres paramédicaux.

2.1. Une place à définir par rapport aux autres paramédicaux de l'hôpital

Selon la position que les orthophonistes occupent sur le marché, autrement dit, selon qu'ils travaillent à l'hôpital ou en libéral, il s'agit de rapports de collaboration ou de compétition. Ces deux notions se mélangent pour former ce que nous appelons ici « la concurrence ». Aussi, le seul lieu où il existe un partenariat entre professionnels est le centre mémoire. Les compétences de chacun s'y articulent pour permettre une prise en charge globale de la personne. C'est l'établissement qui fait partie du réseau de prescription, pas les professionnels qui y travaillent. La question de la compétition interprofessionnelle se rencontre toutefois, et ce, au moment des bilans ; notamment entre orthophonistes et neuropsychologues, lorsqu'il s'agit de déterminer qui s'occupe d'évaluer telle ou telle compétence. En filigrane, surgit en fait l'idée qu'avoir un pouvoir sur le bilan permet de décider d'une partie de la trajectoire de soin. Le rapport de force pour la reconnaissance, dans un tel contexte, se joue donc sur la qualification de la prestation de soin ; sur l'établissement du diagnostic. Les services gériatriques des Hospices Civils de Lyon regroupent, selon Clio, orthophoniste en leur sein : « *tous les paramédicaux. Enfin... À part les services enfin, les infirmières et les aides-soignantes, y'a des psychomotriciens, des ergothérapeutes, des kinés.* » Ces professionnels travaillent ensemble pour définir la nature des troubles chez les patients, les soigner et les orienter une fois qu'ils ont quitté l'hôpital. Elle explique le travail des orthophonistes à l'hôpital en ces termes :

« Elles sont là pour [...] rééduquer ou réadapter le langage ou la communication près de personnes qui ont des difficultés dans ce domaine, que ce soit suite à un AVC ou que ce soit [...] dans un contexte de pathologie neuro-dégénérative... Puisque ce sont ces pathologies-là qui concernent surtout la personne âgée. »

Quant à l'évaluation des patients, elle se fait sur « *le langage, la parole, la communication et la déglut.* » Calliope (orthophoniste en service gériatrique) explique que travailler dans un service gériatrique présente plusieurs avantages : « *l'intérêt c'est de pouvoir parler facilement avec des autres intervenants surtout si on a des patients communs. Disons que le transfert et le partage des informations est vraiment plus commode.* » L'intérêt d'un service comme celui-ci est donc la collaboration des différents professionnels autour du patient ; ce qui est particulièrement pertinent dans le cas de la personne atteinte de pathologie neuro-dégénérative, dont le diagnostic est multi professionnel et dont le soin nécessite une vision globale. Selon elle, « *chaque métier de rééducation, à mon avis, a bien sa place dans un service de gériatrie.* » L'orthophoniste ne conçoit pas sa pratique sans les autres professionnels médicaux et paramédicaux. Elle

précise d'ailleurs que « *cette espèce de globalité dans la prise en charge c'est intéressant. [...] Le fait d'avoir aussi des réunions – qu'on appelle de coordination – dans les services, permet d'apporter un regard éclairé selon les professionnels sur le même patient.* » Le regard que les paramédicaux – dont l'orthophoniste – posent sur le patient est plus global s'ils côtoient d'autres professionnels. Elle va même jusqu'à dire que sa « *prise en charge orthophonique est améliorée par la présence des autres professionnels aussi* » : cette façon globale et éclairée d'appréhender le patient permet d'améliorer la pratique de l'orthophoniste et des autres professionnels. Clio le souligne aussi :

« On est très complémentaires. On est excessivement complémentaires et d'ailleurs, très très souvent [...] à la sortie d'un bilan on se parle des patients ... Moi surtout au niveau exécutif je leur dis : « Qu'est-ce que t'as trouvé en exécutif ? », parce que c'est surtout ce qu'on retrouve le plus souvent, des difficultés en exécutif [...] qui ont des répercussions au niveau du langage... Bien évidemment. Et je leur demande ce qu'elles ont trouvé en exécutif. Donc on se complète bien.»

Érato, elle aussi orthophoniste en service gériatrique, corrobore ce point de vue :

« C'est absolument nécessaire. Enfin pour le coup, si on n'a pas ce réseau-là, je pense que, on peut poser tous les diagnostics qu'on veut, on sera pas efficace. [...] La prise en charge avec le patient elle ne peut être efficace que si y'a un réseau : les orthos, les médecins, etc., qui tiennent la route. Parce que vraiment autrement on n'est pas efficace. [...] Et que je pense qu'on est tous, enfin moi maintenant, ici je pourrais plus travailler sans ergo, je pourrais pas travailler sans neuropsych, enfin voilà. Je crois qu'on est tous très... Enfin on connaît parfaitement la valeur du travail de l'autre, et la nécessité du travail de l'autre. Donc on a une telle reconnaissance les uns envers les autres, ... Je sais pas, moi je fais mon compte-rendu de bilan, la neuropsych elle voit le patient, elle débarque dans mon bureau et elle me dit « Moi je suis pas du tout d'accord avec toi », voilà. Et ben je vais pas me dire « De toute façon, c'est moi qui ai raison ». Et à l'inverse, c'est pareil. Je dis « Ben ok, ben on va en parler », et on pose tout sur la table, et on essaye de... C'est surtout avec elle, avec la neuropsych que ça peut arriver... [...] On a l'habitude de travailler ensemble et d'apprécier le travail de l'autre. Et du coup si on n'est absolument pas concordants c'est que faut qu'on retravaille, voilà. C'est que soit elle est passée à côté de quelque chose, soit moi, soit un petit peu toutes les deux, voilà. Et je pense que quand on pose ce type de diagnostic, de pathologies, quand même des diagnostics qui sont lourds, il faut quand même pas se rater, et qu'il faut vraiment être en lien. Donc je vois pas comment c'est possible autrement. [...]. Donc ouais, le réseau est nécessaire quoi. [...] Le travail en réseau je pense pour ce genre de pathologies, est primordial. »

Toutefois, les échanges entre les différents professionnels, selon les dires de Clio, se font parfois « *de façon informelle* ». Elle ajoute que : « *les échanges d'informations auprès d'un patient, ça se fait surtout dans les couloirs ou on va les rechercher. [...] Entre deux portes* ». La collaboration entre les différents paramédicaux autour d'un même patient n'est donc pas toujours officialisée ; elle l'explique par le manque de temps : « *parce*

qu'on court un petit peu. Moi je suis sur cinq ou six services différents. Si je devais faire six réunions de synthèse, je verrais pas mes patients. » Cependant, si la complémentarité et la collaboration sont de mises à l'hôpital, la compétition y existe parfois aussi. Il arrive en effet que les différents professionnels paramédicaux d'un même service soient en concurrence pour un territoire professionnel. Pour certaines orthophonistes, la répartition des tâches avec d'autres paramédicaux s'est faite facilement. Érato en témoigne :

« Je sais pas, j'ai eu de la chance probablement, mais bon, ç'a toujours été facile. [...] C'est moi qui suis allée les voir parce que les neuropsychologues ont quand même des épreuves de langage. Entre autres, bon, bien sûr elles ont les fluences, mais entre autres elles ont Le voleur de biscuits, là, du BDAE, entre autres elles ont la déno, donc elles ont des épreuves de langage dans leur bilan neuropsychologique. Donc moi je le savais, donc je suis allée les voir et je leur ai dit « C'est moi qui suis compétente en langage donc je fais passer mon bilan de la déno, je fais passer Le voleur de biscuits, je fais... Voilà les épreuves que je fais passer. » Elles ont d'ailleurs toutes été d'accord, ça leur a enlevé une épine du pied pour, effectivement, me laisser les épreuves de langage qu'elles ont. [...] Elles en ont énormément d'autres, à faire passer. [...] Très très facile. Elles se rendent compte assez rapidement que Le voleur de biscuits elles savent pas l'analyser. [...] Elles donnent un chiffre... Le neuropsychologue il donne un chiffre, point barre. L'analyse du langage n'est pas faite. Quand on leur envoie ça, on se rend bien compte que nous orthophonistes on est beaucoup plus compétentes. En général ça se passe très bien. [...] Mais c'est vrai je pense que il faut très rapidement, dès le départ aller les rencontrer. Dire « Bon bah voilà ma compétence elle est là ta compétence elle est là », voilà, et on est complémentaires. »

Clio nous raconte une mise au point plus houleuse :

« J'ai eu plus de difficultés avec les ergos au départ qu'avec les neuropsychs. Les ergos c'était, alors, je pense beaucoup moins maintenant, mais au départ elles savaient faire passer un bilan de langage. Elles ne savaient pas le faire. Donc il a fallu prouver. Tu dis que : « Il comprend rien. » Quelle épreuve te permet de dire qu'il ne comprend rien ? Dis-moi. En général... Alors au bout de quatre ou cinq fois, voilà. »

Cette citation nous amène à évoquer Abbott (in Champy, pages 178 et 179), pour qui :

« La concurrence interprofessionnelle est rendue possible par le fait que différentes professions peuvent proposer des réponses différentes à un même problème. [...] Pour conquérir un territoire, les professionnels tentent de convaincre que la définition qu'ils proposent du problème à résoudre est plus objective que celle des professions concurrentes. »

Dans tous les cas, une discussion est nécessaire entre les professionnels afin qu'ils délimitent leur champs d'actions privilégiés respectifs. Érato le rapporte :

« Non mais en fait [...] il a fallu qu'on s'ajuste. Parce qu'en fait moi pendant un moment je faisais des bilans de langage, y'avait encore pas de neuropsychy, mais je restais quand même très langagière. Donc du coup quand la neuropsychy est arrivée, et puis après des autres, en fait on s'est mis d'accord sur qui fait quoi. Donc par exemple, elles, elles tiennent absolument à faire les fluences, du coup je leur laisse les fluences. Et donc en fait normalement, dans mon compte-rendu voilà comme je disais, les épreuves, mes collègues orthophonistes elles font des fluences en plus. Mais du coup moi je les fais pas parce que c'est les neuropsychys qui le font mais qui me donnent les résultats. Voilà. C'est comme ça qu'on s'est mis d'accord, ouais. Oui, moi je tiens à faire la déno. Si par exemple, elles ont envie de faire une épreuve de dénomination parce que, voilà... Et ben elles font pas la Boston. Moi quasi systématiquement je fais la Boston. »

Tout cela semble bien converger vers ce que nous dit Perdrix dans : « Elaborer des frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité » (page 155) : *« ce serait le repérage d'un groupe adjacent considéré comme particulièrement menaçant qui rendrait nécessaire un travail d'élaboration d'une frontière interprofessionnelle. »*

2.2. Un territoire professionnel encore incertain, y compris en libéral

La concurrence interprofessionnelle telle que nous l'avons définie précédemment existe aussi en libéral, selon les orthophonistes interrogés. On y rencontrerait en effet à la fois de la collaboration (travail en complémentarité dans l'intérêt du patient) et de la compétition (au moins deux professionnels qui se battent pour attirer une troisième personne : le patient). Aussi, il semblerait que le métier ayant le champ d'action le plus similaire à celui d'orthophoniste dans le domaine de l'âge est neuropsychologue ; mais, d'après Polymnie, orthophoniste libérale, il serait encore moins connu des médecins libéraux :

« En sachant que elles sont beaucoup moins fréquentes que les orthophonistes en ville. Elles sont moins connues. Je pense que les médecins finalement, prescrivent encore plus difficilement des prises en charge par les neuropsychologues en libéral en tout cas... Vraiment similaire en tout cas sur ce qu'on fait avec les patients, oui, à part les neuropsychologues et encore y'a des différences, sinon... »

Actuellement, les neuropsychologues se chargent des bilans, et non des soins. Néanmoins, certains encadrent des ateliers. Leur travail est complémentaire à celui de l'orthophoniste, selon Melpomène (orthophoniste en libéral) :

« J'avais encore jamais entendu parler que les neuropsychys faisaient de la rééducation. Donc c'était bien du coup. Parce qu'ils ont un éclairage vraiment différent du nôtre, sur la mémoire, sur les stratégies de mémorisation au quotidien, ils ont plein de bonnes idées que nous on n'a pas du tout. C'est hyper complémentaire donc... »

Quant aux relations que les orthophonistes pourraient avoir avec les neuropsychologues, Polymnie nous informe : « *D'avoir des relations avec ces... ? Non, pas spécialement. Parce que y'en a très peu en fait. Très peu de neuropsychologues en libéral.* » Euterpe (orthophoniste en libéral) insiste :

« Ça aussi, c'est zéro. J'ai aucun contact. Aucun aucun. Enfin, même j'ai envie de dire, je n'en connais pas du tout. [...] C'est pas que j'avais de mauvais contacts avec elle mais on n'a pas de contact. [...] Des neuropsychs en libéral pas du tout du tout. Absolument pas. »

Les relations avec ces autres professionnels au champ de compétences proche du nôtre, même si elles pourraient apporter leurs bienfaits à la thérapie - et ce du fait d'une certaine complémentarité – s'avèrent donc rares.

2.3. Une collaboration tributaire des capacités de chaque établissement

Calliope, qui travaille dans deux services différents des Hospices Civils de Lyon, nuance ses propos quant à la qualité de la collaboration entre les professionnels autour d'un même patient. En effet, selon elle, cela dépend de l'importance de l'établissement ; plus celui-ci est grand, moins la communication serait efficace entre les professionnels :

« Dans le domaine de la neurologie, mais on a justement moins ce travail d'équipe parce que les professionnels sont plus nombreux, que nous-mêmes sommes en sous-effectif, et du coup on n'a pas le temps matériel de pouvoir discuter et de pouvoir collaborer aussi efficacement que dans une structure un peu plus petite comme ici. Par contre, c'est vrai qu'on essaie de communiquer un minimum, au moins avec les kinés et les ergos – sachant qu'il n'y a pas de psychomotricien dans l'autre hôpital. Mais par la grandeur de l'hôpital, c'est vrai que la collaboration n'est pas la même. »

Ainsi, la nature de la collaboration entre les professionnels dépendrait de l'établissement où ils travaillent et de la nature des pathologies qui y sont traitées. Les pathologies neuro-dégénératives nécessitent plus que d'autres un soin concerté entre les professionnels. Quoi qu'il en soit, elle constate actuellement :

« Une volonté de restructurer l'accueil en gériatrie en fonction des établissements. [...] C'est pour ça que par exemple la consultation mémoire a muté sur les Charpennes, alors qu'au départ elle était à Pierre Garraud. [...] Je pense que la gériatrie est amenée à évoluer, je crois qu'Edouard Herriot va devenir un grand pôle de neuro-gériatrie, avec une prise en charge plus neurologique encore. En tout cas les accueils en court séjour tendent à se rapprocher des, ce qu'on appelle des plateaux techniques. »

Cette restructuration des Hospices Civils de Lyon montre d'ailleurs qu'actuellement la gériatrie évolue et prend de l'importance au sein du soin à la personne.

2.4. Une collaboration amoindrie en libéral

En revanche, en libéral, il est plus difficile de parler de collaboration. Les relations interprofessionnelles semblent en effet plus rares. D'après Melpomène, l'orthophoniste en libéral est « *isolée* ». Pour sa part, elle essaie de conserver un lien avec les médecins et les orthophonistes des centres gériatriques (ses anciens collègues) et échange beaucoup avec eux :

« Surtout en libéral on est vraiment isolé quand même, dans ces prises en charge-là. Alors après je suis quand même bien en contact avec les médecins, les orthophonistes de tous les centres neuro des hôpitaux, parce que comme j'étais leur collègue autrefois on se connaît bien. Donc on échange facilement... Voilà, j'envoie des mails, je téléphone, donc je suis pas si isolée que ça. Mais quand même, dans la démarche de rééducation, c'est quand même un face à face avec le patient et puis avec personne d'autre quoi, au départ. »

Face à cet isolement dont elle nous fait part, nous trouvons aussi des rapports parfois insatisfaisants, voire même absents, avec d'autres professionnels paramédicaux, comme nous le relate Euterpe, orthophoniste en libéral elle aussi :

« J'allais dire s'il fallait taper sur certains ce serait plus sur les kinés. Moi ça m'est arrivé parfois d'appeler des kinés ou dire alors comment ça se passe ? J'ai absolument aucun contact. Y'a pas de ouais ça se passe... Ah bah très bien, ah bin c'est super. Non. Moi je trouve qu'avec les kinés les contacts sont pas... Sont pas fantastiques. »

De plus, elle précise : « *sinon en libéral c'est très rare puisque c'est pas remboursé ou très mal, donc... Evidemment les patients ils font l'impasse.* » Les relations entre les paramédicaux sont donc rares en libéral.

3. Réseaux d'adressage

Comme nous l'avons vu plus haut, le centre mémoire a pour vocation d'établir des bilans. Il est également un moyen pour l'orthophoniste qui y travaille de contrôler le diagnostic établi et la trajectoire de soins du patient. Effectivement, les orthophonistes des services gériatriques ont la possibilité d'adresser eux-mêmes des patients vers des collègues exerçant en libéral, en les contactant préalablement. Ils pourraient aussi très bien les orienter vers leur collaborateur ou associé, dans leur propre cabinet et en ce sens il pourrait s'agir de captation de clientèle. Or, la question de la proximité géographique de l'orthophoniste et du patient étant primordiale, il ne s'agit pas d'un processus de captation à proprement parler. De plus, le fait de connaître le praticien vers lequel ils envoient le patient et le fait d'avoir confiance en lui ont aussi leur importance. En libéral, la place de l'orthophoniste est tout autre. Son rôle est d'encadrer le soin et non d'adresser le patient vers une tierce personne. En somme, le réseau d'adressage d'orthophoniste à orthophoniste a son importance dans le parcours de soin du patient. Il en va de la qualité de son suivi.

