



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard Lyon 1
Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Orthophonie

N° de mémoire 1857

Mémoire de Grade Master 2 en Orthophonie
présenté pour l'obtention du
Grade de Master 2 en Orthophonie
Par

BURY Caroline

**Pratiques de soin et inégalités sociales :
étude sur les représentations des orthophonistes du Grand Lyon**

Directeur de Mémoire
GUILHOT Nicolas

Date de soutenance
24 mai 2018

Membres du jury
TOPOUZKHANIAN Sylvia
WOOLLVEN Marianne
GUILHOT Nicolas

Président
Frédéric FLEURY

Vice-président CFVU
CHEVALIER Philippe

Vice-président CA
REVEL Didier

Vice-président CS
VALLEE Fabrice

Directeur Général des Services
MARCHAND Dominique

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur
Pr. RODE Gilles

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

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Charles Mérieux
Directrice
Pr BURILLON Carole

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directrice
Pr VINCIGUERRA Christine

Département de Formation et
Centre de Recherche en Biologie
Humaine
Directeur
Pr SCHOTT Anne-Marie

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur
Dr Xavier PERROT

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (CCEM)
Pr COCHAT Pierre

Institut Sciences et Techniques de Réadaptation Département ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Xavier PERROT

Equipe de direction du département d'orthophonie :

Directeur de la formation
Agnès BO

Responsables des travaux de recherche
Nina KLEINSZ
Agnès WITKO

Responsables de l'enseignement clinique
Johanne BOUQUAND
Ségoène CHOPARD
Claire GENTIL

Chargées de l'évaluation des aptitudes aux études
en vue du certificat de capacité en orthophonie
Solveig CHAPUIS
Céline GRENET

Coordinateur de cycle 2
Solveig CHAPUIS

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Secrétariat de direction et de scolarité
Auréliе CHATEAUNEUF
Véronique LEFEBVRE
Olivier VERON

RESUME

« *Primum non nocere* » (« d'abord ne pas nuire ») : la confiance que le patient va accorder à son praticien se base sur cette devise. Mais l'activité du professionnel de santé se construit autour des représentations de la maladie du patient, de sa pratique, qui sont complexes et qui vont mener sa conduite. De plus, les prises en soin concernant le langage écrit impliquent une proximité inévitable avec l'institution scolaire. Dans ce cas, que se cache t-il derrière la relation thérapeutique entre le praticien et son patient lors de la rééducation du langage écrit ? Comment les orthophonistes se représentent-ils les inégalités sociales ? Est-ce que la zone d'exercice influence leurs représentations ?

En utilisant des concepts sociologiques issus des travaux de Bourdieu sur la violence symbolique en lien avec les inégalités scolaires, ainsi qu'en étudiant les pratiques orthophoniques en langage écrit, nous avons mené une réflexion pour mieux comprendre les mécanismes sociologiques sous-jacents présents dans la relation de soin. Pour ce faire, nous avons analysé des données quantitatives issues d'une enquête par questionnaires menée auprès d'orthophonistes du Grand Lyon. L'analyse de leurs représentations concernant les inégalités sociales et leur pratique autour du langage écrit révèle des variations selon le niveau social du lieu d'exercice. Ainsi, cette étude peut permettre de prendre conscience des enjeux existant au sein de la relation thérapeutique, qui implique, non seulement un recours au soin, mais également un transfert de représentations pouvant troubler le lien thérapeutique.

Mots-clés : représentations sociales, rééducation langage écrit, violence symbolique, inégalités sociales.

ABSTRACT

"Primum non nocere" ("not to harm first"): the confidence that the patient will grant to his practitioner is based on this motto. But the activity of the health professional is built around representations of the patient's illness, his practice, which are complex and which will lead his conduct. Moreover, taking care of written language implies an inevitable proximity to the school institution. In this case, what lies behind the therapeutic relationship between the practitioner and his patient during the reeducation of written language? How do speech therapists represent social inequalities? Does the exercise zone influence their representations? Using sociological concepts from Bourdieu's work on symbolic violence in relation to school inequalities, as well as by studying orthophonic practices in written language, we conducted a reflection to better understand the underlying sociological mechanisms present in the literature. care relationship. To do this, we analyzed quantitative data from a questionnaire survey conducted with speech therapists from Greater Lyon. The analysis of their representations concerning social inequalities and their practice around written language reveals variations according to the social level of the place of exercise. Thus, this study can make it possible to become aware of the stakes that exist within the therapeutic relationship, which implies not only a recourse to care, but also a transfer of representations that can disturb the therapeutic link.

Key words : socials representations, reeducation written language, symbolic violence, social inequalities.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de mémoire Nicolas Guilhot pour sa guidance et la qualité de son encadrement.

Merci également à Renaud Perdrix pour notre conversation éclairante en début de parcours.

Merci à tous les orthophonistes qui ont bien voulu prendre de leur temps précieux pour répondre à mon questionnaire.

Merci infiniment à Romain pour ses pouvoirs de super héros.

Merci à mes lectrices Claire-Elise et Isabelle.

Merci à toute la TEAM : à ma Coconut, à Ranna, à ma Langouste, à Baptistounet et Virginie pour leur soutien, leurs bonnes blagues, les bières bénites et tous ces gif...

Merci aux Vienne Haineuses du Derby Roller et à Adrien pour sa bonne humeur et tous ces moments de pâte à modeler qui m'ont tant détendue durant les moments difficiles.

TABLE DES MATIERES

I PARTIE THEORIQUE.....	1
1 Introduction.....	1
2 Revue de littérature	2
2.1 La langue de l'école, l'apprentissage du pouvoir.....	2
2.1.1 Le pouvoir symbolique de la langue.....	2
2.1.2 Le français écrit et la culture dominante.....	2
2.1.3 L'institution scolaire et la reproduction des inégalités sociales	3
2.1.4 Les moyens de lutter contre la violence symbolique.....	4
2.2 L'orthophonie face aux inégalités sociales	5
2.2.1 Les inégalités sociales et l'échec scolaire.....	5
2.2.2 L'échec scolaire et les zones à forte précarité	5
2.2.3 La médicalisation de l'échec scolaire	6
2.2.4 L'influence de l'institution scolaire dans la prise en soin	7
2.3 Le contenu du soin orthophonique	7
2.3.1 Les représentations sociales.....	7
2.3.2 Les différentes postures de l'orthophoniste dans le soin	8
2.3.3 Les approches rééducatives du langage écrit.....	9
3 Problématique.....	10
4 Hypothèses théoriques	10
II METHODE	11
1 Le choix de la méthodologie	11
1.1 Une approche inspirée de la sociologie de Pierre Bourdieu :.....	11
1.2 Réfléchir à sa propre réflexion :	11
1.3 L'enquête par questionnaire :	11
2 Le choix de la population.....	12
2.1 Sélection d'un échantillon	12
2.2 Délimitation des zones de précarité.....	12
2.3 Sondage aléatoire stratifié	13
3 Elaboration du questionnaire	14
3.1 Choix des questions	14
3.2 Choix du mode d'envoi	14
3.3 Précautions pour éviter les biais.....	15

4	Procédure	15
4.1	Le dépouillement et le codage des réponses :	15
4.2	Conditions	15
4.3	Déroulement	16
III	RESULTATS & DISCUSSION	17
1	Présentation de la population	17
2	Validation des hypothèses	19
2.1	Perception de la langue du patient et de sa famille par le praticien	19
2.2	Les postures thérapeutiques adoptées lors des prises en soin	21
2.3	Les approches thérapeutiques pratiquées lors des prises en soin	24
3	Vers une relation d'égalité entre le patient et son orthophoniste ?	27
IV	CONCLUSION	30
V	REFERENCES	31
VI	ANNEXES	1

I PARTIE THEORIQUE

1 Introduction

Le langage est au cœur de la pratique orthophonique, celui-ci étant à la fois l'objet du soin et le moyen thérapeutique. Comme le souligne Woollven « ce qui distingue l'orthophonie d'autres activités professionnelles, c'est son objet professionnel, à savoir le langage dans sa totalité » (2015, p. 106). L'utilisation de la langue va également construire « l'identité et l'insertion sociale » de l'individu (Luçon, 2016, p. 63). En partant de ce constat, le praticien peut alors se questionner sur les normes que la langue véhicule qu'elles soient socio-culturelles, pragmatiques, discursives et sur ses croyances. Comme le précise Launay (2016), « en fonction de sa personnalité, de ses croyances, de sa philosophie, l'orthophoniste développe une manière d'aborder les patients qui lui est propre » (2016, p. 120). C'est pourquoi, il est important de se questionner sur les croyances et les façons de faire du professionnel?

C'est à travers la sociologie de Bourdieu que sera menée notre étude. Il dénonce une distinction de classes et une reproduction des inégalités sociales dans le système scolaire par le langage. Selon lui, il existe un rapport de domination au sein de l'institution scolaire entre les classes favorisées et défavorisées. Celle-ci se manifeste à travers une culture dominante véhiculée par « la langue légitime » (Bourdieu, 1982). La reproduction du système se traduit alors par la transmission d'un savoir appartenant aux classes dominantes vers des classes inférieures (Bourdieu & Passeron, 1970, p. 46). La culture scolaire devient celle de la classe dominante et la légitimise. Le rapport pédagogique devient alors un rapport de force (Bourdieu & Passeron, 1970, p. 19). Qu'en est-il de la relation de soin ? Si les rapports de domination s'entretiennent au moyen de la langue, quel rôle joue l'orthophoniste dans la rééducation du langage écrit ?

Pour tenter de mieux comprendre les mécanismes sociologiques sous-jacents, nous allons approfondir les notions sociologiques concernant les rapports de domination et identifier la place de l'orthophonie face aux inégalités sociales au travers de leurs pratiques.

2 Revue de littérature

Notre étude est ancrée dans la sociologie de Pierre Bourdieu. En nous appuyant sur les notions de violence symbolique et de reproduction des inégalités scolaires, nous avons cherché à identifier un éventuel rapport de domination entre l'orthophoniste et son patient lors de la rééducation du langage écrit.

2.1 La langue de l'école, l'apprentissage du pouvoir

Pour comprendre le rapport de domination de la langue, il est essentiel de comprendre son origine et son originalité.

2.1.1 Le pouvoir symbolique de la langue

La violence symbolique est une notion-clé dans la sociologie de Bourdieu. Elle lui a permis de montrer la domination et le rôle de l'institution scolaire dans la reproduction des rapports de domination à travers le langage (Landry, 2006). Cette violence n'est pas comparable à une violence physique, elle « reste subtile et toujours invisible » (2006, p. 85). Comme le précise Braz (2013), il s'agit « d'une obéissance sans résistance » (2013, p. 109). Elle exerce son pouvoir implicitement sur le dominé, en intériorisant des normes sociales en structures de pensée qui vont induire en lui-même la reconnaissance de cette domination de manière inconsciente (2006, p. 86). Bourdieu précise que « le langage d'autorité ne gouverne jamais qu'avec la collaboration de ceux qu'il gouverne » (1991, p. 167). C'est l'existence des classes de dominants et de dominés qui va faire vivre ce rapport de force.

C'est parce que la langue est légitime et véhiculée par les classes dominantes que sa maîtrise, permet d'exercer un pouvoir symbolique sur les individus dépourvus, eux, des moyens de domination.