3.1. L'orthophoniste des Hospices Civils de Lyon : un pont avec l'extérieur

Les aspects de collaboration et de compétition existent au sein même de la profession d'orthophoniste. Ils sont relatifs aux interventions différenciées liées aux cadres de l'exercice et aux opportunités. Les orthophonistes des centres mémoire se chargent en effet de faire passer des bilans aux patients et de temps à autre, de leur apporter quelques soins le temps d'une hospitalisation. Les orthophonistes exerçant en libéral, eux, certes font également passer des bilans, mais la majeure partie de leur travail consiste à accompagner et prendre en soin les patients au quotidien. En ce sens, la compétition entre orthophonistes se fait principalement sur la question des bilans. Mais, entre orthophonistes, la coordination est en fait plus importante que ne l'est cette dernière notion. En effet, si un soin est nécessaire, les orthophonistes des services orientent les patients vers des collègues extérieurs à l'hôpital. Cela nous permet de dire que les orthophonistes des HCL font le pont avec l'extérieur. L'orthophoniste travaillant en service gériatrique assure la continuité des soins entre l'hôpital et l'extérieur, notamment en cherchant un orthophoniste libéral pouvant prendre le patient en soins. Calliope (orthophoniste à l'hôpital) nous dit à ce sujet :

« Alors on essaie de trouver un orthophoniste libéral ; qui pourra les prendre en charge soit en cabinet, soit à domicile. Même lorsque le patient sort en Ehpad, on essaie de continuer la prise en charge, si bien sûr elle est encore nécessaire, par une demande donc d'intervention, comme un domicile. Donc on va trouver une orthophoniste qui puisse se déplacer dans l'Ehpad, et qui pourra donc continuer la prise en charge. Donc on se charge de trouver une adresse, et de transmettre le compte-rendu de la prise en charge à l'orthophoniste qui prendra la suite. »

Cependant, le lien s'arrête souvent entre le patient et l'orthophoniste du service à sa sortie de l'hôpital. Elle évoque :

« Parfois on a des patients qui rappellent ici, soit parce qu'ils n'ont pas trouvé d'orthophoniste, le nom qui a été donné ne convenait pas, les familles ont changé, parfois les familles contactent quelqu'un d'autre, voilà. Donc en cas de problème, c'est vrai que les gens, parfois, rappellent. [...] Mais c'est rare. »

3.2. Des réseaux de travail spécifiques aux orthophonistes

Les paramédicaux des Hospices Civils de Lyon – dont les orthophonistes – ont créé des réseaux spécifiques, réservés aux professionnels qui y travaillent. Ainsi, il existe des réseaux de travail entre orthophonistes des services gériatriques. Calliope, orthophoniste en service gériatrique, dit spontanément lors de l'entretien : « *Alors, on travaille effectivement en réseau. Alors plus, on va dire, des réseaux de spécialités, c'est-à-dire que, ici, par exemple, on a des réunions communes avec les orthophonistes de gériatrie des Hospices Civils de Lyon.* » Il est à noter une volonté de mise en commun des savoirs et d'harmonisation des pratiques entre les orthophonistes qui travaillent avec des patients

atteints de pathologies neuro-dégénératives – Calliope précise que « *ça réunit donc tous les établissements des Hospices qui ont un service de gériatrie* ». De même, Clio, elle aussi orthophoniste en service gériatrique, évoque ce réseau : « *on est nous en relation très régulière, on a au moins deux à trois réunions, des orthophonistes des HCL en gériatrie.* » Érato, également orthophoniste aux HCL, y fait allusion à son tour : « *alors, toutes les orthophonistes de gériatrie des Hospices, on se réunit trois fois par an à peu près.* » Les vecteurs de ce réseau sont les mails - grâce à une mailing liste - et les rencontres régulières entre les orthophonistes du groupe. Calliope parle d'un « *petit groupe de travail qui se réunit deux à trois fois par an, et qui communique aussi par mail.* » Il existe par ailleurs des réunions qui ne sont pas réservées qu'aux seules orthophonistes des services gériatriques des Hospices Civils, mais qui réunissent toutes les orthophonistes qui y travaillent. Calliope nous explique :

« On a d'autres réunions, avec les orthophonistes de neurologie, mais pas seulement des Hospices en fait, des centres de rééducation des hôpitaux neurologiques. Et tout ça, au niveau de la région Rhône-Alpes. Donc ça fait un groupe assez important. Il s'appelle GONG, d'ailleurs, c'est Groupe des Orthophonistes de Neurologie et Gériatrie. Donc neuro-gériatrie, hospices et centres de rééducation fonctionnels, de la région Rhône-Alpes. Donc effectivement dans ce cadre-là on a l'occasion de se voir donc deux fois par an aussi, voilà. »

Il existe enfin un réseau réservé aux orthophonistes et neuropsychologues, dont nous parle Érato : « *L'hôpital neurologique organise, alors je sais pas, quatre fois par an, une réunion pour les orthos qui s'appelle Flamenco, en soirée, où ils exposent des cas cliniques en fait. Y'a les neuropsychs et les orthos.* » Pour faire partie de ces réseaux, des conditions existent. Calliope nous les expose :

« Alors, y accéder, disons que c'est un groupe informel, disons qu'on avertit les gens qui ont une activité en neurologie ou gériatrie, hospitalière ou salariée. Alors après, non on demande pas des années d'expérience, on demande juste, on va dire une spécialisation en neuro-gériatrie, au niveau de Rhône-Alpes. [...] C'est uniquement, voilà : pas d'orthos libérales, c'est vraiment uniquement salariées, parce que sinon ça fait des groupes trop importants quoi... »

3.3. Critères de choix dans l'adressage

Si, à l'issue du bilan, un besoin d'orthophonie est décelé, il est du ressort du praticien-prescripteur d'adresser le patient vers tel ou tel orthophoniste. Dès lors, se pose pour ce professionnel de santé la question suivante : « Vers quel spécialiste vais-je orienter mon patient ? ». En effet, maintes orthophonistes occupent le marché, offrant des prestations qui semblent équivalentes. C'est là qu'apparaît la notion de « *singularités* » introduite par Karpik (cité par Steiner, page 35) ; elle renvoie aux biens pour lesquels il existe une certaine « *incertitude sur la qualité, et une pluralité de produits pouvant répondre à un même besoin* » (en l'occurrence ici, une pluralité d'orthophonistes). Face à une telle incertitude, le médecin prescripteur peut se renseigner auprès de dispositifs sociaux qui vont lui permettre de se forger un avis face à la pluralité des soignants possibles et des appréciations sur la qualité des soins qu'ils promulguent. Ces dispositifs sociaux, que

nous appelons ici « réseaux d'adressage », nécessitent une confiance solide envers les personnes qui les composent.

3.3.1. La proximité géographique

Dans les cas où des soins spécifiques sont prescrits au patient, comme de l'orthophonie par exemple, le choix du thérapeute obéit à une certaine logique. Aussi, Uranie (médecin neurologue) déclare :

« Ça dépend les secteurs où ils habitent les patients. C'est-à-dire on voit quand même les patients après qu'ils ont quand même des troubles moteurs importants. Ils vont pas aller loin. [...] Parce que pour Parkinson c'est vrai qu'on a des références. Par exemple Madame... (elle cite des noms d'orthophonistes), et l'autre... J'sais plus comment est son nom. On a deux orthophonistes [...] hyper spécialisées dans LSVT, dans le cas de maladie de Parkinson, donc on a donné références. Mais sinon, on dit de trouver l'orthophoniste sur place. »

Les orthophonistes choisies ne sont donc pas toujours les mêmes car le neurologue privilégie la proximité géographique avec le patient. Terpsichore, médecin gériatre, admet elle aussi que le secteur géographique compte, mais davantage en faisant référence à la santé fragile du patient :

« En général on essaye quand même de privilégier que ça soit proche du domicile du patient. [...] Surtout que parfois, y'a nécessité de venir au domicile. On peut avoir des gens âgés, qui sont en difficulté de se déplacer... Des conjoints âgés qui peuvent pas forcément les emmener... Des transports qui sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale... Donc voilà, c'est vrai que la proximité c'est important. »

A l'instar du médecin, l'orthophoniste en service gériatrique peut envisager de conseiller une orthophoniste libérale au patient, qui pourra au mieux continuer les soins : « *quand notre évaluation nous interpelle, [...] on oriente de plus en plus facilement sur les orthophonistes en libéral.* », dit Clio, orthophoniste en service gériatrique. Nous retrouvons la proximité géographique entre l'orthophoniste libérale et le lieu de vie du patient (Ehpad par exemple) comme critère de choix le plus saillant. Comme ses collègues, Calliope, (orthophoniste à l'hôpital), déclare procéder « *par la proximité géographique, en tout premier.* » Ceci permet de réduire le risque de refus de la part de l'orthophoniste libérale car, selon elle, « *certaines orthophonistes ne se déplacent plus à domicile à cause d'un manque de temps. Donc c'est sûr que là, ça réduit aussi parfois les recherches.* » Clio le dit aussi :

« On essaie de les trouver dans leur quartier. D'abord pour eux, pour que ce soit possible pour eux, pas une trop grande fatigue pour qu'ils se rendent chez l'orthophoniste, et puis on pense aussi à l'après. Parce qu'après si l'orthophoniste doit se faire un domicile qui est à l'autre bout de Lyon... Donc on essaie aussi de choisir une orthophoniste qui soit le plus près possible du domicile, aussi pour les orthophonistes en libéral. »

Érato, avec le temps, s'est même constitué un aide-mémoire : « *On s'est fait une liste d'orthophonistes classés par arrondissement, de nom, etc. Donc quand on sait que ça les intéresse, on met « neuro oui », « déglutition oui ».* » Cette notion d'aide-mémoire est d'ailleurs réputée parmi les orthophonistes, puisque même ceux qui exercent en libéral en ont connaissance. Euterpe nous dit en effet :

« Au bout d'un moment, les filles elles ont leur réseau. Elles savent que Villeurbanne ce sera moi, sur tel, enfin sur tel quartier de Villeurbanne... Elles ont tout leur... [...] Liste d'orthos qui font du domicile et qui font de la patho dégénérative, et donc automatiquement, c'est comme ça [...] que c'est relayé. »

En d'autres termes, les orthophonistes des services gériatriques donnent aux patients un répertoire de praticiens spécialisés dans leurs troubles. Les patients auront donc la possibilité d'opérer un choix entre ces différents professionnels. Nous retrouvons ici la notion de choix de l'offre chère à la sociologie économique. Cependant, Clio la nuance : « *les gens... Bon bien sûr j pense qu'ils vont dans leur secteur géographique, mais bon... C'est pas vrai tout le temps.* »

3.3.2. L'intéressement

En second lieu, intervient la spécialisation de l'orthophoniste pour ce type de prise en charge. La compétence est également mentionnée quant au choix de l'orthophoniste :

« Après parfois on finit par très bien connaître le réseau d'orthophonie malgré tout. Donc parfois on sait que tel ou tel orthophoniste va avoir une spécialité un petit peu, un domaine de compétences particulier... Donc on peut parfois orienter certains patients sur tel ou tel orthophoniste. Voilà. Mais sinon, on privilégie la proximité. »

Calliope prétend faire son choix eu égard à « *la compétence on va dire de l'orthophoniste, à prendre en charge notamment des patients neurologiques ou des patients âgés.* » Érato le résume : « *En général j'essaie de proposer des noms d'orthophonistes qui ont l'habitude de suivre ce type de patients et qui sont proches du domicile. Donc j'essaie d'en trouver deux, trois.* » L'intérêt pour ce type de prise en soins a aussi son importance. Clio remarque qu'il :

« Y'a des connaissances de collègues par relations professionnelles et puis y'a des orthophonistes qui se sont fait connaître, c'est-à-dire qui sont venues nous voir pour expliquer un tout petit peu leur intérêt de travailler auprès des patients âgés, leur expérience, voilà. [...] Certaines peuvent donner leur mémoire, parce qu'elles ont travaillé sur la mémoire ou même si elles ont fait des formations. »

Érato fait même passer ce critère avant celui de la compétence de l'orthophoniste libéral :

« C'est arrivé qu'on ait par exemple des patients d'Ardèche qui viennent parce que leurs enfants habitent dans le coin, voilà, il faut trouver une orthophoniste, on appelle au fin fond de l'Ardèche. L'ortho elle nous dit, y'en a qu'une à 40 km, on lui dit « Vous avez l'habitude,

vous faites ça ? », elle me dit « Non », je lui dis « Ben ouais, ça vous intéresse ? ». Ben si elle me dit « Oui » c'est super ! Après tout si ça les intéresse... Y'en a hein, qui nous disent « Ouuh là là mon Dieu mais, oui ça m'intéresse. Est-ce que je peux vous rappeler ? » Et du coup qui se forment un peu sur le tas, qui... Mais du coup elles ont envie donc... Elles ont envie, elles sont prêtes à se former, elles rappellent de temps en temps pour, voilà. [...] En fait c'est tellement compliqué de trouver des orthos qui peuvent aller à domicile, ou voilà. Que dans le fond, l'ortho qui nous dit « Ah ouais, j'aime bien, ça m'intéresse », et ben on envoie assez facilement. »

Le médecin n'a pas déontologiquement le droit d'adresser à telle ou telle orthophoniste, mais il le fait parfois si son besoin correspond spécifiquement à une compétence de l'orthophoniste. De même, Clio précise qu'il s'agit bien là d'un conseil, que le patient choisit de suivre ou pas : « *ça c'est la liberté de... le patient [...] on lui ... conseille, après il en fait ce qu'il veut. On peut pas l'obliger.* » Afin d'obtenir l'adhésion du patient, Érato, elle aussi orthophoniste aux HCL, précise : « *on n'envoie en orthophonie que les patients qui ont une demande, ou en tout cas qui sont suffisamment conscients de leur plainte. Donc quand moi je fais le bilan j'essaie d'évaluer aussi si le patient... Enfin, quelle conscience il a de sa plainte. Et quelle demande il a.* »

3.3.3. La constance dans la coopération

A ces critères de proximité, de possibilité, de capacité et d'intérêt, s'ajoute une dimension de confiance, qui s'établit avec les orthophonistes libérales établies dans le quartier de l'hôpital, déjà connues des orthophonistes y travaillant. Calliope le reconnaît : « *les patients du quartier, forcément, à force on connaît les orthophonistes, aussi, du quartier...* » Clio l'explique également : « *quand on a quelques adresses dans certains quartiers, c'est vrai qu'on va proposer, mais on offre toujours un choix au patient... Mais on connaît pas toutes les orthophonistes.* » Calliope relate :

« Pour celles qui ne sont pas connues, bon moi je prends la liberté de leur demander si elles prennent en charge des patients adultes déjà [...]. Voilà, après c'est sûr qu'on s'appuie sur la parole du professionnel. En général, quand les gens ne font pas, je crois qu'ils le disent assez facilement. [...] Donc certaines orthophonistes, vraiment, disent « Bon ben moi je peux pas, je ne connais pas assez », ou alors « Je n'ai pas de matériel donc je préfère ne pas prendre ce patient ». On a parfois plus de refus que d'acceptations donc c'est vrai que... C'est une question de confiance aussi, je pense. »

Par ailleurs, une fois qu'une orthophoniste est connue du service hospitalier, il est plus facile d'avoir recours à elle pour prendre en charge un patient :

« En fait, à force de travailler avec, [...] on avait mis en place des réunions avec les orthophonistes libérales, au début dans le secteur géographique où on était. Parce qu'on avait quand même, des patients a priori de proximité, il y en avait certains qui venaient de tous secteurs. [...] donc ça aussi ça nous a permis de pas mal développer le réseau d'orthophonie. [...] Dans certains cas, c'est eux-mêmes qui nous

demandent des adresses. Donc on n'a pas le droit bien sûr, d'adresser, enfin voilà. C'est un cas particulier déontologique mais, voilà. Ça arrive parfois qu'on les adresse sur tel ou tel, parce qu'on sait que c'est une spécificité, que ça correspond au patient. »

Cette relation de confiance déjà établie avec certains orthophonistes libéraux se crée également très vite avec de nouveaux orthophonistes ; en effet, la prise en soins des patients atteints de pathologies neuro-dégénératives étant assez spécifique, certains orthophonistes ne se sentent pas en mesure de la mener et le disent en toute franchise à leur interlocuteur des services gériatriques. Ainsi, au fur et à mesure, le réseau professionnel des orthophonistes du service gériatrique s'étend aux orthophonistes libéraux qui travaillent à proximité, puis à d'autres plus éloignés. En ce qui concerne les orthophonistes libéraux inconnus des orthophonistes du service gériatrique, la question de la capacité des premiers à assurer la continuité du soin est abordée au téléphone et leur réponse conditionne l'éventuel soin. Clio procède également de cette manière :

« Un échange avec une collègue ça nous permet de voir [...] si elles sont intéressées d'abord. [...] On leur dit : « Mais si on a un patient qui a tel ou tel déficit dans tel ou tel domaine, est-ce que ça vous intéresse qu'on vous l'adresse, ou pas ? » Bon, c'est elles qui nous le disent en général. [...] On leur demande si ça intéresse, elles sont prêtes à prendre les patients ; [...] ça demande un gros boulot, [...] c'est pas facile. Mais en général c'est ce que l'on fait moi et mes collègues. Toutes mes collègues. Même pour les séquelles d'AVC. »

Dans tous les cas, l'orthophoniste du service gériatrique appelle donc l'orthophoniste libérale, afin d'échanger sur la possibilité d'une prise en soins ; ce qui fait du téléphone le média essentiel de leur collaboration dans un premier temps. Calliope nous le dit en ces termes : « *en tout cas on essaye de toute façon d'avoir un contact téléphonique pour pouvoir être sûr que la prise en charge sera adaptée.* » Ainsi, le patient est entre de bonnes mains à la sortie de l'hôpital.