2.1.2 Le français écrit et la culture dominante

En France, la norme du français standard occupe une place centrale dans l'enseignement et dans la république (Kerlan & Aubry, 2016, p. 177). Comme le français écrit correspond à une seule norme (grammaticale, lexicale et orthographique), il serait perçu comme la langue de la France (Bourdieu, 1982, p. 27). Figée, sans variation possible, sa maîtrise la rend indispensable à une bonne intégration sociale : « Les classes dominantes avec la culture écrite contaminent

l'usage de la langue orale transmise aux enfants, lesquels se trouvent ainsi prédisposés à entrer dans ce rapport scripturaire au langage qui peut seul permettre de satisfaire aux exigences sociales. » (Santelli, 2007, p. 229). En Europe, Duru-Bellat (2003) montre que le système scolaire dévalorise l'oral par rapport à l'écrit (2003, p. 43). Selon Braz (2013), le langage trahit une appartenance sociale (2013, p. 155). C'est pourquoi, le but du discours n'est pas seulement d'être compris mais aussi de véhiculer des codes d'appartenance sociale, c'est « la distinction qui est le véritable pouvoir du langage » (2013, p. 160).

La maîtrise de la langue écrite permet alors à l'individu de bénéficier du pouvoir d'intégration.

2.1.3 L'institution scolaire et la reproduction des inégalités sociales

L'école est le lieu privilégié de l'imposition de la langue légitime. L'institution scolaire, à travers le discours de l'enseignant, impose sa culture dominante par l'emploi de la langue légitime. Ainsi, « toute action pédagogique est objectivement une violence symbolique, en tant qu'imposition, par un pouvoir arbitraire, d'un arbitraire culturel » (1970, p. 19). Comme le précise Crahay (2007), « l'école offre une éducation qui ne peut être pleinement assimilée que par ceux qui disposent déjà des schèmes de pensée, d'action et de perception propres à la classe bourgeoise. » (Crahay, 1996, p. 85). Les élèves les plus cultivés disposent d'une langue, de représentations culturelles et de motivations qui favorisent la réussite scolaire alors que les élèves des classes moins favorisées socio-culturellement bénéficient d'un « capital culturel » moindre. Le rapport de 2002 mené par le Ministère de l'Éducation confirme le rôle de l'école dans le maintien des inégalités sociales, « il serait inexact de considérer que l'école ne joue aucun rôle dans l'amplification ou, au contraire, dans la limitation de ces processus de ségrégation » (2002, p. 14). C'est non seulement en valorisant le bagage culturel des élèves de classes favorisées que l'école va entretenir le maintien de la culture dominante mais, également, en véhiculant un discours professoral qui n'est compris dans sa totalité que par les élèves partageant un capital culturel commun. En effet, Braz (2013) rappelle que le discours professoral peut amener à un malentendu linguistique engendrant « une déperdition voire une non acquisition de l'information » (2013, p. 124). Les élèves avec un capital linguistique modeste sont

alors « condamnés à restituer un langage inadapté ou artificiel sans assimiler les catégories de pensée permettant de répondre aux exigences culturelles de l'école » (2013, p. 124).

L'acte communicatif du système éducatif devient un langage « illusion » car en apparence le langage semble accessible à tous mais en réalité il ne cible que les classes culturellement aisées.

2.1.4 Les moyens de lutter contre la violence symbolique

Pour Bourdieu (1970), critiquer les structures sociales doit permettre de lutter contre les inégalités qu'elles véhiculent. Dans ce contexte, un travail de critique des idées et des faits sociaux, qui paraissent naturels, est indispensable pour comprendre les mécanismes sous-jacents de la violence symbolique (1970, p. 90). Suite à ce travail réflexif, des outils concrets apparaissent. Bonnéry (2011) invite à s'intéresser aux différentes « formes pédagogiques » en cherchant à guider l'élève plutôt que de lui imposer un savoir (2011, p.15). En référence à Bourdieu, Braz (2013) présente la pédagogie rationnelle. Contrairement à la pédagogie du réveil qui se construit autour d'un « don » que possèderaient certains élèves à décoder le langage scolaire, la pédagogie rationnelle cherche à donner des chances égales devant l'enseignement (Braz, 2013, p. 139). L'objectif est d'éliminer la déperdition d'information durant l'action pédagogique en « maximisant autant que possible le rendement de la communication » (Braz, 2013, p. 144). D'ailleurs, le rapport PISA 2015, programme international pour le suivi des acquis des élèves, précise que « réformer l'École pour concilier excellence et réussite scolaire pour tous est le meilleur moyen de s'attaquer aux inégalités sociales à la racine. » (OCD, 2016, p. 5).

La langue légitime, basée sur l'écrit et véhiculée par l'institution scolaire, impose donc aux classes défavorisées une culture dominante qui engendre une véritable violence symbolique. L'orthophoniste doit permettre la restauration de la fonction langage mais quelle est sa place dans cette reproduction des inégalités socio-culturelles?

2.2 L'orthophonie face aux inégalités sociales

2.2.1 Les inégalités sociales et l'échec scolaire

Les orthophonistes accueillent les élèves en difficultés voire en échec scolaire. Cette notion « d'échec scolaire » récente reste encore en débat. Champagnol (1986) affirme « qu'on peut parler d'échec scolaire quand les performances scolaires d'un élève s'écartent de façon trop importante en moins de ce qu'on pourrait attendre au vu du niveau intellectuel » (1986, p. 51). En 2008, Lahire, lui, exprime l'idée d'une incapacité à « adopter la bonne orientation vis-à-vis du langage » (2008, p. 57). En effet, en plus du contexte scolaire (telle école, telle classe) qui influence la réussite scolaire (Duru-Bellat, 2003, p. 43), l'étude d'Henri-Panabière menée en 2018 confirme que « les inégalités de réussite scolaire liées à la position sociale des familles, et en particulier à leurs ressources culturelles, sont encore constatées » (2018, p. 31). Selon Bourdieu, c'est aussi à travers le capital culturel transmis par le milieu d'origine que l'individu va se positionner face aux rapports de domination (Braz, 2011, p. 35). Ainsi, ce n'est pas une différence de savoir ou de compétence d'apprentissage mais bien « une différence de capital culturel ou de compétences cognitives [...] qui, cumulés, vont produire de l'«échec» ou de la «réussite» scolaires entre les groupes sociaux » (Bautier & Rochex, 1997, p. 3). D'ailleurs, Morel (2014) précise que « toute tentative d'explication de l'échec scolaire ne peut, aujourd'hui, faire totalement l'impasse sur les apports des sciences sociales. » (2014, p. 126). L'échec scolaire semble donc globalement lié à un capital culturel insuffisant.

2.2.2 L'échec scolaire et les zones à forte précarité

Certaines zones plus touchées par l'échec scolaire correspondent aux zones de plus forte précarité. Selon Wrezinski (1987), « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. » (1987, p.14). L'INSEE, elle, définit la précarité comme « un manque durable de ressources pour vivre décemment et subvenir aux besoins de base. » (2016, p.1). En outre, le rapport PISA 2015 affirme que « plus on vient d'un milieu défavorisé en France, moins on a de chances de réussir » (2016, p.4). En effet, « les élèves issus des milieux les plus

défavorisés en France (quartile inférieur de l'indice du milieu socio-économique) ont quatre fois plus de chance que les autres d'être parmi les élèves en difficulté (contre trois fois en moyenne OCDE) » (2016, p.7). Coslin (2012) ajoute que « la déscolarisation [...] semble [...] toucher particulièrement les jeunes vivant au sein de familles en situation de grande précarité » (2012, p.1). Il existe un lien de dépendance évident entre l'échec scolaire et le niveau de précarité des familles. Nombreux sont les patients issus de milieux défavorisés dans les cabinets orthophoniques.

2.2.3 La médicalisation de l'échec scolaire

Aujourd'hui, il existe une « banalisation du recours aux professionnels du soin » pour les difficultés d'apprentissage du langage écrit et oral (Morel, 2014, p. 77). L'effet de cette médicalisation de l'échec scolaire s'explique par une évolution de la gestion des difficultés scolaires. A partir du début du XXème siècle, plusieurs études ont montré une corrélation entre l'arrivée d'une forte quantité d'enfants de classes modestes dans l'école publique et l'apparition de la « débilité légère » qui impose une prise en charge par des psychothérapies. Ces dernières vont donner un caractère « thérapeutique » à toute action sociale (Pinell & Zafiropoulos, 1978, p. 23). Puis, c'est dans les années 1960 qu'un nouveau regard est posé sur les difficultés scolaires et de nouvelles formes d'inadaptations scolaires apparaissent (dyslexie, dyscalculie...) (1978, p. 34). Les déviations par rapport à la norme scolaire tendent à être interprétées dans une logique de pathologisation. L'échec scolaire massif de certains enfants des classes populaires ont abouti à leur exclusion vers une filière médicalisée (1978, p. 38). Les échecs scolaires sont alors « conçus comme l'effet d'handicaps socio-culturels définis par rapport à un arbitraire culturel dominant qui n'est pas remis en cause » (Pinell & Zafiropoulos, 1978, p. 47). Les enseignants vont donc diriger les élèves en difficulté d'apprentissage au profit des professionnels du soin mais l'école va grandement influencer leurs prises en soin.

2.2.4 L'influence de l'institution scolaire dans la prise en soin

La rééducation des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) » (Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, 2002) constituent la base de l'exercice des orthophonistes en libéral (Le Feuvre, 2007, p. 47). Cette rééducation implique un rapport direct à l'institution scolaire. Comme le précise Philippe (2007), le thème de l'école en orthophonie est toujours un sujet sensible (2007, p. 181). Bien que le but de l'institution scolaire soit d'enseigner alors que celui de l'orthophoniste soit de « soigner ou rééduquer » (Woollven, 2015, p. 114), la prise en soin orthophonique « s'inscrit dans un rapport de dépendance complexe à l'égard de l'institution scolaire. » (Woollven, 2015, p. 108). En effet, l'école « fixe les normes d'acquisition du langage écrit sur lesquels sont basés les bilans et rééducations paramédicaux ». La mise en évidence des troubles du langage écrit se réalise « sur la base de ce que fait l'école » (2015, p. 108). De plus, Morel (2014) note que le recours à l'orthophonie constitue un moyen de gérer les enfants dont « la pauvreté du vocabulaire ou de la syntaxe nécessiterait une rééducation spécialisée dépassant les compétences pédagogiques du maître. » (2014, p. 90) ce qui fait les orthophonistes des « praticiens de l'échec scolaire ». Le recours à l'orthophonie devient « une réponse individualisée au handicap socioculturel que perçoivent les enseignants de certains enfants. » (2014, p. 92) et le rôle de l'orthophoniste est perçu par certains comme une solution sociale face aux problèmes liés au décalage culturel existant entre l'école et le milieu familial. Si tel est le cas, la prise en soin peut influencer les rapports entre l'orthophoniste et son patient.

2.3 Le contenu du soin orthophonique

2.3.1 Les représentations sociales

Selon Durkheim (1950), la société est fondée sur une « conscience collective », elle-même constituée de croyances, sentiments, souvenirs, idéaux et représentations partagés par tous ses membres (1967, p. 76). A ce sujet, Birnbaum (1969) précise que « les manières de penser » sont au même titre que les « manières de faire », produites par la société ou par les micros sociétés qu'elle renferme (1969, p.3). Ces représentations permettent de « comprendre et d'expliquer la réalité » (Guimelli,

2016, p. 21), elles peuvent évoluer par les pratiques qui « sont la principale source, sinon la seule, des transformations des représentations » (Flament 1987, cité dans Guimelli, 2016, p.103). Concernant les représentations de l'échec scolaire, Morel (2014) montre que les enseignants ont tendance à situer « la cause de l'échec scolaire dans l'environnement extrascolaire de l'élève (son milieu, sa famille). » (2014, p. 93). D'autre part, « C'est rarement aux filles des milieux populaires que revient l'intervention professionnalisée visant à rééduquer le langage et à participer ainsi à la transmission de la langue légitime » (Bretin, 2007, p. 102). En 2013, Lederlé met en garde les praticiens sur leur « propre mode de fonctionnement » qui peut être imposé aux patients lors de la rééducation « en leur soumettant des modèles de fonctionnement à reproduire. ». En effet, si l'orthophoniste est souvent issu de classes favorisées et que le patient, lui, provient de milieux moins favorisés socio-culturellement, comment les représentations du praticien influence la relation thérapeutique ?