3.4. L'après bilan : un lien disparate avec les orthophonistes en libéral

Pour certains orthophonistes, aucun rapport n'est maintenu avec leurs pairs exerçant en libéral une fois le patient sorti du circuit de l'hôpital. C'est ce qui ressort du discours de Polymnie : « *après la prescription, non, c'est rare, sauf si c'est des patients qui font des allers-retours en consultation mémoire, mais c'est plutôt rare.* » Calliope, orthophoniste en service gériatrique, semble d'ailleurs ignorer les obligations de l'orthophoniste travaillant en libéral après qu'elle lui a adressé un patient : « *il me semble que, légalement, elle devrait adresser un compte-rendu au médecin prescripteur. Alors après je ne sais pas dans la réalité si c'est fait ou pas.* » Le lien après le passage à l'hôpital se ferait donc plus, selon elle, avec le médecin du service et non l'orthophoniste, via des comptes-rendus envoyés par l'orthophoniste libéral. En revanche, tout comme ses collègues, elle envoie systématiquement le contenu de la prise en soins qui a été effectuée à l'hôpital :

« Quand on envoie un compte-rendu, donc on met le contenu de la prise en charge ; [...] ça permet parfois d'avoir un élément de comparaison, si

le patient reste par exemple trois mois, l'orthophoniste peut refaire un bilan, et avoir un élément de comparaison avec le début de la prise en charge. Sinon, en tout cas, elle sait ce qui a été travaillé et de quelle façon. »

De la même façon, Érato (orthophoniste en service gériatrique) nous explique que :

« Sur l'ordonnance de prescription d'orthophonie, y'a mon nom et mon numéro de téléphone. Donc du coup en disant : « Un bilan orthophonique a été réalisé à l'hôpital Antoine Charial par [Érato], pour plus d'informations prenez contact avec elle ». Du coup, l'ortho qui reçoit le patient, une fois qu'elle a l'ordonnance en main, elle peut prendre contact avec moi. En général, je lui laisse faire son compte-rendu, enfin je lui laisse faire son bilan sans lui envoyer le mien. Pour qu'elle se fasse une idée. Alors si j'ai l'ortho avant je lui dis les épreuves que j'ai fait quand même, pour pas qu'elle refasse les mêmes. Je lui laisse faire son bilan, et une fois qu'elle a fait son bilan à ce moment-là elle me recontacte et je lui envoie mon compte-rendu de bilan et le dossier médical. [...] Et puis l'avis de l'orthophoniste il peut être différent du mien, enfin du coup c'est aussi intéressant d'avoir, qu'elle ait un regard un peu neuf quoi. »

Justement, Melpomène (orthophoniste libérale), à qui il arrive d'échanger avec Érato, nous explique :

« Et donc le patient m'appelle, ou appelle les autres, mais enfin bon peu importe, il m'appelle, et il me dit que c'est [Érato] qui l'a envoyé par exemple, et à ce moment-là j'appelle tout de suite [Érato], avant même de voir le patient, pour qu'elle me raconte un peu le bilan. »

Cela permet aux professionnels de communiquer entre eux au sujet d'un même cas. De la même façon, assez souvent, les orthophonistes libéraux envoient une copie de leur compte-rendu, initialement adressé au médecin gériatre, à l'orthophoniste qui a vu le patient en bilan, afin que celui-ci se fasse une idée de son évolution. Clio (orthophoniste travaillant aux HCL) estime que :

« En général les orthophonistes en libéral elles sont très fidèles ouais. Elles envoient des bilans. [...] Pas toutes mais bon, quand même certaines et de plus en plus. [...] On a souvent des nouvelles de leurs patients. [...] Par rapport à notre bilan initial, voir s'il y a eu une aggravation ou pas, ou comment se débrouille le patient ? Voilà. Quelles sont les questions que l'orthophoniste se pose ? [...] Donc si ça m'est pas envoyé, c'est envoyé au médecin. »

Cela peut être utile dans le cas où le patient retourne à l'hôpital régulièrement pour être réévalué. Elle explique :

« Comme en plus les patients ont un suivi ici, une fois qu'ils ont été diagnostiqués, en général ils ont un suivi tous les six mois ou tous les ans par le gériatre qui a fait le diagnostic. Donc, en général les

orthophonistes elles envoient... Elles savent les rendez-vous de suivi. Elles envoient, leur bilan, ou leur travail, qu'elles font. »

Toutefois, Érato nuance ce constat :

« Alors en fait elle doit pas me l'envoyer à moi. Elle doit l'envoyer au médecin prescripteur. Alors, celles avec lesquelles on a l'habitude de travailler, donc soit les orthos du secteur qu'on connaît bien, puis, enfin avec lesquelles on a des contacts par ailleurs, etc. En général elles envoient leur compte-rendu au médecin et elles m'en envoient une copie. Et les autres, et ben c'est vrai que normalement le médecin prescripteur devrait systématiquement recevoir un compte-rendu. Et c'est loin d'être le cas. »

Parfois, le contact va plus loin qu'un simple échange de compte-rendu. Elle nous le raconte :

« Moi je vois avec les orthos, y'en a qui m'appellent. Alors déjà, celles avec qui on a l'habitude de travailler, quand le patient il arrête, elles m'envoient un mail en disant « Ah ben je voulais te dire que Monsieur Machin ne peut plus venir, il vient plus », voilà. Et puis aussi elles appellent quand elles sont coincées en disant « Mais je comprends pas, tel diagnostic était posé, moi ça cadre pas du tout, je sais plus dans quel sens prendre les choses » [...] Alors voilà, oui par exemple y'a une ortho un jour qui m'appelle qui me dit « Monsieur Machin a voulu un verre d'eau, j'ai ouvert le frigo pour lui servir de l'eau, et y'avait 5.000 yaourts, enfin y'avait que des yaourts, tous les mêmes, que ça dans son frigo ». Quand même c'est un symptôme qui, donc elle nous appelle en disant « Oh là là ». Donc du coup ça arrive aussi à ce moment-là, j'en parle au médecin qui va appeler le médecin traitant en disant « Ben dis-donc alors ton patient il a l'air de décartonner un peu plus que prévu ». Et donc on avance, au lieu de voir au bout d'un an, on voit au bout de six mois... Enfin voilà. C'est vrai que ça c'est aussi drôlement important que l'ortho ose appeler, parce que y'a ça aussi »

Par le passé, Melpomène a travaillé au sein d'un service gériatrique. Aussi, à ce jour, elle entretient un contact « *facile* » avec les orthophonistes qui y travaillent :

« Ben moi, c'est un peu faussé parce que c'est un peu mes copines en fait ! [...] Je sais pas trop pour les autres orthophonistes comment ça se passe mais moi, enfin j'ai les emails de chacune, les numéros de téléphone, donc on parle très librement, très facilement, des patients qu'on a en commun, c'est super simple... »

Ces orthophonistes s'informent sur la prise en soins qu'a pu mettre en place l'orthophoniste en libéral. Néanmoins, celle-ci demeure libre de leur communiquer ou non ces informations ; aucune règle ne l'y oblige :

« Ben si, elles vont me demander. Si, si. Ben, justement, par exemple pour les patients qui sont pas très volontaires pour la rééducation. [...] »

On se tient au courant, ouais. Enfin, elles me demandent si la personne m'a contactée, si elle m'a contactée, si on a pu faire de la rééducation ou est-ce qu'il est parti au bout de trois séances, donc on se tient au courant quand même. Mais après de toute façon enfin j'ai pas spécialement de comptes à leur rendre. Je dépends pas de l'hôpital donc... »

Euterpe (orthophoniste en libéral) dit elle aussi maintenir un lien satisfaisant avec les orthophonistes des services gériatriques : « *ah j'discute beaucoup plus... [...] Et elles sont ravies quand justement j'peux leur dire ouais ouais, vous savez, telle patiente bah oui, je la suis toujours, elle a avancé. On parle...* » De manière générale, « *on a des comptes-rendus avec certains médecins, ceux de Fourvière, et après, les contacts les plus fréquents qu'on a...* Quand les patients passent par des hôpitaux, c'est avec les orthophonistes des hôpitaux. » Les relations se tissent plus volontiers entre orthophonistes, aux dires de Polymnie (orthophoniste libérale). Par ailleurs, selon Melpomène, s'adresser aux orthophonistes des services gériatriques s'avèrerait être une précieuse ressource pour les orthophonistes en libéral qui peuvent parfois être démunis face à certains cas :

« Non puis aussi ce qui est bien, c'est que quand je patauge un peu, parce que souvent on patauge quand même, dans les rééducations, et bien je peux avoir des conseils. Et puis je peux les recontacter au moment, parce que comme elles ont pas vu le malade depuis très longtemps, ben elles auront quand même du recul sur, elles seront moins dans le, si vous voulez, dans le, la galère que je ressens, par rapport à la rééducation et donc elles pourront apporter des conseils éclairés et avec beaucoup plus de recul, [...] des choses auxquelles j'aurais pas pensé ou... Donc ça arrive aussi que je les recontacte au milieu de la rééducation, même si il est pas prévu que le patient les revoie, mais pour dire « Tu te souviens de Untel ? J'arrive pas à faire telle ou telle chose, comment je pourrais ? ». Et du coup c'est arrivé aussi que mes collègues elles aillent repiocher dans le bilan de départ, parce que j'ai pas toujours, par exemple le compte-rendu du neuropsych, ces choses-là. Et donc elles me disent « Le neuropsych a vu tel ou tel symptôme », donc mettons qu'il ait des troubles exécutifs, « Voilà c'est pour ça que t'arrives pas à faire telle ou telle chose », et donc creuser plus dans tel domaine, voilà. [...] c'est quand même riche, précieux. [...] C'est une bonne aide. »

Polymnie se dit quant à elle, « *satisfaite de ces contacts-là si je les recherche, quand j'en ai besoin, ça va comme je veux. [...] C'est pas des liens très naturels, enfin mais ça me suffit [...] Pour travailler correctement avec mes patients.* » En somme, ils lui semblent suffisants pour bien travailler. Au fur et à mesure du suivi orthophonique, Melpomène communique avec les différents praticiens de l'hôpital. Là encore, c'est elle qui les sollicite :

« Régulièrement les patients, ils retournent au centre de référence pour refaire le point, en général tous les six mois. Donc à chaque fois, je recontacte l'orthophoniste ou le neuro, ou le gériatre ; et puis, pour donner un état de ce qu'on fait dans nos rééducations, de comment

c'était avant, comment c'est maintenant. [...] En général, c'est pas eux qui nous contactent. C'est moi qui prends les devants, quand le patient me dit qu'il a RDV, je prends les devants de contacter l'hôpital. »

Nous avons tenté de décrire les enjeux et la dynamique de ce réseau. Il en est ressorti que le médecin (quelle que soit sa spécialité) occupe une place hégémonique dans celui-ci, depuis le diagnostic jusqu'à la prescription. Cela induit des relations médico-orthophoniques asymétriques, à la fois à l'hôpital et en libéral. Par ailleurs, les orthophonistes sont dans une situation de concurrence (au sens de collaboration parfois teintée de compétition) avec les autres paramédicaux, notamment à propos de l'établissement du diagnostic. Cela ne se traduit de fait qu'au sein de l'hôpital, ce conflit n'apparaissant que peu dans la pratique libérale de l'orthophonie. En outre, des réseaux spécifiques aux orthophonistes existent dans la démarche d'adressage ; ils mettent en jeu différents critères de choix tels que la proximité géographique, l'intéressement et la fidélité de la coopération.

III. Un segment de marché qui se conquiert par l'expertise professionnelle

1. La construction d'un professionnel : l'orthophoniste

L'acquisition d'un nouveau segment de marché pour les orthophonistes, à savoir les soins à apporter aux personnes âgées atteintes de pathologies neuro-dégénératives, relève de plusieurs facteurs. L'élargissement des savoir-faire de la profession en fait partie. Nous repérons en effet dans les discours des orthophonistes une scission générationnelle entre les « anciennes » et « nouvelles ». Depuis une dizaine d'années, des cours de plus en plus exhaustifs sur les pathologies neuro-dégénératives voient le jour dans les centres de formation, en appui sur une légitimité médicale et scientifique reconnues publiquement. C'est d'ailleurs ce qu'affirme Rondal en 2007, dans *Orthophonie contemporaine*. La question du marché se développe en même temps que l'école déploie de nouvelles connaissances. Aussi, pour continuer à être crédible, un professionnel a besoin de se familiariser avec les nouvelles méthodes. Ce segment de marché n'est pas gagné, il se conquiert à travers l'expertise professionnelle. Pour cela, il s'agit d'acquérir de la légitimité scientifique, et de se former continuellement.

1.1. Un chemin hors des sentiers battus

La volonté de travailler auprès des patients âgés, et notamment ceux atteints de pathologies neuro-dégénératives, est rarement ancrée précocement chez l'orthophoniste. Étant donné que ces prises en soins sont reconnues depuis relativement peu de temps, et qu'elles ne constituent pas la part la plus importante de son travail, cette carrière n'est souvent pas spontanément envisagée par les étudiants en orthophonie. Cela se ressent au cours des entretiens car peu d'orthophonistes – qu'elles exercent en service gériatrique ou en libéral – sont arrivées délibérément à travailler avec ce type de public. Calliope (orthophoniste à l'hôpital) nous avoue être arrivée dans ce milieu pour des raisons financières : « *je suis arrivée on va dire dans la gériatrie pour un besoin plus... Pour*

compléter et arriver à un temps plein. » Elle poursuit : *« la gériatrie honnêtement c'était pas un rêve d'orthophoniste on va dire dans la mesure où de mon temps dans les études on ne parlait pas de gériatrie, y'avait même pas de cours de gériatrie. »* L'intérêt pour la gériatrie s'est donc traduit dans les écoles par la création de cours abordant cette question, puis par l'augmentation du nombre d'heures y étant consacrées. Ce domaine n'était apparemment pas particulièrement attrayant jusqu'à il y a peu de temps pour beaucoup d'orthophonistes. Quant à Clio (orthophoniste aux HCL), ce sont les circonstances qui l'ont amenée à être confrontée à ce type de patients :

« Le hasard lorsque je suis arrivée sur Lyon, parce que je suis pas de Lyon, fait que j'ai cherché un travail en institution et que cet hôpital m'a répondu. Et que j'ai accepté. C'était en 1979. Donc c'est pas véritablement un choix parce que je voulais travailler là-dedans, parce que à l'époque, il y avait aucune orthophoniste qui travaillait en gériatrie. [...] Non seulement ça faisait pas partie des compétences, mais y'en n'avait aucune. Donc, j'ai un peu, ici sur la région Rhône-Alpes, j'ai un peu ouvert la voie, en fait. Donc j'ai pris le poste. [...] A l'époque, en orthophonie, on n'avait aucun cours sur la personne âgée. On n'avait rien. Et en 72, en aphasiologie, [...] on n'avait pas grand chose parce qu'on ne connaissait que l'aphasie de Broca, l'aphasie de Wernicke et l'aphasie globale. L'aphasie de conduction on nous avait même pas enseigné parce qu'on ne la connaissait pas à l'époque. [...] On a fait un bond dans les connaissances neurologiques, mais moi j'étais au moment de la Préhistoire. »

De son côté, Érato, elle aussi orthophoniste en milieu hospitalier, souhaitait travailler avec l'adulte mais pas forcément âgé : *« je pense que si j'avais pas trouvé de poste en gériatrie, ouais, je serais peut-être repartie en cancéro-ORL. Enfin en tout cas j'avais très envie de travailler avec des adultes. »* Côté d'une patientèle adulte était également une envie présente chez Melpomène (orthophoniste libérale), et ce avant même de débiter ses études d'orthophonie :

« Mon souhait c'était de travailler avec des adultes depuis très longtemps, même avant de passer le concours. Je voulais être orthophoniste pour ça. Et après pendant tout mon cursus je m'intéressais plutôt à la neuro, à ces choses-là. [...] Mon mémoire je l'ai fait sur le thème aussi. »

Aussi, lorsqu'il y a quelques années, l'opportunité d'une place en hôpital auprès d'adultes âgés s'est offerte à elle, elle s'en est emparée : *« et donc après quand le poste en gériatrie m'a été proposé, naturellement j'ai dit oui parce que voilà, c'était dans ma démarche. »* Le mémoire de fin d'études de Polymnie (orthophoniste libérale) portait sur *« La perception des émotions dans la Maladie d'Alzheimer »*. Alors qu'elle était encore étudiante, elle avait donc déjà un intérêt pour le vieillissement. Elle déclare *« [avoir] choisi ce métier pour travailler avec des enfants »*, mais que *« [ses] stages en neurologie et en gériatrie »* ont provoqué chez elle un intérêt pour ces domaines. Dans le parcours d'Euterpe, elle aussi orthophoniste libérale, nous retrouvons cette naissance de l'intérêt pour l'âgé grâce aux stages. Elle nous explique :

« Au début je pensais pas du tout me lancer plus sur les pathos dégénératives, pas vraiment, mais... J'ai eu vraiment un coup de cœur en deuxième année avec le stage en maison de retraite. [...] Donc c'est là que j'ai dit : Oh, ah ouais, ça j'veux vraiment travailler avec des adultes ! »

Une fois sur le terrain, elle n'a pas travaillé d'emblée auprès d'adultes :

« J'ai commencé par un remplacement en cabinet libéral où je faisais tout, enfin je faisais tout, ben oui, les enfants, les adultes. Enfin c'était plutôt des enfants. Et en fait je suis restée dans ce cabinet où [...] petit à petit, bizarrement, les adultes sont venus. C'était très étrange... [...] C'est un gros cabinet, on est quatre-cinq. Et comme les autres filles elles aimaient pas spécialement travailler avec des adultes, moi j'aimais bien ça, donc du coup c'est moi qui me suis mise à travailler qu'avec des adultes et qu'en domicile. »

Notons que dans l'ensemble de nos entretiens, ce sont les orthophonistes entrées récemment sur le marché du travail qui ont eu le plus précocement un intérêt pour la prise en soins de l'adulte (âgé ou non), et ce avant même que leur carrière ne débute. Nous pouvons expliquer ceci par l'accroissement des cours de neurologie dispensés durant la formation. Il semblerait en revanche que ce soit la confrontation avec la patientèle âgée qui fasse naître l'intérêt pour ce type de prises en soins chez les orthophonistes plus anciennement diplômées. Calliope nous raconte à ce sujet :

« Par contre, c'est vrai que je suis restée en gériatrie, j'ai augmenté mon temps ici donc jusqu'à un mi-temps, parce que du coup le travail qui est fait dans ce domaine-là et en tout cas dans cet établissement-là, correspondait à ce que j'attendais de mon métier d'orthophoniste. Et notamment le travail d'équipe. Parce que même si j'ai toujours travaillé en milieu hospitalier, il faut avouer quand même que le travail d'équipe n'est pas le même en fonction des établissements, des chefs de service, du temps imparti aux réunions de coordination, etc. »

La gériatrie a plu à cette orthophoniste car il s'agit d'un domaine qui favorise le travail d'équipe, même si celui-ci dépend de la politique et des moyens de chaque établissement. Clio aussi s'est surprise à se passionner pour le sujet :

« Ça m'intéressait beaucoup. J'avais eu des cours sur tout ce qu'était gérontologie et gériatrie, à l'époque parce que j'ai fait une licence psycho. Donc à l'époque on commençait à parler de ça. C'était les balbutiements de la gérontologie et de la gériatrie, donc j'avais en tête, vaguement, mais très très vaguement... Je savais la définition de la gériatrie et de la gérontologie, voilà (rires) et je suis arrivée là pour un quart de temps. [...] Et donc j'ai continué, je suis restée parce que ça m'a passionnée. [...] Donc c'est vrai que le domaine de l'âgé m'a très très vite passionnée, de par effectivement le domaine de la neurologie, et puis le domaine de l'âgé, parce que je trouve que c'est une population qu'est très enrichissante et c'est aussi un travail avec la famille, la

personne et puis tout ce qui concerne un p'tit peu l'Être, pour parler psycho, mais l'Être avec un grand E. »

Érato, elle, voulait travailler avec l'adulte, mais son expérience lui a fait préférer l'âgé :

« Je voulais faire de la gériatrie en sortant. [...] En fait moi j'ai fait orthophonie pour faire de l'adulte. [...] Au départ j'étais partie sur la cancéro-ORL. Voilà, laryngectomie. [...] Et puis finalement ben, ouais non j'ai fait des stages qui m'ont moyen branchée enfin voilà... Et donc ouais, la gériatrie ça a toujours été un domaine qui m'intéressait, donc quand j'ai trouvé le poste, c'était super. »

1.2. La formation continue : une arme pour demeurer efficient

Toutes les orthophonistes des Hospices Civils de Lyon nous ont confié s'être beaucoup formées durant leur carrière. Clio, orthophoniste en leur sein, dit avoir suivi des formations :

« Neuro, oui, forcément, enfin, des formations postuniversitaires, mais je me suis pas relancée dans un diplôme universitaire. C'est simplement des formations qui m'ont été proposées [...] auxquelles j'ai participé... En neuro et en déglut. Parce qu'en déglut, là aussi, je n'avais eu aucune formation, j'en n'avais même pas entendu parler pendant mes études. »

Bien que diplômée plus tard que cette dernière, Melpomène (orthophoniste ayant exercé en service gériatrique avant de s'installer en libéral) tient des propos qui vont dans le même sens concernant les formations :

« Oui, ben du coup dans la neuro, pas mal, ouais ouais. [...] Oui, enfin, surtout des choses un peu techniques, qu'on ne voyait pas encore à l'école quand j'étais étudiante. Des choses un peu spécifiques, pour des rééducations bien ciblées. J'ai fait la LSVT, j'ai fait la TMR... Des méthodes de rééducation qu'on nous enseignait en une demi-heure, vite fait, à l'école, et du coup que je voulais approfondir. »

Quant à Polymnie (orthophoniste exerçant à la fois en service gériatrique et en libéral), elle nous dit : « *j'ai fait un DU de gérontologie en 2005-2006, et puis plein de formations proposées par le syndicat, sur l'aphasie, les troubles cognitifs. Enfin voilà, diverses formations continues conventionnelles de deux ou trois jours, par ci par là.* » Néanmoins, être toujours à la pointe peut s'avérer difficile, si l'on en croit Érato (orthophoniste en service gériatrique) :

« Alors le problème de quand on commence à être un peu expert dans un domaine, à en faire beaucoup, c'est que du coup on a du mal à trouver des formations d'expert. [...] Alors, en même temps j'y suis déjà allée pour voir. Mais en général ça m'énerve. [...] donc du coup soit c'est des trucs très généraux et ça, on l'a déjà. [...] Et autrement je participe beaucoup à des colloques. »

2. L'intérêt des réseaux

La profession s'organise elle-même. Ses membres tissent des réseaux entre les hôpitaux et le monde libéral. Cela permet d'une part un partenariat étroit, mais aussi une harmonisation des pratiques, lesquels permettent aussi de gagner en crédibilité auprès du corps médical et de la population. Ils permettent à la profession de s'imposer en tant que telle.

2.1. Proposer des réponses consensuelles

Calliope, orthophoniste en service gériatrique, nous explique l'intérêt de ces réseaux :

« Lorsque l'une d'entre nous par exemple a un problème [...], le fait de pouvoir communiquer facilement avec tout le monde [...] nous permet d'avoir une réponse et en tout cas de pouvoir apporter des réponses consensuelles. [...] Voilà, pour que chacun ne soit pas séparé dans son coin. »

Le réseau s'entraide et apporte du conseil. Clio, elle aussi orthophoniste aux HCL, le définit ainsi : *« je dirais qu'on se réunit pour essayer d'homogénéiser nos pratiques, de se former. Enfin c'est des formations un p'tit peu informelles, mais... Non, on est bien organisés sur Lyon à ce niveau-là. »* Érato, leur collègue, nous le présente en ces termes :

« Alors, soit pour échanger par exemple on va réfléchir sur quel bilan on fait chacune de notre côté, quelles épreuves... Est-ce qu'on pourrait pas harmoniser ? Toi tu fais ça c'est sympa, tiens je te pique l'idée. Soit pour des problèmes institutionnels du genre, il faut qu'on rentre nos actes dans le PMSI, faut qu'on se mette d'accord sur quel acte, voilà. Et ça peut être aussi sur les troubles de la déglutition. »

2.2. Se rendre visible

Clio nous explique que l'orthophonie à l'échelle de l'hôpital est à présent suffisamment reconnue par les médecins ; qu'il s'agit à présent de s'assurer une visibilité quand on est en libéral auprès des marchés à prescripteurs :

« Donc c'est à nous, aussi, d'être présentes et de toujours le faire reconnaître. Et on est une profession, je trouve, jusqu'à maintenant, qui... Sait faire évoluer ses pratiques de façon très je dirais performante et est toujours sur le front pour le dire. Jusqu'à maintenant je trouve qu'on est la profession paramédicale qui s'est le mieux débrouillée. [...] Mais même la pratique orthophonique individuelle. Et puis, il faut l'affirmer. Il faut l'affirmer. [...] Euh oui, il faut pas attendre qu'on nous reconnaisse, non. La pratique orthophonique, la déglutition, la place de l'orthophoniste dans la déglutition au niveau de la personne âgée, dans les institutions, ça y est. C'est même trop. On est complètement débordés par les bilans de déglut. Mais en libéral pas du

tout. Alors là y'a une prévention à faire au niveau du libéral qui est absolument, mais... Y'a une information à faire auprès des généralistes qui est géante. GEANTE. Mais alors ça c'est vrai que c'est beaucoup plus délicat. [...] Parce qu'il y a toujours le problème de la rivalité. »

Comme le déclare Pascale Trompette en 2005 dans *Une économie de la captation : les dynamiques concurrentielles au sein du secteur funéraire*, il peut aussi être question de se rendre visible au sens propre du terme, c'est-à-dire en installant son cabinet dans un endroit stratégique et en véhiculant l'idée de sa spécialisation dans un domaine précis. Les propos de Polymnie (orthophoniste libérale) rejoignent cette idée :

« Quand j'me suis installée donc en 2008 à Lyon, je me suis présentée aux médecins généralistes comme ouvrant un cabinet à destination gériatrique et neurologique, et que j'ai fait le tour des hôpitaux, notamment des Charpennes, de l'orthophoniste des Charpennes en tout cas, des orthophonistes d'Henry Gabriel, etc. Et puis [...] j'ai rencontré les gens en présentant ça et que du coup le cabinet est connu pour ça. »

Dans son cas, l'orthophoniste s'est déplacée pour se présenter et a contacté tous les potentiels prescripteurs de sa zone géographique. Euterpe, orthophoniste libérale, s'est fait connaître par le bouche à oreille, et trouve ces conditions idéales pour constituer une patientèle :

« Comme je travaillais au départ dans le cabinet d'A.D., c'était A.R., [...] Donc j'avais des patients, donc j'avais envoyé forcément des comptes-rendus concernant des patients de chez A., ET j'avais pu l'avoir plusieurs fois au téléphone, donc après ça elle me connaissait, et c'est comme ça, et comme elle travaille aussi avec T., voilà. Alors ça c'est fantastique quand ça fonctionne comme ça. »

Aujourd'hui, sa notoriété auprès des hôpitaux (un en particulier) lui permet de conquérir de nouveaux patients : « *j'ai beaucoup de patients qui viennent d'Henry Gabriel. Et comme ils m' connaissent, ils savent que c'est vers moi qu'ils peuvent les orienter.* » Cependant, elle demeure mal connue des médecins généralistes et semble le déplorer :

« Mais dans les médecins... Pourtant j'commence à en... Enfin y a des noms [...] que je vois passer, mais nan, c'est plus les patients eux-mêmes qui disent « Tiens on vous a vue dans les pages jaunes, vous êtes à côté du cabinet, enfin voilà, on a une ordonnance pour faire de l'orthophonie, vous êtes rue des B., nous on habite à côté, est-ce que c'est possible ? » Ok. Pour moi c'est un peu vexant, je dis zut, j'ai envoyé des comptes-rendus à l'autre, il réagit même pas, enfin bon souvent, [...] ils ont tellement de boulot que pff... [...] Et pourtant, là j'vois j'en ai un, C., ça fait au moins la troisième ou quatrième patiente, mais il m'a jamais envoyé. »

De fait, les médecins n'orientent pas leurs patients vers elle ; ce sont ces derniers, qui pour des raisons géographiques ou dues au hasard, viennent la voir. Le médecin généraliste que nous avons interrogé n'a pas été en mesure de nous dire avec certitude de quelle manière il avait su qu'une orthophoniste spécialisée dans les troubles liés au

vieillessement s'installait dans son quartier. Il réfléchit donc à haute voix : « *je sais pas comment je l'ai connue cette jeune-là. Mais... Est-ce qu'elle... ? Elle avait dû m'envoyer un p'tit papier quand elle s'est installée je pense. Ou elle avait dû m'dire qu'elle faisait ce genre de rééducation.* »

3. Les comptes-rendus : un moyen de séduire les adresseurs

Pour se faire connaître des prescripteurs et obtenir une renommée auprès d'eux, les orthophonistes libéraux doivent adopter des stratégies de promotion de leur expertise. L'une d'elles est le soin apporté (ou non) au compte-rendu de bilan. Nous nous apercevons en effet, que l'application apportée à ce pensum n'est pas la même selon le référentiel du médecin, et l'importance qu'il porte à ce type de documents. En s'adaptant aux attentes du médecin, l'orthophoniste montre qu'il est un bon praticien. A plus large échelle, c'est un moyen pour lui de faire valoir son expertise au quotidien, et donc de jouer sur le marché. En ce sens, un compte-rendu adapté au médecin qui le reçoit n'est autre qu'une opération d'attractivité, de séduction (terme employé par Cochoy dans son livre : *De la curiosité. L'art de la séduction marchande*). Par ailleurs, lorsqu'il existe une connivence entre les professionnels aux connaissances communes (généralistes/orthophonistes ou orthophonistes/orthophonistes), ces stratégies de séduction deviennent plus marquées. Un généraliste persuadé du savoir-faire de l'orthophoniste en matière de compte-rendu est un potentiel adresseur de plus pour celui-ci. À titre d'exemple, prenons C., cité à plusieurs reprises dans nos entretiens. Ce neurologue prescrit beaucoup d'orthophonie, ce qui permet à la profession d'orthophoniste de se construire une expertise clinique et lui permet de conquérir progressivement le segment de marché que représente la population vieillissante et malade. En retour, les comptes-rendus orthophoniques se font de plus en plus adaptés à ses propres attentes, ce qui renforce son statut d'adresseur. Le cercle vertueux de l'adressage se met alors en marche.

3.1. Un support de communication

« C'est toujours difficile de savoir si les comptes-rendus sont lus. Souvent si, y'a que les conclusions qui sont lues. Donc en général j'en mets un maximum dans la conclusion. [...] Après ça dépend des médecins, hein. Souvent, ils aiment quand même mieux échanger à l'oral. C'est quand même le canal privilégié. Parce que lire un compte-rendu, ça leur demande du temps, et y'a parfois des choses qui leur échappent, ou des mots qu'ils connaissent pas, ou des concepts qui sont un peu flous, enfin voilà, sur le langage les médecins ils sont pas tout à fait bien au point, sur les troubles du langage par exemple. [...] Donc du coup, quand ils lisent un compte-rendu, bon y'a un mot qui passe pas ben, ils vont pas chercher plus à le comprendre, ils passent à la suite. Donc du coup y'a plein d'infos qui passent pas. À l'oral c'est quand même plus facile d'échanger. [...] Par téléphone. »

D'après cette orthophoniste, Melpomène (exerçant en libéral), les médecins ont peu de temps pour lire en détail les comptes-rendus des orthophonistes. Selon elle, il est par conséquent préférable de passer par le téléphone, canal qui leur permet d'élucider un terme qui leur paraîtrait flou ou une conclusion jargonnante. C'est une des raisons pour

lesquelles, Polymnie (orthophoniste en libéral) s'efforce de rédiger des comptes-rendus succincts : « *j'essaie toujours de faire des comptes-rendus synthétiques pour avoir une chance qu'ils soient lus en entier [...] en fonction de leur pertinence... J'donne assez peu de détails.* » Elle précise qu'elle adapte ses comptes-rendus aux médecins à qui elle les envoie :

« Ça m'arrive [...] d'étoffer ce que je raconte dans les anamnèses pour certains médecins [...] qui eux, pareil, ont un sens de l'anamnèse assez précis. Et ça m'arrive pour d'autres de faire un compte-rendu ENCORE plus concis parce que je sais que sinon ils le liront vraiment pas. »

Le médecin gériatre et les orthophonistes des services gériatriques qui ont reçu le patient antérieurement reçoivent un bilan orthophonique de la part de Melpomène :

« Moi je fais toujours un compte-rendu de bilan. [...] Ouais, du centre et puis au gériatre aussi, enfin c'est le gériatre qui fait la prescription donc, de toute façon je l'envoie au gériatre. Et puis j'envoie le double à l'orthophoniste. [...] Du même service. Parce que mes comptes-rendus circulent pas forcément au sein de l'équipe, il peut avoir des loupés, donc j'envoie aux deux, comme ça... »

Euterpe, orthophoniste libérale, ne fait pas systématiquement de compte-rendu de ses bilans, du moins adapte-t-elle leur contenu en fonction de la personne à qui elle les adresse :

« Je vous avoue que parfois plus simple j'en fais pas. Pff, parce que... A quoi ça sert. [...] Après ça limite, peu importe le médecin... Moi je sais ce que j'ai fait. Par contre effectivement, si y'a un neurologue là je vais en mettre un coup, et ça je me suis rendue compte de la différence... C'est pas sympa, parce que y'a des patients... Peut-être autant m'investir, mais, le compte-rendu, si je sais que c'est un neurologue qui me le demande, et je sais que ce neurologue va le lire vraiment, là je vais faire un truc qui tient la route [...] Là je vais m'arranger pour que... Pour faire un compte-rendu solide, je sais qu'il sera pris en compte, je sais que l'équipe le lira. Là oui. Mais un médecin traitant, pff, tu parles ! Il le classe dans un coin et puis c'est tout, éventuellement il le ressortira mais c'est tout. »