2.3.2 Les différentes postures de l'orthophoniste dans le soin

Comme le souligne Launay (2016), « ce qui différencie le travail de l'orthophoniste du travail d'un enseignant spécialisé ou non, n'est pas l'objet mais sa posture et l'objectif final qu'il cherche à atteindre » (2016, p. 110). La relation qu'élaborent l'orthophoniste et son patient s'articule autour d'une thérapie duelle basée sur une relation de soin. Or, soigner ne va pas de soi et demande un aménagement personnalisé de la posture du praticien face à son patient. Pour Bouchayer (2015), les métiers de la santé se construisent à travers « des processus socio-anthropologiques fondamentaux constitutifs de la relation d'aide à autrui par le soin qui requiert de l'empathie, de l'intérêt pour les échanges interpersonnels, de la disponibilité psychologique et morale » (2015, p. 14). Perdrix ajoute que les représentations des orthophonistes vont se baser sur deux types de croyances de la maladie : soit la maladie est considérée comme un élément extérieur à combattre, soit la maladie est une fonction interne du patient qui est à valoriser (2007, p. 150). Une étude sur la rééducation vocale de Tain (2007) définit trois modèles de pratiques orthophoniques, axés sur le soin thérapeutique pur d'une part (lié à l'identification de la pathologie en rapport avec le modèle biomédical), un autre modèle cible une

conformité sociale en adéquation avec les normes sociales et un dernier modèle basé sur la cohérence interne de la personne (centré sur le ressenti du patient et la cohérence de l'être) (2007, p. 242). En plus de ces postures de soignant, s'ajoutent des approches spécifiques concernant la rééducation du langage écrit.

2.3.3 Les approches rééducatives du langage écrit

La rééducation du langage écrit a fortement évolué avec le temps. Plaza (2011) précise qu'« on est passé du tout psycho-affectif, au tout instrumental, puis au tout organique » (2011, p. 427). Morel (2014) ajoute que les professionnels de l'échec scolaire agissent « sur une série de déficits (psychologique, linguistique, organique) » (2014, p. 101).

Selon l'approche instrumentale, les troubles du langage écrit seraient dus « à des troubles instrumentaux d'origine fonctionnelle d'où des méthodes dites pédagogiques voire hyper- ou ultrapédagogiques » (Launay, 2016, p. 110). Lederlé (2013) souligne que ces modèles thérapeutiques conduisent à effectuer de l'« enseignement » ou du « ré-enseignement » (2013, p. 27). Il s'agit des méthodes construites et appliquées par Borel-Maisonny, De Maistre ou Mucchielli-Bourcier.

L'approche psychoaffective est inspirée du courant psychanalytique (Morel, 2014, p. 104). Il s'agit d'une pratique dite « psychothérapeutique » où le symptôme prendrait sa source dans certains blocages du patient (Launay, 2016, p. 112). Selon Morel (2014), l'échec scolaire serait « le symptôme d'un ensemble de troubles psychoaffectifs souvent inconscients » (2014, p. 104). La relation avec l'enfant est le fondement même de cette démarche en « l'écoutant et en lui donnant la parole » (Launay, 2016, p. 112) permettant l'émergence du langage écrit.

L'approche cognitiviste s'inspire des neurosciences. Grâce aux apports de la psychologie cognitive et de la neuropsychologie, les troubles de la lecture sont à considérer selon les modèles de lecture à double voie (voie d'adressage et d'assemblage). L'objectif de la rééducation est alors « d'entraîner et de restaurer la ou les voies défailantes ainsi que la ou les troubles cognitifs responsables. » (Launay, 2016, p. 116). Launay (2016) présente également une approche intégrative et fonctionnelle comme une recherche de justesse dans la prise en charge pour chaque patient. Il s'agit d'obtenir son « adhésion » en expliquant et justifiant chaque

étape de la rééducation : « son autonomie scolaire, sociale et professionnelle est ciblée » (2016, p. 122). Le choix de suivre une approche en particulier dépend notamment « des représentations que se construisent les professionnels » (Lederlé, 2013, p. 18). En effet, Lederlé (2013) renvoie à une « construction » de la prise en charge qui se réalise « à partir de perspectives théoriques, de données de recherche, mais aussi à partir des expériences issues des interventions cliniques des professionnelles. » (2013, p. 63). Toutes ces approches, de par, leurs objectifs, vont induire une relation différente avec le patient et peuvent amener à modifier les représentations sociales des professionnels.

Selon l'approche de Pierre Bourdieu, il existe un rapport de domination entre les classes sociales qui se manifeste à travers une culture dominante, véhiculée par l'institution scolaire au moyen de la langue légitime. Les orthophonistes vont se retrouver essentiellement confrontés à des enfants qui manifestent des troubles du langage écrit, issus pour certains de zones dites précaires. Par leurs origines socio-culturelles et leur parcours universitaire, il se peut donc que les orthophonistes contribuent à la reproduction des inégalités sociales en véhiculant une culture dominante? Si la langue légitime est également véhiculée par les orthophonistes, quel en est l'impact sur les prises en soin ?

3 Problématique

Quel est l'impact du niveau social du lieu d'exercice des orthophonistes libéraux du Grand Lyon sur les représentations qu'ils se font de leurs pratiques en rééducation du langage écrit ?

4 Hypothèses théoriques

Hypothèse 1 : plus le niveau de précarité est bas et plus les orthophonistes ressentent un décalage culturel entre eux et leur patient.

Hypothèse 2 : Le niveau socio-culturel du lieu de travail influence la posture thérapeutique de l'orthophoniste lors de la prise en soin du langage écrit.

Hypothèse 3 : Le niveau social de la zone d'exercice a une influence sur le regard que porte l'orthophoniste à sa pratique de la rééducation du langage écrit.