Ainsi, elle soigne particulièrement les comptes-rendus qu'elle envoie aux neurologues. En échange, il semblerait que le médecin ne fasse jamais de retour à l'orthophoniste sur son travail, ses comptes-rendus : « *Pffff. Que dalle, hein !* » Euterpe et Melpomène s'accordent sur ce point. Cette dernière se déclare satisfaite de ses rapports : « *bon, ben moi ça me va bien, hein, ouais ouais ben moi je suis bien, hein.* » Elle affirme :

« Bah comme je pense beaucoup d'orthophonistes, moi j'aimerais avoir un relationnel privilégié avec les médecins, que ce soient les médecins hospitaliers ou les médecins de ville, parce que voilà, on parle beaucoup de réseau de soins, et du lien ville hôpital, etc., qui existe encore pas du tout dans les faits en tout cas. »

3.2. Un media efficace ?

Les orthophonistes en libéral adressent leurs bilans aux médecins de l'hôpital gériatrique et réciproquement. C'est ce que nous dit Terpsichore (médecin gériatre) :

« Y'a pas mal d'orthophonistes [...] qui nous adressent des courriers, les comptes-rendus de leurs bilans [...]. Enfin elles savent qu'ils viennent en consultation mémoire. Quand le patient est d'accord, parce que, il donne son accord pour qu'on envoie le courrier médical en copie à l'orthophoniste ; moi je le fais, je le fais assez souvent. En principe on doit adresser de médecin à médecin, mais à partir du moment où le patient donne son accord en connaissance de cause, je pense que ça peut les aider aussi à savoir ce qui se passe. »

Elle ajoute : « *le patient Alzheimer en particulier est quand même assez morcelé donc, il a en général beaucoup d'intervenants, parfois plusieurs médecins spécialistes. Donc il est primordial qu'il y ait une cohérence dans les soins, et que l'information circule.* » Selon elle, le travail en réseau est donc indispensable dans ce type de pathologie. Généralement, les comptes-rendus des orthophonistes sont lus par les médecins, qu'ils exercent à l'hôpital, ou bien en libéral, comme Thalie (médecin généraliste) : « *ouais je le lis. Mais enfin voyez, nous on travaille tout dans le...* » Elle laisse néanmoins entendre qu'elle manque de temps pour cela. Elle confesse : « *j'avoue que j'y fais pas bien attention. On devrait mais on n'a pas bien le temps. Parce qu'on fait tout. On fait tout toute la journée, on prend des urgences.* » C'est pourquoi la neurologue dit préférer recevoir des comptes-rendus synthétiques afin de situer le patient :

« Pas trop long. Donc c'est-à-dire on n'a pas besoin de trois pages parce que de résumer... Nous, c'est vrai, des fois quand on a reçu un bilan de trois-quatre pages, on va directement sur la conclusion, honnêtement. Donc c'est vrai que on a plein de patients, on n'a pas le temps de tout lire en plus vous êtes hyper spécialisés. Les détails, tout ça... Nous on a besoin de savoir le patient, quel est le problème, quel est le niveau, [...] et quel est le conseil, est-ce que les séances d'orthophonie apportent bénéfice, pour nous c'est le plus important un retour comme ça. »

Thalie demande aussi à ce que ces rapports soient plus brefs : « *voilà, plus résumés* » L'avis de Terpsichore (médecin gériatre) diverge quelque peu ; elle dit prendre le temps de consulter ces comptes-rendus, car elle en saisit le sens :

« Ah oui moi j'aime bien avoir des retours [...] des orthophonistes, oui oui. [...] moi je regarde tout en détails, [...] ça permet déjà de voir un petit peu où en est le patient, comment ça évolue donc... Étant donné que nous on est dans un domaine spécialisé d'Alzheimer, puisqu'on est un centre expert, les tests, on les connaît finalement. [...] Donc on sait de quoi ça parle. »

Elle ajoute que cela ne doit pas être le cas des médecins généralistes, moins familiarisés aux tests que font passer les orthophonistes :

« Je pense qu'un médecin traitant a pas la même attitude, parce que la plupart des tests, en fait il les connaît pas donc ça lui parle pas vraiment, hormis ceux qui se sont plongés dedans. Tandis que nous ici, enfin je parle pas que pour moi, mais... L'ensemble des médecins qui exerce en consultation mémoire en général il connaît bien les tests [...]... Donc c'est des choses qui nous renseignent vraiment sur le patient. »

Ses propos sont confirmés par ceux de Thalie : « *enfin, on a surtout les comptes-rendus pour tous les enfants, et qui sont EXTREMEMENT détaillés, très techniques. Ça nous dépasse un peu parce que nous on n'est pas du tout dans ce domaine précis.* »

L'avalanche de précisions techniques très spécialisées rend les comptes-rendus quelque peu nébuleux, selon elle. Les comptes-rendus traitant d'atteintes neuro-dégénératives font déjà plus sens pour Terpsichore, étant donné sa spécialisation en gériatrie :

« Ça nous parle plus, effectivement [...] Voilà, puis après c'est intéressant de savoir ce qu'il va faire en séances, et comme type de travail cognitif. Surtout que parfois, ben il peut y avoir, ça peut se faire de façon parallèle, la prise en charge ici de groupe et la prise en charge individuelle en ville. Donc voilà, ça peut être important qu'il y ait une cohésion sur les soins. [...] Et puis en plus les orthophonistes elles les voient en situation réelle. [...] Parfois avec la famille sur place, chez eux. Donc ça aussi c'est important puisque nous on n'intervient pas sur le domicile. »

Grouper les points de vue autour du patient pour la cohérence des soins et tenir compte du regard plus écologique de l'orthophoniste lui semble important.

4. Une importance grandissante de l'orthophonie

4.1. Le fait du médecin

La collaboration entre le médecin et les professionnels paramédicaux se fait de façon plus privilégiée au sein des services gériatriques des Hospices Civils de Lyon qu'à l'extérieur, en libéral. Calliope (orthophoniste aux HCL) dit à propos de son service : « *il me semble que le service d'orthophonie a dû commencer [...] en même temps que le service kiné, ergothérapie et psychomotricité* ». Cela signifie que, dès la mise en place des services prenant en soins les personnes âgées, dont celles atteintes de pathologie neuro-dégénérative, l'orthophonie a eu sa part, au même titre que les autres professions paramédicales. Elle ajoute que le temps de travail alloué aux orthophonistes dans son service a augmenté avec le temps : « *ce quart de temps a augmenté sur un trois quarts de temps, donc actuellement nous sommes deux : une collègue qui est à un quart de temps et moi-même à mi-temps* ». Cela met en lumière le fait que l'orthophonie a su garder et étendre ce territoire professionnel. Clio (orthophoniste en service gériatrique) constate également que le temps de travail accordé aux orthophonistes tend à augmenter :

« En l'année 2012 nous sommes cinq orthophonistes. Y'a pas très longtemps qu'on est cinq orthophonistes. [...] Moi j'ai travaillé trente

ans toute seule ici. [...] Moi je travaille ici depuis 79. Donc ça fait quand même un bail. Plus de trente ans. Eh ben l'orthophoniste elle est reconnue, pas depuis très, enfin véritablement sa place, on est cinq que depuis quatre ans. Et j'ai travaillé vingt-huit ans toute seule. [...] Mais c'est vrai que [...] j'ai créé le besoin. Et pas un besoin inutile. J'ai vraiment prouvé que ça pouvait apporter. Et dans cela je suis contente. »

Calliope regrette cependant certaines choses :

« Ici, dans cet établissement, malheureusement les consultations mémoire ne se font qu'avec une neuropsychologue, parce qu'il n'y a pas eu de temps d'orthophonie dédié à cette activité. [...] De nombreux patients ne sont vus que par le médecin et la neuropsychologue, sans bilan de langage, donc voilà. Je pense qu'après, forcément, pour certaines pathologies dégénératives, qui portent plus sur le versant langagier, c'est sûrement un manque. »

Effectivement, il est étonnant que les consultations mémoires ne se fassent pas en présence d'orthophonistes dans certains services des Hospices Civils de Lyon alors que leur présence est obligatoire dans certains autres pour ces consultations. C'est bel et bien le médecin qui permet à l'orthophoniste – ou n'importe quel paramédical - d'avoir sa place parmi les autres au sein d'un service gériatrique. Elle nous dit à ce propos :

« Et ici c'est vrai que ce qui m'a plu c'est ce travail d'équipe, la place que peut avoir l'orthophoniste, une place vraiment à part entière, même à l'époque où on était juste à un quart de temps. Mais voilà, les médecins donnaient quand même suffisamment d'importance à notre métier pour nous permettre d'avoir une place, on va dire, parmi l'équipe de rééducation. Et donc, cette place a augmenté, même si globalement aujourd'hui on est quand même les rééducateurs les plus pauvres - entre guillemets - en temps de travail. »

4.2. Connaissance et reconnaissance de l'orthophonie : un processus en cours

Néanmoins, s'il semble que l'orthophonie s'est imposée petit à petit comme profession à part entière, notamment par l'accroissement du temps de travail alloué aux orthophonistes dans les hôpitaux, et par l'augmentation du nombre de postes, qu'en est-il de l'image qu'elle véhicule auprès de tout un chacun ?

4.2.1. Des profanes

Pennec écrit en 2007 que les besoins des personnes âgées en matière d'orthophonie seraient peu pris en compte. Aux dires de Melpomène (orthophoniste libérale), l'orthophonie demeure en effet méconnue des patients pour ce qui concerne les maladies neuro-dégénératives :

« Les patients non, ils savent pas du tout que ça existe... D'ailleurs, en général, ils arrivent en disant : « Mais pourquoi il m'envoie là, le docteur ? L'orthophonie c'est pour les enfants ! [...] On va faire la classe ? Vous allez m'apprendre à lire et écrire ? » C'est un peu ce discours-là, donc les patients c'est non, pas du tout. »

Euterpe, qui elle aussi travaille en libéral, détient un avis similaire. Elle l'argumente en citant les propos de certains membres de son entourage, profanes, qui ne saisiraient pas bien l'intérêt d'un tel travail auprès de patients âgés :

« Au niveau des gens, que ce soit des amis et tout, « Bah finalement ça sert à quoi ce que tu fais ? Tu crois vraiment que ce soit utile ? Qu'est-ce que tu leur fais faire ? » C'est très très très délicat parce que justement, ils se disent de toute façon ça sert à rien, ils vont tout perdre ; et ce à quoi en général j'y réponds : « Bah oui, autant les tuer tout de suite alors...! » Qu'est-ce qu'on fait alors dans ce cas-là ? »

Au contraire, pour Polymnie (orthophoniste libérale), le métier d'orthophoniste « *est assez souvent TRES BIEN reconnu et valorisé par les familles et les patients, enfin notamment dans notre cabinet, les patients sont heureux de venir et les familles elles valorisent vraiment notre travail.* » Pour Clio (orthophoniste aux HCL), d'accord avec cette dernière affirmation, la reconnaissance met du temps à faire sa place mais néanmoins s'impose petit à petit :

« Et puis maintenant la population elle se rend bien compte que l'Exélon ça peut stabiliser un temps, mais un petit temps. Et puis ça ne va pas arrêter l'aggravation. Et l'Aricept. Donc la seule demande véritable, c'est effectivement l'orthophonie. [...] Et c'est vrai que nous, je trouve que [...] on continue beaucoup d'avancer et dans l'expertise, et dans le mode de prise en charge. Et que en général, les familles et les patients sont très contents de la prise en charge orthophonique et même les orthophonistes ont énormément de mal à lâcher leurs patients. Et donc je pense, ça commence à s'inscrire dans la pratique. [...] Enfin un tout petit peu dans... Comment dire ? La pensée collective, du moins un petit peu médicale, de l'adulte âgé. La place de l'orthophoniste auprès de la personne âgée, la reconnaissance, c'est très lent. »

Érato (orthophoniste en service gériatrique) le constate également, mais, pour elle, le médecin considère les bienfaits de l'orthophonie d'une façon plus globale :

« À chaque fois que je les ai au téléphone j'ai vraiment le sentiment que notre travail est reconnu. Alors pas forcément reconnu en termes d'amélioration des capacités langagières, mais ça peut être reconnu en termes de, presque de soutien psychologique. Dans le fond ce monsieur, certes, le patient, le médecin dit : « Ouais, il a pas fait tellement de progrès, mais il va tellement mieux ». Voilà. Et donc du coup le médecin ce qu'il voit c'est quelqu'un qui va mieux psychologiquement, qui communique probablement du coup mieux, pas forcément avec des meilleurs mots mais, il se sent mieux voilà. Donc l'orthophoniste, au moins ça sert à ça, quoi. »

4.2.2. Des médecins

Selon Polymnie (orthophoniste libérale), le travail orthophonique auprès des patients serait mieux reconnu par les familles que par les médecins. Cependant, elle tempère ensuite ses paroles : « *et après ça dépend vraiment des médecins.* » Certains médecins ignorent que l'on peut suivre des patients âgés en orthophonie, même si cela tend à « *se démocratiser* » :

« Et les autres professionnels... Alors les médecins généralistes ça dépend beaucoup. C'est quand même en train de se savoir [...] de mieux en mieux. Mais y'a des médecins qui sont encore étonnés de savoir qu'on peut travailler dans ces maladies-là : « Et pourquoi, à quoi ça sert ? », enfin ils vont poser des questions comme ça, mais... Mais je trouve qu'au fil des ans quand même ça s'arrange. Enfin, vraiment, ça se connaît de mieux en mieux. [...] Le travail d'orthophoniste. »

Les médecins manqueraient de connaissances quant à l'étendue de la juridiction professionnelle des orthophonistes :

« Une méconnaissance de notre métier et de ce qu'on peut faire avec ces patients-là, même ici au sein de l'hôpital y'a des médecins qui découvrent maintenant alors que ça fait quinze ans qu'il y a des orthophonistes même peut-être plus ... Que on peut prendre en charge des troubles de la mémoire. Donc une méconnaissance. »

Melpomène (orthophoniste libérale) ajoute :

« Ah ben quand on est sur des choses très concrètes du quotidien, ils comprennent que oui, c'est utile ouais. [...] Et surtout quand on échange sur la personne en particulier. Oui oui, ça, ils voient que, ben y'a un gain quand même au quotidien, ouais. Après, [...] si on parle de choses techniques, sur le langage, ou la mémoire, où là, que ça devient plutôt abstrait pour eux, et qu'ils font pas forcément de lien avec le quotidien de la personne, bon ils vont écouter gentiment mais, bon là ils vont se dire « C'est un peu fumeux », quoi. Je pense, enfin c'est l'impression qu'ils donnent. Mais sur les choses écologiques et quotidiennes, qu'on peut faire en orthophonie, et ben ils sont à fond les médecins, ouais, ça leur parle vraiment, ouais. Et ils sont en demande de ce travail-là. Parce que y'a pas grand monde qui le fait autrement. L'organisation dans le quotidien pour pas oublier, pour pas perdre ses affaires, pour gérer ses rendez-vous, toutes ces choses-là... Continuer à se faire à manger, enfin... On peut travailler sur beaucoup de choses quand même au quotidien. Donc c'est très utile. Et puis le médecin en est conscient très vite, quoi. »

Selon elle, les médecins trouveraient un intérêt à l'orthophonie dans les situations concrètes, celles qui touchent la personne dans son quotidien. Selon Clio (orthophoniste en service gériatrique) en revanche, l'orthophonie s'imposerait dans certains cas aux médecins comme une solution alternative à la prise médicamenteuse :

« Le travail orthophonique auprès des personnes âgées commence à être reconnu par les médecins. Ça commence parce que pour la bonne raison que la seule réponse que l'on peut donner à des patients dont on fait le diagnostic de maladie d'Alzheimer, de démence à corps de Léwy ou d'APP, [...] c'est une prise en charge orthophonique. Tandis que les neuropsychologues, c'est bien pour nous, ne proposent pas ça. C'est la seule réponse qu'on peut donner à des familles qui sont demandeuses. Y'a des patients qui sont demandeurs. Beaucoup d'entre eux. Demandeurs d'un travail pour essayer d'entretenir, de stabiliser, parfois avec des illusions... Mais la seule réponse... Le médecin il a besoin d'avoir des réponses. Pour l'instant y'a pas de médicaments qui guérissent. On est dans la phase de désillusions par rapport aux molécules qu'on donne depuis de nombreuses années. »

Euterpe (qui exerce en libéral) est moins tempérée ; elle suppose que si les médecins ne prescrivent pas, c'est qu'ils ne voient pas l'intérêt de l'orthophonie : « *Donc peut-être aussi que le médecin traitant quelque part il sentait que pff ! Oui, bien sûr on peut faire ça mais ça va servir à rien.* » Cependant, elle corrige ses propos : « *beaucoup plus reconnu par les médecins, par les auxiliaires, par le milieu médical et paramédical, ça oui ! Ouais. [...] Vraiment on sent qu'on est prises au sérieux.* » Au fil du temps, cette profession vivrait une reconnaissance accrue des milieux médical et paramédical.

CONCLUSION

À la base de notre travail, nous nous sommes posé la question suivante : « Comment se constitue le nouveau territoire professionnel qu'est le segment du vieillissement pour les orthophonistes et comment se construit parallèlement leur expertise professionnelle dans ce domaine ? » Pour apporter des réponses à cette problématique, nous avons interrogé des professionnels - orthophonistes et médecins - travaillant au contact des personnes âgées, et avons fait ressurgir les points consensuels de leurs discours. Aussi, plusieurs éclairages apparaissent.

Tout d'abord, nous avons pu confirmer le fait que l'orthophoniste est sous la dépendance prescriptive du médecin : seule la prescription médicale peut permettre à l'orthophoniste de perdurer sur ce nouveau segment de marché qu'est le vieillissement. En retour, l'orthophoniste est un moyen pour le médecin de continuer à accroître et/ou fidéliser sa propre patientèle. Il existe donc une ambivalence dans leurs rapports. Le compte-rendu orthophonique est un moyen pour eux d'être en contact, mais il est dans l'intérêt de l'orthophoniste de le soigner : ne pas l'alourdir (sauf si le médecin est spécialisé en gériatrie) et viser une conclusion synthétique mais complète. Par ailleurs, nous avons vu que la recherche de compromis entre l'orthophoniste et les autres paramédicaux n'est pas la même selon que l'orthophoniste exerce en libéral ou dans un service gériatrique. Une certaine compétition apparaît quant à l'établissement du diagnostic, qui impacte par la suite sur la trajectoire de soin du patient âgé. Il ressort aussi de ce travail que les orthophonistes des services gériatriques dirigent la trajectoire de soins du patient en participant au diagnostic, puis en adressant la personne à un orthophoniste en libéral qui poursuit le soin. Cet adressage ne se fait pas au hasard, et répond en fait à l'existence d'un réseau de professionnels intéressés par le thème du vieillissement. Enfin, nous avons pu voir que ce nouveau domaine d'intervention thérapeutique en santé publique, le vieillissement, n'a pu être conquis par les orthophonistes que par une expertise reconnue par d'autres professionnels à ce sujet. L'accroissement du nombre d'heures de cours sur le vieillissement dans la formation initiale, l'essor de la recherche clinique et de la formation continue en sont à la fois les causes et les conséquences.

Notre souhait était de nous représenter plus clairement le parcours proposé ou effectif de praticien en faveur des patients atteints de pathologies neuro-dégénératives dans une ville de taille importante telle que Lyon. Aussi, il pourrait être intéressant de mener cette étude sur un échantillon plus conséquent, de l'importance d'un département, d'une région, voire même au niveau national. Parallèlement, une étude similaire menée dans une zone rurale pourrait également être intéressante... Et mettrait certainement en évidence des processus différents. Par ailleurs, interroger des médecins qui au contraire ne prescrivent pas d'orthophonie pour de tels patients, aurait pu nous permettre de connaître leur point de vue, notamment quant à la profession d'orthophoniste et quant à l'intérêt du maintien de la communication chez les adultes âgés.

BIBLIOGRAPHIE

Abbott, A. (1988). *The system of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago-Londres, University of Chicago Press.

Aïach, P., Fassin, D. et Saliba, J. (1994). *Crise, pouvoir et légitimité* in Aïach, P. et Fassin, D. (dir) *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Anthropos : Paris. (pp. 9-43)

Balboni, A.-L. et Durand, C. (2009). *La construction du soin orthophonique : l'exemple de la prise en charge du patient âgé*.

Benghozi, P.-J. et Paris, T. (2003). *De l'intermédiation à la prescription : le cas de la télévision*, Revue française de gestion, Vol. 29, n° 142, janvier-février, (pp. 205-227).

Bergeras, M. et Tain, L. (2007). *Des orthophonistes dans le monde de la voix : savoir, savoir-faire et légitimité*. Dans L. Tain : *Le métier d'orthophoniste* (p.205 à 216). Rennes : ENSP.

Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*, 2è éd., 2001. Paris : Nathan.

Blanchet, A. et Gotman, A. (2010 deuxième édition). *L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand Colin.

Blot, C. et Cortet-Dauly, L. (2012). *Le médecin généraliste face à la prescription orthophonique : représentation, pouvoir et légitimité*.

Bourdieu, P. (1978). *La jeunesse n'est qu'un mot*, dans Questions de sociologie. Paris : Editions de Minuit.

Brun, C. (2009). *Étude des trajectoires différenciées des orthophonistes en libéral autour du segment du vieillissement*.

Caradec, V. (2004). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Armand Colin.

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

Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : PUF.

Chapireau, F. (2001/4). *La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, dans Gériologie et Société (p.37 à 56), n°99.

Claus, S. (2010). *Quels modèles de prescription pour le livre ?*, (p.16 à 18).

Cochoy, F. (1999). *Une histoire du marketing. Discipliner l'économie de marché*. Paris : La Découverte.

Cochoy, F. (2011). *De la curiosité. L'art de la séduction marchande*. Paris : Armand Colin.

Coleman, J. (1990). *Foundation of Social Theory*. Belknap Press.

Degenne, A. et Forsé, M. (1994). *Les réseaux sociaux. Une analyse structurale en économie*. Paris : Armand Colin.

Demazière, D. et Dubar, C. (1999). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion de Demazière et Dubar*, symposium, sociologie du travail, vol.41, n°4, (pp. 469-479).

Di Maggio, P. et Louch, H. (1998). *Socially embedded consumer transactions : for what kind of purchases do people must often use networks ?* American Sociological Review.

Dubuisson-Quellier, S. (2008). *De la souveraineté à la gouvernance des consommateurs : l'espace du choix dans la consommation*, L'Économie politique, 2008/3 n° 39, (pp. 21-31). DOI : 10.3917/leco.039.0021

Dubuisson-Quellier, S. (1999). *Le prestataire, le client et le consommateur : sociologie d'une relation marchande* (p.671 à 688). Éditions Ophrys et association Revue Française de Sociologie vol 40, n° 4.

Elster, J. (1989). *Nuts and Bolts for the Social Sciences*. Cambridge UP.

Freidson, E. (éd.) (1971). *The Professions and their Prospects*, Beverly Hills-Londres, Sage.

Granovetter, M. (1974). *Getting a Job*. Chicago UP. 1995.

Hatchuel, A. (1995). *Les marchés à prescripteurs. Crise de l'échange et genèse sociale*, in Jacob, A. et Vérin, H. (éd.). Paris : L'Harmattan.

Hughes, E. C. (1958). *Men and their Work*, Glencoe (Ill.), The Free Press.

Karpik, L. (2000). *Le Guide rouge Michelet*, Sociologie du travail.

Karpik, L. (1989). *L'économie de la qualité*, in: Revue française de sociologie. 30-2. (pp. 187-210).

Kremer, J. M. (1993). *L'orthophonie est-elle utile auprès de la personne âgée ?*, questions de logopédie (pp.113-149).

Luca, V. (de) et Vilboux, R. (2007). *L'émergence de l'orthophonie : à la croisée des chemins (1930-1940)*. Dans L. Tain : *Le métier d'orthophoniste* (p.21 à 31). Rennes : ENSP.

Pennec, S. (2007). *Les troubles du vieillissement : une voie nouvelle pour les orthophonistes ?* Dans L. Tain : *Le métier d'orthophoniste* (p.205 à 216). Rennes : ENSP.

Perdrix, R. (2007). *Élaborer des frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité*. Dans L. Tain : *Le métier d'orthophoniste* (p.149 à 159). Rennes : ENSP.

Perdrix, R. (2007). *Rencontrer les acteurs, comprendre une profession : l'éclairage qualitatif*. Dans L. Tain : *Le métier d'orthophoniste* (p.283 à 293). Rennes : ENSP.

Rondal, J. A. (2007). *Orthophonie contemporaine* (p.23 à 46). Isbergues : Orthoéditions.

Rostaing, C. (2007). *Des orthophonistes dans deux services hospitaliers : de la difficulté de faire équipe*. Dans L. Tain : *Le métier d'orthophoniste* (p.161 à 168). Rennes : ENSP.

Rousseau, T. (2004). *Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives*, in *Les approches thérapeutiques en orthophonie*, tome 4 : *Prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique*. Isbergues : Orthoédition.

Steiner, P. (2007). *La sociologie économique*. Paris : La Découverte.

Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.

Thévenet, A. (1989). *Le Quatrième Age*. Paris : PUF.

Trompette, P. (2005). *Une économie de la captation : les dynamiques concurrentielles au sein du secteur funéraire*, dans *Revue française de sociologie* (p.233 à 264) (vol. 46)

Uzzi, B. (1996). *The sources and consequences of embeddedness for the economic performance of organizations : the network effect*. American Sociological Review.

Wasserman, S. et Faust, K. (1994). *Social Network Analysis*. Cambridge UP.

Wianance, M. *Rapport 2010 du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées*.

GLOSSAIRE

ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien destinée aux médecins

1. Parcours professionnel du médecin

D'où vient votre intérêt pour les patients âgés ?

Avez-vous suivi une formation spécifique concernant le soin des patients âgés ?

Votre spécialité vous amène-t-elle à être plus en contact avec des orthophonistes que d'autres spécialistes ?

2. Parcours du patient

Quel est son parcours type ?

A-t-il vu d'autres médecins avant vous ? D'autres professionnels ?

Dans quel cas prescrivez-vous un bilan orthophonique ?

Vous arrive-t-il de ne pas en prescrire ?

3. Collaboration avec les autres médecins

Y en a-t-il une avec d'autres médecins, notamment ceux qui n'ont pas la même spécialité que vous ?

4. Collaboration avec les orthophonistes

Arrive-t-il que vous adressiez directement le patient à un orthophoniste ?

Selon quels critères choisissez-vous l'orthophoniste à qui vous adressez le patient ?

Aviez-vous travaillé avec cet orthophoniste auparavant ?

Si oui, pourquoi préférez-vous travailler avec lui ?

Après la prescription, avez-vous maintenu un lien avec lui ?

Le faites-vous habituellement ?

Êtes-vous globalement satisfait de vos relations avec les orthophonistes ?

5. Efficacité du soin orthophonique

Vous assurez-vous que les soins prescrits ont été administrés ?

Si oui, comment le vérifiez-vous ?

Pensez-vous que les séances d'orthophonie sont bénéfiques à votre patient ?

Recevez-vous des comptes-rendus de la part de l'orthophoniste ?

Si non, comment l'expliquez-vous ?

Si oui, les lisez-vous ?

Les trouvez-vous satisfaisants ?

Quels éléments aimez-vous trouver dans un compte-rendu de bilan orthophonique ?

À quoi êtes-vous le plus sensible à cette lecture ?

Annexe II : Grille d'entretien destinée aux orthophonistes libéraux

1. Parcours professionnel

Pouvez-vous me parler un peu de votre parcours ?

Dans quelle école avez-vous été formé ?

Depuis quand travaillez-vous en libéral ?

Avez-vous déjà exercé l'orthophonie en étant salarié ?

Quel était votre sujet de mémoire ?

Avez-vous suivi des formations complémentaires dans le domaine de la gériatrie depuis votre diplôme ?

De quelle façon est apparu chez vous l'intérêt pour les patients âgés ?

Pensez-vous que votre parcours a favorisé votre intérêt pour les patients atteints de pathologies dégénératives ?

2. Parcours des patients

Pouvez-vous me donner un parcours typique d'un patient atteint d'une pathologie dégénérative ?

D'où viennent les patients avant d'arriver à votre cabinet ?

Quel est l'intitulé de la prescription ?

Quel est le stade de la maladie des patients à leur arrivée dans votre cabinet ?

Qui vous adresse généralement les patients âgés ?

Sont-ce toujours le même médecin, le même service gériatrique ?

Ou y en a-t-il plusieurs ?

Aviez-vous déjà travaillé avec lui/eux ?

Est-ce parfois un orthophoniste qui vous adresse des patients ?

Dans ce cas, est-ce toujours le même ou y en a-t-il plusieurs ?

Que ce soit un médecin ou un service gériatrique, pourquoi vous adresser le patient en particulier, selon vous ?

3. Collaboration avec les médecins

Connaissez-vous bien les médecins prescripteurs ?

Comment définiriez-vous vos relations avec eux ?

Avez-vous le sentiment d'être des partenaires privilégiés ?

Comment expliquez-vous que certains médecins ne prescrivent pas d'orthophonie aux personnes âgées atteintes de maladies neuro-dégénératives ?

Comment choisissez-vous les informations qui apparaissent dans vos comptes-rendus ?

Adaptez-vous le contenu du compte-rendu en fonction du médecin à qui vous l'adrezsez ?

Avez-vous des retours sur vos comptes-rendus de la part du médecin ?

Êtes-vous satisfait de cette situation ?

Gardez-vous contact avec eux lors de la prise en soins ?

Souhaiteriez-vous voir ces contacts évoluer ?

En quel sens souhaiteriez-vous qu'ils évoluent ?

4. Collaboration avec les orthophonistes des services gériatriques

Travaillez-vous souvent avec ces orthophonistes ?

Si oui, pourquoi préférez-vous travailler avec eux ?

Après la prescription, avez-vous maintenu un lien avec eux ?

Le faites-vous habituellement ?

S'assurent-ils que les soins prescrits ont été administrés ?

Si oui, comment ?

Envoyez-vous des comptes-rendus à l'orthophoniste du service gériatrique ?

Si oui, quels éléments y faites-vous figurer ?

Sont-ce les mêmes que pour les médecins ?

Êtes-vous satisfait des contacts que vous avez avec les orthophonistes des services gériatriques ?

Souhaiteriez-vous voir ces contacts évoluer ?

En quel sens souhaiteriez-vous qu'ils évoluent ?

5. Évaluation de l'efficacité du soin orthophonique

Comment mesurez-vous les progrès de votre patient ?

A qui en faites-vous part de manière la plus privilégiée ?

Dans la prise en soin des personnes âgées, existe-t-il d'autres professions ayant un champ d'action similaire au vôtre ?

Êtes-vous en contact avec des membres de ces professions ?

Comment délimitez-vous vos champs d'actions respectifs ?

Avez-vous le sentiment que le travail orthophonique auprès des patients âgés est bien reconnu ?

Annexe III : Grille d'entretien destinée aux orthophonistes des services gériatriques

1. Histoire du service gériatrique

Comment ce service est-il né ?

Avez-vous contribué à sa création ?

Le service se rattache-t-il à un/des courant(s) théorique(s) ?

Comment les choses ont-elles évolué depuis le début ?

Pouvez-vous me rappeler quel est son rôle ?

Quels sont, selon vous, les intérêts d'un tel service ?

Quelle est la place de l'orthophoniste dans le service ?

Quels autres professionnels pouvons-nous y rencontrer ?

Les différents professionnels collaborent-ils autour du patient âgé ?

De quelle manière ?

Que pouvez-vous me dire des autres services gériatriques des hôpitaux de Lyon ?

Que partagez-vous, qu'avez-vous en commun avec les autres professionnels du réseau ?

2. Parcours professionnel de l'orthophoniste

Pouvez-vous me parler un peu de votre parcours ?

Comment êtes-vous arrivé à travailler dans ce centre mémoire ?

Dans quelle école avez-vous été formé ?

Quel était votre sujet de mémoire ?

À quand remonte votre arrivée dans le service gériatrique ?

Dans quelles conditions s'est-elle effectuée ?

Travaillez-vous en cabinet libéral par ailleurs ?

Avez-vous suivi des formations complémentaires depuis votre diplôme ?

Pensez-vous que votre parcours a favorisé votre entrée dans le service ?

3. Parcours des patients qui transitent par le service

D'où viennent les patients qui arrivent dans votre service ?

Pouvez-vous nous donner un exemple de parcours complet ?

Où vont-ils ensuite ?

Quel est l'intitulé de la prescription ?

Quel est le stade de la maladie à l'arrivée des patients ?

Sont-ce les cas délicats ou les tout-venants ?

Vous est-il arrivé de ne pas prescrire d'orthophonie à un patient atteint de maladie neuro-dégénérative ?

4. Collaboration avec les médecins

Connaissez-vous bien les médecins prescripteurs ?

Y en a-t-il beaucoup/plusieurs ?

Est-ce qu'il s'agit toujours des mêmes ?

Comment définiriez-vous vos relations avec eux ?

Aviez-vous déjà travaillé avec eux ?

Avez-vous le sentiment d'être des partenaires privilégiés ?

Comment expliquez-vous que certains médecins ne prescrivent pas d'orthophonie aux patients âgés atteints de maladies neuro-dégénératives ?

Comment choisissez-vous les informations qui apparaissent dans vos comptes-rendus ?

Adaptez-vous le contenu du compte-rendu en fonction du médecin à qui vous l'adrezsez ?

Avez-vous des retours sur vos comptes-rendus de la part du médecin ?

Êtes-vous satisfait de cette situation ?

Gardez-vous contact avec eux lors de la prise en soins ?

Souhaiteriez-vous voir ces contacts évoluer ?

En quel sens souhaiteriez-vous qu'ils évoluent ?

Avez-vous le sentiment que le soin orthophonique auprès des patients âgés est reconnu ?

5. Collaboration avec les orthophonistes libéraux

Selon quels critères choisissez-vous l'orthophoniste à qui vous adressez les patients ?

Aviez-vous travaillé avec cet orthophoniste auparavant ?

Si oui, pourquoi préférez-vous travailler avec lui ?

Après la prescription, avez-vous maintenu un lien avec lui ?

Le faites-vous habituellement ?

Êtes-vous satisfait des contacts que vous avez avec les orthophonistes ?

Souhaiteriez-vous voir ces contacts évoluer ?

En quel sens souhaiteriez-vous qu'ils évoluent ?

Dans la prise en charge des patients âgés, existe-t-il d'autres professions ayant un champ d'action similaire à la vôtre ?

Êtes-vous en contact avec des membres de ces professions ?

Comment délimitez-vous vos champs d'actions respectifs ?

6. Évaluation de l'efficacité du soin orthophonique

Vous assurez-vous que les soins prescrits ont été administrés ?

Si oui, comment le vérifiez-vous ?

De quelle manière jugez-vous l'évolution de votre patient ?