II METHODE

L'enjeu de l'approche sociologique est de mettre en lumière « la réalité des mécanismes du fonctionnement social » (Golsorkhi & Huault, 2006, p. 24). L'objectif est de tendre « à montrer les mécanismes sous-jacents et générateurs de la production et de la reproduction des pratiques instituées » (Golsorkhi & Huault, 2006, p. 24). Notre étude se base donc sur la volonté d'essayer de dévoiler les mécanismes sociologiques mis en jeu lors de la rééducation du langage écrit en lien avec les inégalités scolaires à travers une démarche quantitative et déductive (Le Feuvre, 2007).

1 Le choix de la méthodologie

1.1 Une approche inspirée de la sociologie de Pierre Bourdieu :

Dans notre étude, nous avons décidé d'axer notre recherche sur une démarche inspirée de la sociologie et des méthodes de Pierre Bourdieu. Celle-ci est basée sur l'idée que les individus sont influencés par le contexte social et culturel dans lesquels ils vivent, qu'ils intériorisent des comportements dont ils n'ont pas conscience. Ces comportements sont conçus comme « des phénomènes sociaux » identifiables (Magni-Berton, 2008, p. 305). Contrairement à Durkheim qui pense que l'individu est déterminé seulement par son milieu et à Max Weber qui pense que les faits sociaux sont issus de motivations psychologiques, Bourdieu considère que la place de chacun dans la société entraîne un comportement type (Magni-Berton, 2008).

1.2 Réfléchir à sa propre réflexion :

Nous devons noter également que le fait même d'observer un élément va le perturber (Labov, 1972, p. 113). Ainsi, notre objet de recherche sera influencé par notre regard. Bourdieu nomme cette attitude face à ce phénomène « la réflexivité réflexe ». Pour lui, le scientifique va chercher une vérité qui reflètera son propre fonctionnement, il doit donc réfléchir sur ses propres réflexions (Bourdieu, 2001, p. 173).

1.3 L'enquête par questionnaire :

En sociologie, le questionnaire est essentiellement utilisé pour récolter des données

quantitatives (Martin, 2017, p. 13). L'enquête par questionnaire cherche à se rapprocher « d'un processus dialectique entre une problématique théorique et un terrain de recherche » (Schweyer, 2002, p. 60). L'objectif du questionnaire est de récolter de grands ensembles de données (Martin, 2017, p. 8) et ainsi de vérifier statistiquement si les données récoltées sont généralisables (Combessie, 2007, p. 33). L'étude statistique permet de déterminer des liens unissant ces variations ou d'expliquer les principes de variations. Dans notre cas, nous allons chercher des relations possibles entre les différentes variables à travers des tableaux croisés, des comparaisons de pourcentages et des tests de khi-deux (Martin, 2017, p. 8).

2 Le choix de la population

2.1 Sélection d'un échantillon

Etant donné notre volonté de suivre une démarche quantitative, nous avons eu besoin d'un échantillon représentatif de la population. Pour ce faire, nous avons tout d'abord obtenu la liste des 1447 orthophonistes du Rhône. Nous avons décidé de sélectionner les orthophonistes du Grand Lyon qui regroupe une population suffisamment hétérogène d'un point de vue socio-culturel.

Notre étude portant sur la rééducation du langage écrit, nous avons trouvé pertinent de sélectionner les 887 orthophonistes en exercice libéral. En effet, selon l'enquête Kalliopé de 2002, « 90% des orthophonistes en libéral déclarent prendre en charge la rééducation du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie)» (Le Feuvre, 2007, p. 47).

A partir de là, il nous fallait interroger suffisamment d'individus pour avoir une marge d'erreur acceptable et avoir un niveau de confiance de 95%. Ainsi, nous avons constitué notre échantillon pour obtenir une marge d'erreur inférieure à 5%, ce qui nous a permis d'obtenir un échantillon de 304 orthophonistes du Grand Lyon en Libéral.

2.2 Délimitation des zones de précarité

Notre étude se base sur l'éventuelle existence de liens entre le niveau social des zones d'exercice et les représentations des orthophonistes lors de la rééducation du langage écrit. Pour évaluer le niveau social nous avons utilisé la cartographie de

l'INSEE afin d'identifier le taux de précarité de chaque ville. L'INSEE a délimité des espaces de précarité selon les découpages déjà existantes (Bernert & Gilbert, 2015, p. 3). Onze indicateurs ont été utilisés pour définir les différentes zones de précarité du Grand Lyon par l'INSEE (annexe A), délimités par trois sous-thèmes : trois indicateurs liés à la précarité monétaire, cinq indicateurs liés à l'emploi et trois indicateurs liés à la fragilité familiale.

Nous avons utilisé les huit zones de précarité délimitées par l'INSEE que nous avons codées de 1 à 8 : 1 étant la zone de très faible précarité et 8 la zone de très forte précarité (annexe B). Le rapport PISA 2015 précise que « les élèves issus des milieux les plus défavorisés en France » se situent dans le « quartile inférieur de l'indice du milieu socio-économique » (OCDE, 2016, p. 7). De plus, le score total du niveau de précarité de l'INSEE est constitué de trois sous-thèmes dont chacun contribue pour un tiers au score final qui est compris entre -18 et +18. Nous avons alors choisi de diviser le Grand Lyon en trois zones de précarité : « A » faible (de 1 à 3), « B » moyenne (de 4 à 5) et « C » forte (de 6 à 8).

2.3 Sondage aléatoire stratifié

Nous avons choisi d'utiliser la méthode aléatoire stratifiée pour que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi. Cette méthode « consiste à découper la population en groupes et à réaliser un échantillon aléatoire au sein de chacun des groupes » (Martin, 2017, p. 20).

Niveaux de précarité	Orthophonistes du Grand Lyon		Echantillon de 304 orthophonistes	
	Nb	%	Nb	%
1	23	3%	8	3%
2	46	5%	16	5%
3	170	19%	58	19%
4	338	38%	115	38%
5	127	14%	43	14%
6	78	9%	27	9%
7	22	2%	8	3%
8	83	9%	29	10%
Total général	887	100%	304	100%

Tableau 1 : échantillon stratifié des 304 orthophonistes

L'échantillon stratifié permet de s'assurer qu'un nombre suffisant d'individus sera sélectionné pour chaque groupe.