Recevez-vous des comptes-rendus de la part de l'orthophoniste ?

Si non, comment l'expliquez-vous ?

Si oui, les lisez-vous ?

Les trouvez-vous satisfaisants ?

Quels éléments aimez-vous trouver dans un compte-rendu ?

À quoi êtes-vous le plus sensible à cette lecture ?

Annexe IV : Grille d'analyse des entretiens réalisés avec les médecins

Parcours professionnel du médecin			
Questions posées	Médecin gériatre	Médecin généraliste	Médecin neurologue
D'où vient votre intérêt pour les patients âgés ?	Offre d'emploi en gériatrie en tant que généraliste : la confrontation avec la gériatrie a suscité l'intérêt	Reçoit beaucoup de patients âgés au cabinet	N'a pas d'intérêt particulier pour le sujet âgé
Avez-vous suivi une formation spécifique concernant le soin des patients âgés ?	Capacité de gériatrie Quelques DU Formations sur l'Alzheimer	Diplôme de gériatrie	Non (spécialisé dans la maladie de Parkinson)
Votre spécialité vous amène-t-elle à être plus en contact avec des orthophonistes que d'autres spécialistes ?	Oui	-	Difficile à dire, mais a tout de même des contacts avec les orthophonistes

Parcours du patient			
Questions posées	Médecin gériatre	Médecin généraliste	Médecin neurologue
Quel est son parcours type ?	Médecin traitant → Consultation mémoire	Généraliste → Gériatre ou neurologue d'un centre	Généraliste → Neurologue
A-t-il vu d'autres médecins avant vous ? D'autres professionnels ?	Psychiatre, neurologue, hôpital pour problème aigu...	En général non	Le médecin généraliste
Dans quel cas prescrivez-vous un bilan orthophonique ?	Dès qu'il y a plainte, prescription, demande d'un autre service... En lien avec langage, communication ou déglutition.	Quand le patient n'est pas très atteint donc n'est pas envoyé vers un centre	Dans les cas de maladie de Parkinson surtout, et parfois dans les cas de Sclérose Latérale Amyotrophique et d'aphasie
Vous arrive-t-il de ne pas en prescrire ?	Oui quand pas besoin, ou pas de motivation du patient	Oui, la plupart du temps : préfère orienter vers un centre	Oui, quand pas de besoin

Collaboration avec les autres médecins			
Question posée	Médecin gériatre	Médecin généraliste	Médecin neurologue
Y en a-t-il une avec d'autres médecins, notamment ceux qui n'ont pas la même spécialité que vous ?	Oui, beaucoup, surtout avec les neurologues et les psychiatres	Oui : surtout gériatres et neurologues	Oui : avec les médecins généralistes

Collaboration avec les orthophonistes			
Questions posées	Médecin gériatre	Médecin généraliste	Médecin neurologue
Arrive-t-il que vous adressiez directement le patient à un orthophoniste ?	Oui	Oui : c'est arrivé une fois	Oui
Selon quels critères choisissez-vous l'orthophoniste à qui vous adressez le patient ?	Proximité du domicile du patient Compétence spécifique de l'orthophoniste	Dans le quartier Spécialisée dans l'âge (Croit que les autres orthophonistes ne s'occupent que d'enfants)	Proximité du domicile du patient Compétence spécifique de l'orthophoniste
Aviez-vous travaillé avec cet orthophoniste auparavant ?	Oui, à force de téléphoner, anciennes collègues, à des colloques...	Oui	Oui
Si oui, pourquoi préférez-vous travailler avec lui ?	Compétence et intérêt particuliers	Bon contact avec les patients	Bon contact avec les patients Spécialité de l'orthophoniste Comptes-rendus concrets
Après la prescription, avez-vous maintenu un lien avec lui ?	Oui : lit les comptes-rendus, adresse les siens	Lit rapidement ses comptes-rendus	Lit les comptes-rendus N'a pas le temps de contacter l'orthophoniste par la suite

Le faites-vous habituellement ?	Oui	Non	Non
Etes-vous globalement satisfait de vos relations avec les orthophonistes ?	Oui	Oui	Oui

Efficacité de la prise en soins			
Questions posées	Médecin gériatre	Médecin généraliste	Médecin neurologue
Vous assurez-vous que les soins prescrits ont été administrés ?	Oui, en revoyant le patient à distance	Non	Oui, quand il revoit le patient
Si oui, comment le vérifiez-vous ?	Pose des questions au patient	-	Pose des questions au patient
Pensez-vous que les séances d'orthophonie sont bénéfiques à votre patient ?	Oui !	Pour l'unique cas, oui	Oui, mais pour les patients parkinsoniens, c'est difficile à dire
Recevez-vous des comptes-rendus de la part de l'orthophoniste ?	Oui	Oui	Oui
Si non, comment l'expliquez-vous ?	-	-	-
Si oui, les lisez-vous ?	Oui, en détails	Oui, rapidement	Oui, surtout la conclusion
Les trouvez-vous satisfaisants ?	Oui	Trop détaillés	Trop longs, trop détaillés
Quels éléments aimez-vous trouver dans un compte-rendu ?	-	Moins de détails	Quel est le problème du patient, son niveau ; quels sont les conseils de l'orthophoniste
À quoi êtes-vous le plus sensible à cette lecture ?	-	La conclusion	La conclusion

Annexe V : Grille d'analyse des entretiens réalisés avec les orthophonistes libéraux

Parcours professionnel			
Questions posées	Polymnie	Melpomène	Euterpe
Pouvez-vous me parler un peu de votre parcours ?	Libéral → Libéral → Mixte	Mixte → Salariat → Libéral	Orthophonie : reconversion Exercice libéral
Dans quelle école avez-vous été formé ?	Paris	Lyon	Lyon
Depuis quand travaillez-vous en libéral ?	2003 (année du diplôme)	2003 (année du diplôme)	2005 (année du diplôme)
Avez-vous déjà exercé l'orthophonie en étant salariée ?	Oui, actuellement à mi-temps à l'hôpital de Fourvière	Oui	Non
Quel était votre sujet de mémoire ?	Perception des émotions dans la maladie d'Alzheimer	Démence Sémantique	Traitement de l'information en début de maladie d'Alzheimer
Avez-vous suivi des formations complémentaires dans le domaine de la gériatrie depuis votre diplôme ?	D.U. de gériatrie Autres formations variées en lien avec les patients âgés	Oui	Oui
De quelle façon est apparu chez vous l'intérêt pour les patients âgés ?	Suscité par des stages	Avant même de passer le concours	Stage de 2 ^{ème} année en maison de retraite
Pensez-vous que votre parcours a favorisé votre intérêt pour les patients atteints de pathologies dégénératives ?	Oui	Non : intérêt antérieur	Oui

Parcours des patients			
Questions posées	Polymnie	Melpomène	Euterpe
Pouvez-vous me donner un parcours typique d'un patient atteint	Généraliste → neurologue/hôpital pour bilan → orthophoniste libéral	Généraliste → centre de diagnostic → orthophoniste	Médecin traitant → neurologue → orthophoniste libéral

d'une pathologie dégénérative ?		libéral Neurologue → orthophoniste libéral	
D'où viennent les patients quand ils arrivent à votre cabinet ?	Soit neurologue, soit hôpital pour bilan	Centre de diagnostic Parfois neurologues Plus rarement généralistes	Médecins traitants le plus souvent Hôpitaux souvent Neurologues parfois
Quel est l'intitulé de la prescription ?	Dans l'idéal : bilan orthophonique des fonctions supérieures et rééducation si nécessaire Très aléatoire, rarement respecté	-	Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (pour maintien des fonctions cognitives) N'accepte pas « bilan mémoire »
Quel est le stade de la maladie des patients à leur arrivée dans votre cabinet ?	Démence légère MMS entre 20 et 24	Varié	Varié
Qui vous adresse généralement les patients âgés ?	Neurologue Géronte des services	Centre de diagnostic Parfois neurologues Plus rarement généralistes	Médecins traitants Hôpitaux Neurologues
Sont-ce toujours le même médecin, le même service gériatrique ?	Souvent les mêmes	-	Souvent les mêmes
Où y en a-t-il plusieurs ?	Oui	-	Oui
Aviez-vous déjà travaillé avec lui ?	Oui	-	Parfois
Est-ce parfois un orthophoniste qui vous adresse des patients ?	Oui car moins compétent dans ce domaine, ré-aiguillage	-	Oui
Dans ce cas, est-ce toujours le même ou y en a-t-il plusieurs ?	Un seul orthophoniste pour l'instant	-	Souvent les mêmes
Que ce soit un médecin ou un service gériatrique, pourquoi vous	S'est présenté en arrivant aux médecins et aux services concernés	-	Se sont souvent parlé au téléphone

adresser le patient en particulier, selon vous ?	A mis en avant son intérêt et ses compétences pour le sujet		
---	---	--	--

Collaboration avec les médecins			
Questions posées	Polymnie	Melpomène	Euterpe
Connaissez-vous bien les médecins prescripteurs ?	Pas du tout	-	Non
Comment définiriez-vous vos relations avec eux ?	Épistolaires Cordiales au téléphone	Dépend de la spécialisation des médecins : Neurologues : variable selon personnalité Généralistes : plus de liens, travail d'équipe	Faibles Décevantes Unilatérales : toujours l'orthophoniste qui contacte le médecin Meilleure relation avec les neurologues
Avez-vous le sentiment d'être des partenaires privilégiés ?	Non	Avec le généraliste : oui	Non
Comment expliquez-vous que certains médecins ne prescrivent pas d'orthophonie aux personnes âgées atteintes de maladies neuro-dégénératives ?	Méconnaissance de notre métier et de nos champs de compétences	-	Sentent que le patient n'a pas envie
Comment choisissez-vous les informations qui apparaissent dans vos comptes-rendus ?	Éléments pertinents Le moins de détails possibles Pour avoir une chance qu'ils soient lus en entier	Le plus concis possible Étoffe la conclusion, plus souvent lue en entier	-
Adaptez-vous le contenu du compte-rendu en fonction du médecin à qui vous l'adressez ?	Oui : étoffé ou réduit en fonction du médecin	-	Oui : étoffé si pour neurologue ou gériatre de service (sait qu'il sera lu)
Avez-vous des retours sur vos comptes-rendus de la part du médecin ?	Non	Généraliste oui, s'intéresse à l'évolution du patient	Non
Êtes-vous satisfait(e) de cette situation ?	Non	-	Non

Gardez-vous contact avec eux lors des soins ?	Non	Avec le généraliste oui	Non Parfois elle les appelle
Souhaiteriez-vous voir ces contacts évoluer ?	Oui	Avec les généralistes non Avec les neurologues oui : ils mettent beaucoup de distance	Oui
En quel sens souhaiteriez-vous qu'ils évoluent ?	Aimerait avoir plus de contact avec les médecins pour que le réseau de soin soit réel	Plus travailler en réseau avec les neurologues	Meilleure coopération

Collaboration avec les orthophonistes des services gériatriques			
Questions posées	Polymnie	Melpomène	Euterpe
Travaillez-vous souvent avec ces orthophonistes ?	Présence d'un lien	Oui	Oui
Si oui, pourquoi préférez-vous travailler avec eux ?	Envoient des patients	Anciennes collègues	Les connaît bien
Après la prescription, avez-vous maintenu un lien avec eux/elles ?	Non, sauf si le patient retourne en consultation mémoire régulièrement	Oui	Oui
Le faites-vous habituellement ?	Non, sauf si le patient retourne en consultation mémoire régulièrement	Oui, les appelle systématiquement	Oui
S'assurent-ils que les soins prescrits ont été administrés ?	Non	Oui	Oui
Si oui, comment ?	-	Demande informelle de nouvelles	Demande informelle de nouvelles
Envoyez-vous des comptes-rendus à l'orthophoniste du service gériatrique ?	Oui	Oui Et au gériatre du service en plus du généraliste	Oui
Si oui, quels éléments y faites-vous figurer ?	Les mêmes que pour le médecin traitant	Tous	-
Sont-ce les mêmes que pour les	Oui	-	-

médecins ?			
Êtes-vous satisfait des contacts que vous avez avec les orthophonistes des services gériatriques ?	Oui, suffisent pour bien travailler	Oui	Oui
Souhaiteriez-vous voir ces contacts évoluer ?	-	-	-
En quel sens souhaiteriez-vous qu'ils évoluent ?	-	-	-

Évaluation de l'efficacité du soin orthophonique			
Questions posées	Polymnie	Melpomène	Euterpe
Comment mesurez-vous les progrès de votre patient ?	Bilan de renouvellement Consulter souvent le dossier du patient	Test et re-test : comparatif Limite car pathologies neuro-dégénératives → se fie beaucoup à la plainte du patient	Un bilan tous les 6 mois
A qui en faites-vous part de manière la plus privilégiée ?	Au médecin prescripteur et au gériatre du service	Orthophonistes du service gériatrique : questionnements, conseils...	Neurologue Jamais le médecin traitant
Dans la prise en soins des patients âgés, existe-t-il d'autres professions ayant un champ d'action similaire au vôtre ?	Oui : les neuropsychologues (et encore, il y a des différences)	Ateliers mémoire ou langage Neuropsychologues mais chevauchement limité car ils ne font que le bilan	Non
Êtes-vous en contact avec des membres de ces professions ?	Non car il y en a très peu en libéral	-	Non, peu de professionnels en libéral
Comment délimitez-vous vos champs d'actions respectifs ?	-	-	-
Avez-vous le sentiment que le travail orthophonique auprès des personnes âgées	Par le patient et sa famille : +++ Par les médecins : ça dépend des médecins En général : moins bien reconnu que tous	Réponse imprécise, elle semble avoir compris « connu » au lieu de « reconnu » Mal connu des	Plus reconnu par le monde médical et paramédical

est reconnu ?	les autres paramédicaux dans le travail avec les personnes âgées (notamment kinés)	patients Commence à être connu des généralistes, et reconnu	
----------------------	--	---	--

Annexe VI : Grille d'analyse des entretiens réalisés avec les orthophonistes des services gériatriques

Histoire du service gériatrie			
Questions posées	Clio	Calliope	Érato
Comment ce service est-il né ?	Ne sait pas trop	Créé il y a 30 ans Présence d'un orthophoniste dès le début	Hôpital existe depuis 25 ans Évaluation Gériatrique Approfondie depuis 12-13 ans
Avez-vous contribué à sa création ?	Non	Non	Non
Le service se rattache-t-il à un/des courant(s) théorique(s) ?	-	-	-
Comment les choses ont-elles évolué depuis le début ?	Nombre d'orthophonistes passé de 1 à 5	Temps de présence augmenté ($\frac{1}{4}$ de temps à $\frac{3}{4}$ de temps) De 1 à 2 orthophonistes	Plus de kinésithérapeute
Pouvez-vous me rappeler quel est son rôle ?	Bilan global de la personne âgée atteinte d'une pathologie neuro-dégénérative ou post AVC	Soin globale de la personne	Évaluation et réévaluation régulière des patients pour coller à leurs besoins et adapter leurs soins
Quels sont, selon vous les intérêts d'un tel service ?	Travail en réseau Complémentarité des professionnels	Proximité des professionnels (même étage) → meilleur transfert des informations Tous types de soins Soin de chacun amélioré par l'avis des autres professionnels	Bilan global Rééquilibrage des traitements, notamment médicamenteux Travail en réseau indispensable dans ce type de pathologie
Quelle est la place de l'orthophoniste dans le service ?	Rééduquer/réadapter le langage/la communication Évaluation du langage, de la déglutition, de la	Réelle place Mais orthophoniste : profession qui a le moins de temps de	Au cœur et en étroite collaboration avec les autres paramédicaux

	parole et de la communication	présence	Ne se voit pas travailler sans les autres
Quels autres professionnels pouvons-nous y rencontrer ?	Médecin généraliste gériatre, infirmière, aide-soignante psychomotricien, ergothérapeute, kinés, ortho	Médecin généraliste gériatre kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste	Médecin généraliste gériatre, médecin spécialiste des troubles du sommeil, infirmière assistante sociale ergothérapeute, neuropsychologue, orthophoniste
Les différents professionnels collaborent-ils autour du patient âgé ?	Oui	Oui	Oui
De quelle manière ?	Informelle : dans le couloir, entre deux portes	Par les réunions de coordination	Réunion de synthèse tous les lundis avec le médecin et tous les paramédicaux Diagnostic posé tous ensemble
Que pouvez-vous me dire des autres services gériatriques des hôpitaux de Lyon ?	Réunions entre orthophonistes gériatriques des HCL 2/3 fois par an	Travail en réseau entre professionnels d'une même spécialité Réunions entre orthophonistes gériatriques des HCL 2/3 fois par an	Réunions entre orthophonistes gériatriques des HCL 2/3 fois par an
Que partagez-vous, qu'avez-vous en commun avec les autres professionnels du réseau ?	Bilans, diagnostics harmonisés	Réponses consensuelles face aux mêmes problèmes	Harmonisation des bilans, des épreuves utilisées, la cotation des actes PMSI

Parcours professionnel de l'orthophoniste			
Questions posées	Clio	Calliope	Érato
Pouvez-vous me parler un peu de votre parcours ?	Toujours travaillé en institution, temps partiel aux	-	A commencé tout de suite à Charial