Notre population de 887 orthophonistes a donc été divisée en huit groupes en fonction du niveau de précarité. Suite à cette stratification, nous avons sélectionné la même proportion d'individus par groupe que dans la population mère (tableau 1).

3 Elaboration du questionnaire

3.1 Choix des questions

Nous avons cherché à réaliser un questionnaire court et suffisamment motivant pour avoir des chances d'être rempli et retourné (annexe C). La durée estimative de l'enquête est d'environ dix minutes. Nous avons élaboré vingt-cinq questions avec une seule idée par question : six questions ouvertes et dix-neuf questions fermées (deux réponses oui/non, trois réponses à choix multiples, sept échelles de Likert et sept réponses de fréquence). Dans le choix des questions, nous avons cherché un équilibre entre trois types de questions : les questions qui décrivent les personnes et les situent (ce qu'elles sont), les questions relatives aux pratiques et aux comportements (ce qu'elles font) et les questions d'opinions, de représentations (ce qu'elles disent de ce qu'elles sont et de ce qu'elles font).

Nous avons regroupé les questions par thème (questions personnelles, échec scolaire, rééducation du langage écrit et relation avec l'institution éducative) et pour chaque thème, nous avons commencé par les questions les plus générales pour tendre vers les questions les plus particulières et également les plus impliquantes.

3.2 Choix du mode d'envoi

Le choix d'envoi d'un questionnaire dépend des objectifs, du temps et du budget disponible. Pour notre étude, nous avons choisi de réaliser le questionnaire auto-administré donc par internet car notre population dispose d'un accès facile aux mails et pour éviter l'influence de l'enquêteur sur les réponses. Le piège de l'envoi d'un questionnaire par mail est le faible taux de retour, comme le précise Ferguson (2000), « the major disadvantage of the mail survey, however, is its low return rate. A typical survey achieves a return rate of 10% to 40%. » (Ferguson, 2000, p. 186). Pour éviter que ce soit les personnes les plus motivées qui répondent au questionnaire

(Ferguson, 2000, p. 186), nous avons contacté chaque orthophoniste individuellement pour récolter leur adresse mail et ainsi leur envoyer le lien internet pour répondre au questionnaire.

3.3 Précautions pour éviter les biais

Pour éviter l'effet de halo, qui correspond à une contamination des questions précédentes sur le choix des réponses aux suivantes (Mucchielli, 1993, p. 43), nous avons élaboré les questions des plus générales aux plus spécifiques et nous avons diversifié la forme des questions (ouvertes, fermées).

De plus, pour éviter le biais d'acquiescement qui consiste à dire plutôt oui que non, nous avons introduit seulement deux questions fermées binaires.

D'autre part, pour éviter le biais de conformité sociale, nous avons interrogé les enquêtés sur des situations concrètes en introduisant des réponses en fréquence (une séance sur deux, moins d'une heure...). En effet, il ne faut pas poser des questions que les enquêtés ne sont pas amenés à se poser (Lizé, 2009, p. 99-100) en quel cas ce n'est plus un comportement que l'on mesure mais une idée que se fait l'enquêté d'un comportement.

Enfin, il peut y avoir un effet de longueur qui augmente le nombre de non réponses sur les questionnaires. Pour l'éviter, nous avons élaboré vingt-cinq questions, le nombre maximum recommandé étant de trente questions (Mucchielli, 1993, p. 43).

4 Procédure

4.1 Le dépouillement et le codage des réponses :

Suite à la réception des réponses, nous avons procédé au dépouillement, c'est-à-dire, à la transcription des réponses sous une forme homogène. La saisie statistique impose un codage pour chaque question et pour chaque réponse (Combessie, 2007, p. 33). Nous avons donc réalisé un codage (annexe D) pour analyser par la suite les données.

4.2 Conditions

Selon la loi informatique et liberté (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) afin de respecter la maîtrise des données

personnelles, nous avons élaboré une notice d'information en introduction du questionnaire qui spécifie la confidentialité des informations récoltées et le droit à l'informatique (droit d'accès, de rectification et de retrait des données).

4.3 Déroulement

Dans un premier temps, nous avons mis à l'épreuve notre questionnaire en réalisant un pré-test auprès d'une population non orthophoniste afin de vérifier la clarté des questions et des réponses, la durée effective de remplissage et les erreurs informatiques. Dans un second temps, nous avons envoyé un mail d'information prévenant d'un tirage au sort auprès de la population orthophonique du Grand Lyon pour que les enquêtés ne soient pas surpris de nos appels. Ensuite, nous avons collecté les numéros de téléphones de chaque orthophoniste que nous avons appelés pour obtenir leur consentement et leur mail afin de leur transmettre le lien internet pour répondre au questionnaire. Un mail leur a été envoyé personnellement pour les inviter à répondre au questionnaire, puis, un mail de relance leur a été également adressé à une semaine d'intervalle en cas de non réponse. Enfin, nous avons réalisé le dépouillement et le codage des résultats afin de pouvoir les traiter, les comparer et établir des relations entre eux. Les méthodes de la statistique descriptive et inductive ont pu ainsi être utilisées pour analyser les données recueillies.

III RESULTATS & DISCUSSION

C'est pour étudier les représentations que se font les orthophonistes de la rééducation du langage écrit et de l'environnement des patients concernés, que nous avons mener cette étude. Suite à l'exploration des notions bourdieusiennes et aux différents contenus du travail orthophonique, nous nous sommes demandé : quel est l'impact du niveau social du lieu d'exercice des orthophonistes sur les représentations qu'ils se font de leur pratique en rééducation du langage écrit ? C'est en analysant les mécanismes sociologiques sous-jacents et en étudiant le regard des orthophonistes sur leur pratique que nous allons explorer cette question.