	Charpennes		
Comment êtes-vous arrivée à travailler dans ce centre mémoire ?	A répondu à une offre d'emploi	Pour arriver à un temps plein	Offre d'emploi à la sortie de l'école
Dans quelle école avez-vous été formé ?	Paris	-	Lyon
Quel était votre sujet de mémoire ?	Pas en lien avec les personnes âgées	-	Pas en lien
À quand remonte votre arrivée dans le service gériatrique ?	1979	1998	Il y a 25 ans
Dans quelles conditions s'est-elle effectuée ?	Seul orthophoniste Domaine inexploré, a ouvert la voie	A laissé un poste en ORL pour celui à Cuire	Voulait travailler avec l'adulte : soit en ORL, soit en neuro-gériatrie
Travaillez-vous en cabinet libéral par ailleurs ?	Non	Non, que de l'hospitalier (neurologie)	Oui
Avez-vous suivi des formations complémentaires depuis votre diplôme ?	Oui	-	Oui
Pensez-vous que votre parcours a favorisé votre entrée dans le service ?	Non, c'est l'entrée dans ce service qui a fait naître l'intérêt	Gériatrie : pas un rêve Domaine non abordé dans les cours Le travail lui a plu (surtout en équipe) donc il est resté	Oui, intérêt pour l'adulte depuis toujours

Parcours des patients qui transitent par le service			
Questions posées	Clio	Calliope	Euterpe
D'où viennent les patients qui arrivent dans votre service ?	Du médecin généraliste Parfois du neurologue (nouveau)	Hospitalisation pour un problème aigu dans l'établissement	Du coin en général Médecins généralistes qui envoient
Pouvez-vous nous donner un exemple de parcours complet ?	Plainte de l'entourage → médecin traitant → Charpennes	-	Généraliste → gériatre → bilan → retour à domicile ou institutionnalisation avec préconisations
Où vont-ils ensuite ?	Chez un orthophoniste	Hospitalisation longue ou retour à domicile	À domicile ou en institution

	libéral si besoin	ou institutionnalisation	
Quel est l'intitulé de la prescription ?	Bilan de mémoire	-	-
Quel est le stade de la maladie à l'arrivée des patients ?	Varié	Varié	Pas des MMS trop bas
Sont-ce les cas délicats ou les tout-venants ?	Varié	Varié	Pas trop avancés
Vous est-il arrivé de ne pas prescrire d'orthophonie à un patient atteint de maladie neuro-dégénérative ?	Ne prescrit pas	Ne prescrit pas	Ne prescrit pas

Collaboration avec les médecins			
Questions posées	Clio	Calliope	Érato
Connaissez-vous bien les médecins prescripteurs ?	Non	Non	Certains (grâce à sa pratique libérale)
Y en a-t-il beaucoup/plusieurs ?	-	-	-
Est-ce qu'il s'agit toujours des mêmes ?	-	-	-
Comment définiriez-vous vos relations avec eux ?	Pas de relations Sauf avec le médecin généraliste gériatre du service Plutôt des relations entre médecins	Pas de relations Sauf avec le médecin généraliste gériatre du service Plutôt des relations entre médecins	Pas de relations Sauf avec le médecin généraliste gériatre du service Plutôt des relations entre médecins
Aviez-vous déjà travaillé avec eux ?	-	-	Dans le cadre de la pratique libérale
Avez-vous le sentiment d'être des partenaires privilégiés ?	-	-	-
Comment expliquez-vous que certains médecins ne prescrivent	Manque d'information (surtout les	-	-

pas d'orthophonie aux personnes âgées atteintes de maladies neuro-dégénératives ?	généralistes)		
Comment choisissez-vous les informations qui apparaissent dans vos comptes-rendus ?	-	-	Souci d'être le plus précis possible
Adaptez-vous le contenu du compte-rendu en fonction du médecin à qui vous l'adressez ?	Non, car toujours adressé au médecin généraliste gériatre du service	Non, car toujours adressé au médecin généraliste gériatre du service	Non, car toujours adressé au médecin généraliste gériatre du service
Avez-vous des retours sur vos comptes-rendus de la part du médecin ?	Non	Non	Non
Êtes-vous satisfait(e) de cette situation ?	-	-	-
Gardez-vous contact avec eux lors du soin ?	Non	Non	Non : le contact se fait en amont, entre médecins
Souhaiteriez-vous voir ces contacts évoluer ?	-	-	-
En quel sens souhaiteriez-vous qu'ils évoluent ?	-	-	-
Avez-vous le sentiment que le travail orthophonique auprès des personnes âgées est reconnu ?	Commence à l'être par les médecins L'est par les patients et leur famille	-	Par le citoyen lambda : non Par les médecins : oui Par le patient et les familles : +++

Collaboration avec les orthophonistes			
Questions posées	Clio	Calliope	Érato
Selon quels critères choisissez-vous l'orthophoniste à qui vous adressez les patients ?	Proximité géographique Intérêt pour les patients âgés Compétence spécifique	Proximité géographique Compétence spécifique	Habitude de ce type de soin Proximité Intérêt plus que compétence (manque d'orthophonistes)
Aviez-vous travaillé avec cet orthophoniste	Parfois il s'agit d'anciens collègues Parfois il s'agit d'un	Orthophonistes du quartier bien connues Si non, appel	Connaît les orthophonistes de la région, se sont déjà

auparavant ? Si oui, pourquoi préférez-vous travailler avec lui ?	orthophoniste ayant montré son intérêt pour le sujet auparavant Parfois c'est une personne nouvelle (appel téléphonique)	téléphonique, demande si intérêt pour le domaine Liste d'orthophonistes dans ce domaine GONG : groupe informel	rencontrés Connaît les orthophonistes qui ont un exercice mixte par leur exercice hospitalier À force de passer des appels téléphoniques Liste d'orthophonistes par arrondissement
Après la prescription, avez-vous maintenu un lien avec lui ?	Les orthophonistes envoient souvent leur compte-rendu de bilan	Non (c'est le médecin qui reçoit les éventuels comptes- rendus)	Les orthophonistes n'envoient pas souvent leur compte- rendu de bilan ni au médecin du service ni à l'ortho du service Certaines appellent pour demander conseil, pour prévenir d'une péjoration...
Le faites-vous habituellement ?	-	Non : lien s'arrête là	Non
Êtes-vous satisfait(e) des contacts que vous avez avec les orthophonistes ?	Oui	Oui	Non
Souhaiteriez-vous voir ces contacts évoluer ?	-	-	Oui
En quel sens souhaiteriez-vous qu'ils évoluent ?	-	-	Recevoir les comptes-rendus
Dans la prise en soins des patients âgés, existe-t-il d'autres professions ayant un champ d'action similaire à la vôtre ?	Non, mais certains chevauchements : neuropsychologues et ergothérapeutes Importance d'affirmer sa place auprès des autres professions	Neuropsychologues : consultation mémoire avec eux, sans orthophonistes → pas de chevauchement	Neuropsychologues
Êtes-vous en contact avec des membres de ces professions ?	Oui, dans le service	Oui (mais pas avec la neuropsychologue)	Oui

Comment délimitez-vous vos champs d'actions respectifs ?	Par la discussion	-	Par des ajustements, en discutant En montrant nos compétences spécifiques
---	-------------------	---	--

Évaluation de l'efficacité du soin orthophonique			
Questions posées	Clio	Calliope	Érato
Vous assurez-vous que les soins prescrits ont été administrés ? Si oui, comment le vérifiez-vous ?	Non : pas de « flicage »	Non	Non : pas la légitimité de juger
De quelle manière jugez-vous l'évolution de votre patient ?	Par la lecture des comptes-rendus de bilan	Ne le fait pas	Par la réévaluation régulière Par la lecture des comptes-rendus
Recevez-vous des comptes-rendus de la part de l'orthophoniste ? Si non, comment l'expliquez-vous ? Si oui, les lisez-vous ?	Oui	Non : le médecin doit en recevoir mais ils ne lui sont pas transmis	Pas souvent : les font-ils vraiment ?
Les trouvez-vous satisfaisants ?	Oui	-	Pas toujours : Certains, basés uniquement sur la communication, sont trop vagues D'autres ressemblent à des bilans de neuropsychologues
Quels éléments aimez-vous trouver dans un compte-rendu ?	-	-	Faits concrets pour comparer Épreuve utilisée plus que domaine exploré Note, moyenne et écart-type
À quoi êtes-vous le plus sensible à cette lecture ?	Évolution du patient	-	Évolution du patient

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1. <i>Université Claude Bernard Lyon1</i>	2
1.1 Secteur Santé :	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :	2
2. <i>Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE</i>	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE	8
I. LE SOIN ORTHOPHONIQUE SOUS L' ANGLE DE LA SOCIOLOGIE ECONOMIQUE.....	9
1. <i>Entre l'orthophoniste et le patient : une relation marchande</i>	9
2. <i>La construction du choix : qualité et réseau</i>	10
3. <i>Le soin orthophonique, un marché de prescripteurs</i>	13
II. L'ORTHOPHONIE : SON STATUT AU REGARD DE LA SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS	15
1. <i>Interroger la notion de profession</i>	15
2. <i>La place de l'orthophoniste : une lutte à remporter face aux autres professionnels</i>	17
III. VIEILLISSEMENT ET ORTHOPHONIE	20
1. <i>L'orthophonie : un acte légitime dans le développement pathologique des individus ?</i>	20
2. <i>Le vieillissement : de l'autonomie à la dépendance</i>	22
3. <i>L'orthophonie : une lutte contre la dépendance</i>	23
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	25
PARTIE EXPERIMENTALE	27
I. LA DEMARCHE SOCIOLOGIQUE.....	28
1. <i>Adopter l'approche interactionniste</i>	28
2. <i>La question de l'objectivité</i>	29
3. <i>Les conditions de validité</i>	29
II. LA REALISATION DES ENTRETIENS.....	30
1. <i>Le choix des entretiens semi-directifs</i>	30
2. <i>Produire du discours</i>	31
3. <i>Le rôle de l'enquêteur</i>	32
4. <i>Les types d'intervention</i>	33
5. <i>Le choix de la population</i>	33
5.1. Les professionnels interviewés	34
5.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	34
5.3. Un bémol : la taille de la population	35
6. <i>L'entretien</i>	35
6.1. Le préalable à l'entretien : l'élaboration de la grille	35
6.2. Procédure.....	35
6.2.1. Recherche de la population	35
6.2.2. La prise de contact	36
6.2.3. Le déroulement des entretiens	37
III. L'EXPLOITATION DES DONNEES.....	37
1. <i>L'analyse des discours</i>	37
2. <i>Les différents types d'analyse</i>	37
3. <i>La grille d'analyse des entretiens</i>	38
PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	40
I. DESCRIPTION DU RESEAU D'ADRESSAGE	41
1. <i>Différentes options offertes au patient atteint de pathologie neuro-dégénératives</i>	41
1.1. Le parcours le plus répandu	41
1.2. Le parcours moins fréquent.....	42
2. <i>Rôle du centre mémoire</i>	43
2.1. L'établissement du diagnostic : un travail de concertation et mutualisation des compétences et des apports	43

2.2.	Le retour fait au patient et au médecin traitant	45
3.	<i>La prescription d'orthophonie</i>	46
3.1.	De qui émane-t-elle ? Comment se présente-t-elle ?	46
3.2.	Un acte de confiance	48
II.	ENJEUX ET DYNAMIQUE D'ADRESSAGE DE CE RESEAU	49
1.	<i>Le médecin, instigateur et coordinateur des soins</i>	49
1.1.	Des relations médico-orthophoniques asymétriques	49
1.1.1.	Le médecin et les orthophonistes libéraux	49
1.1.2.	Les relations entre le monde hospitalier et les cabinets libéraux	52
1.2.	La place prépondérante du médecin neurologue	53
2.	<i>L'orthophoniste : une mise en concurrence avec les autres paramédicaux, entre collaboration et compétition</i>	55
2.1.	Une place à définir par rapport aux autres paramédicaux de l'hôpital	56
2.2.	Un territoire professionnel encore incertain, y compris en libéral	59
2.3.	Une collaboration tributaire des capacités de chaque établissement	60
2.4.	Une collaboration amoindrie en libéral	61
3.	<i>Réseaux d'adressage</i>	61
3.1.	L'orthophoniste des Hospices Civils de Lyon : un pont avec l'extérieur	62
3.2.	Des réseaux de travail spécifiques aux orthophonistes	62
3.3.	Critères de choix dans l'adressage	63
3.3.1.	La proximité géographique	64
3.4.	L'après bilan : un lien disparate avec les orthophonistes en libéral	67
III.	UN SEGMENT DE MARCHÉ QUI SE CONQUIERT PAR L'EXPERTISE PROFESSIONNELLE	71
1.	<i>La construction d'un professionnel : l'orthophoniste</i>	71
1.1.	Un chemin hors des sentiers battus	71
1.2.	La formation continue : une arme pour demeurer efficient	74
2.	<i>L'intérêt des réseaux</i>	75
2.1.	Proposer des réponses consensuelles	75
2.2.	Se rendre visible	75
3.	<i>Les comptes-rendus : un moyen de séduire les adresseurs</i>	77
3.1.	Un support de communication	77
3.2.	Un media efficace ?	79
4.	<i>Une importance grandissante de l'orthophonie</i>	80
4.1.	Le fait du médecin	80
4.2.	Connaissance et reconnaissance de l'orthophonie : un processus en cours	81
4.2.1.	Des profanes	81
4.2.2.	Des médecins	83
	CONCLUSION	85
	BIBLIOGRAPHIE	86
	GLOSSAIRE	89
	ANNEXES	90
	ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN DESTINÉE AUX MÉDECINS	91
1.	<i>Parcours professionnel du médecin</i>	91
2.	<i>Parcours du patient</i>	91
3.	<i>Collaboration avec les autres médecins</i>	91
4.	<i>Collaboration avec les orthophonistes</i>	91
5.	<i>Efficacité du soin orthophonique</i>	92
	ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN DESTINÉE AUX ORTHOPHONISTES LIBÉRAUX	93
1.	<i>Parcours professionnel</i>	93
2.	<i>Parcours des patients</i>	93
3.	<i>Collaboration avec les médecins</i>	94
4.	<i>Collaboration avec les orthophonistes des services gériatriques</i>	94
5.	<i>Évaluation de l'efficacité du soin orthophonique</i>	95
	ANNEXE III : GRILLE D'ENTRETIEN DESTINÉE AUX ORTHOPHONISTES DES SERVICES GÉRIATRIQUES	96
1.	<i>Histoire du service gériatrique</i>	96
2.	<i>Parcours professionnel de l'orthophoniste</i>	96
3.	<i>Parcours des patients qui transitent par le service</i>	97
4.	<i>Collaboration avec les médecins</i>	97
5.	<i>Collaboration avec les orthophonistes libéraux</i>	98
6.	<i>Évaluation de l'efficacité du soin orthophonique</i>	98

ANNEXE IV : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS REALISES AVEC LES MEDECINS	99
ANNEXE V : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS REALISES AVEC LES ORTHOPHONISTES LIBERAUX.....	102
ANNEXE VI : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS REALISES AVEC LES ORTHOPHONISTES DES SERVICES GERIATRQUES.....	108
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	115
TABLE DES MATIERES	116

Dulcie Buan
Océane Kervévan

**MEDECIN PRESCRIPTEUR ET ORTHOPHONISTE DANS LE PARCOURS DE
SOIN DU PATIENT ATTEINT DE PATHOLOGIE NEURO-DEGENERATIVE :
Un réseau de co-adressage ?**

119 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2013

RESUME

Notre étude s'intéresse aux relations entre le médecin et l'orthophoniste autour du patient atteint de pathologie neuro-dégénérative. Nous nous focalisons sur le réseau d'adressage que ces professionnels activent dans les étapes de la trajectoire de soins de ces patients à Lyon. Grâce à des notions de sociologie économique, de sociologie des professions et du vieillissement, nous souhaitons comprendre et décrire comment s'organisent les échanges entre ces trois acteurs. Nous avons eu recours à des entretiens semi-directifs. Nous avons rencontré trois médecins (généraliste, gériatre et neurologue), trois orthophonistes des services gériatriques des Hospices Civils de Lyon, et trois orthophonistes libéraux. Une analyse qualitative a pointé plusieurs éléments. L'orthophoniste serait sous la dépendance prescriptive du médecin ; en retour, ce premier serait un moyen pour lui d'accroître et/ou de fidéliser sa patientèle ; ce qui induirait des rapports ambivalents. Le compte-rendu orthophonique serait un moyen de contact relativement efficace. Derrière le souci exprimé chez les praticiens de se constituer comme des pourvoyeurs de soins - dans une culture d'intervention thérapeutique de collaboration à des fins de santé publique et de défense d'une éthique humaniste - nous avons pu repérer à certains égards des dispositions professionnelles et des temporalités porteuses de rivalité et d'esprit concurrentiel intra et interprofessionnel. Ceux-ci seraient largement déterminés par les logiques et contraintes mercantiles de captation d'une patientèle-clientèle. La conjecture de raréfaction des moyens, d'injonctions institutionnelles à une efficience de la rentabilité en matière de prestations de soins, et le manque de visibilité et de reconnaissance de la place de l'orthophonie dans le segment du vieillissement, en seraient responsables. Ce segment n'aurait pu être conquis pas les orthophonistes que par une expertise reconnue par d'autres professionnels. L'essor des cours dans la formation initiale, de la recherche clinique et de la formation continue en seraient les causes et les conséquences.

MOTS-CLES

Médecins – Orthophoniste – Patient âgé – Pathologies neuro-dégénératives – Choix de l'offre – Expertise professionnelle – Segment de marché – Territoire professionnel

MEMBRES DU JURY

Fanny Bassetti, Hakima Houdaf, Laurence Tain

MAITRE DE MEMOIRE

Guillaume Jaubert

DATE DE SOUTENANCE

27 juin 2013