C'est à travers une démarche exploratoire que nous avons analysé les données issues des questionnaires.

Pour rappel, nous avons regroupé les zones de précarité en 3 sous-groupes : « A » faible (de 1 à 3), « B » moyenne (de 4 à 5) et « C » forte (de 6 à 8).

Pour des raisons de lisibilité, les variables prises en compte dans notre étude avec les questions/réponses correspondantes du questionnaire sont accessibles en annexe E.

1 Présentation de la population

L'échantillon est constitué de 304 orthophonistes du Grand Lyon. Sur ce total, 103 ont répondu au questionnaire, soit 34% de l'échantillon. Le taux de réponses est moyennement satisfaisant car la marge d'erreur n'a pu être respectée (9,6% au lieu de 4,3%).

La répartition des orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire selon le niveau de précarité est très proche de la répartition initiale.

Les sous-groupes 1, 5 et 7, qui composent cet échantillon, représentent une part identique à la part qu'ils représentent dans la population. Mais il existe un écart compris entre 1% et 5% pour les autres niveaux de précarité. La répartition de l'échantillon est donc représentative car il possède une répartition relativement

équivalente à l'échantillon de référence (tableau 2). La majorité des praticiens se situent dans la zone de moyenne précarité entre 4 et 5 (55%).

Niveau de précarité	Echantillon théorique		Echantillon réel	
	NB.	%	NB.	%
1	8	3%	3	3%
2	16	5%	6	6%
3	58	19%	14	14%
4	115	38%	44	43%
5	43	14%	14	14%
6	27	9%	13	13%
7	8	3%	3	3%
8	29	10%	6	6%
Total	304	100%	103	100%

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon en fonction des niveaux de précarité

La question des origines sociales des orthophonistes a été soulevée afin d'illustrer les éventuels rapports de domination qui peuvent être liés aux milieux socio-culturelles d'origine des praticiens (tableau 3). Il est difficile de répondre à la question des origines sociales à partir d'une seule variable, c'est pourquoi, nous analyserons les réponses de manière exploratoire, pour obtenir une idée générale du milieu d'origine des orthophonistes.

Professions des parents	Total toutes zones		Niveau précarité						Total %
	Nb	%	A		B		C		
			Nb	%	Nb	%	Nb	%	
agriculteurs, exploitants	1	1%	1	100%	0	0%	0	0%	100%
artisans, commerçants, chef d'entreprise	9	8%	0	0%	5	64%	4	36%	100%
autres ou personne sans activité professionnelle	4	3%	2	21%	1	44%	1	35%	100%
cadres, professions intellectuelles supérieures	52	50%	12	19%	30	62%	10	19%	100%
employés	12	15%	4	15%	7	73%	1	11%	100%
ouvriers	4	4%	1	16%	3	84%	0	0%	100%
professions intermédiaires	21	18%	3	9%	12	60%	6	31%	100%
Total ($\chi^2=34,12$; $p=0,801$)	103	100%	23	16%	58	63%	22	21%	100%

Tableau 3 : Répartition des orthophonistes en fonction de la profession des parents et des niveaux de précarité

D'après les résultats obtenus par le questionnaire, les orthophonistes sont majoritairement issus de milieux favorisés socio-culturellement. En effet, la moitié des orthophonistes interrogées (50%) ont des parents cadres ou de professions intellectuelles supérieures, moins d'un tiers ont des parents à professions

intermédiaires (20%) et des parents employés (11%). A ce constat, nous pouvons ajouter le parcours professionnel orthophonique qui favorise l'appartenance à ce milieu. Ils ont, en effet, suivi un cursus d'études supérieures (minimum bac+3) et ont donc réussi leurs études. Ceci implique une reconnaissance et compréhension du langage universitaires, ils ont donc partagé ce que Bourdieu nomme « le langage professoral » de l'université (Braz, 2011). Braz ajoute que « les systèmes mentaux des classes favorisées s'adapte à celle du système professoral » (Braz, 2011, p.36). Effectivement, les orthophonistes sont issus d'un milieu socio-culturel favorisant leur réussite scolaire. Même si le parcours n'a peut-être pas été sans embuche pour tous, les années de formation et l'obtention du diplôme final confirment leur degré d'appartenance au milieu du soin orthophonique.

2 Validation des hypothèses

2.1 Perception de la langue du patient et de sa famille par le praticien

Hypothèse 1 : Plus le niveau de précarité est bas et plus les orthophonistes ressentent un décalage culturel entre eux et leur patient et leur famille.

Pour évaluer cette hypothèse, nous avons étudié l'influence du niveau de précarité de la zone d'exercice du Grand Lyon sur le sentiment de ne pas parler la « même langue » que les patients et leur famille (tableau 4 et graphique 1).

Niveau de précarité	Sentiment de ne pas parler la "même langue" pour :				Total	
	moins de la moitié de leurs patients		plus de la moitié de leurs patients			
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
A	21	97%	2	3%	23	100%
B	51	88%	7	12%	58	100%
C	14	60%	7	40%	21	100%
Total ($\chi^2=6,24$; $p<0,05$)	86	84%	16	16%	102	100%

Tableau 4 : Réponses des orthophonistes concernant le décalage langagier en fonction de niveau de précarité

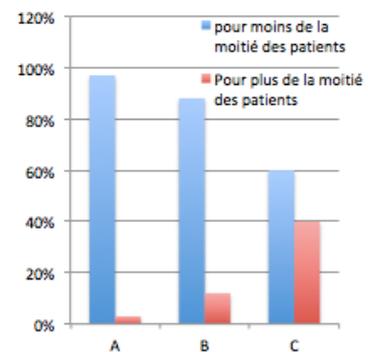


Figure 1 : Représentation des résultats concernant le décalage langagier ressenti par les orthophonistes

Nous avons choisi de poser cette question de la « même langue », qui est une tournure volontairement connotée pour des orthophonistes, pour mettre en lumière la distance qui peut exister entre l'orthophoniste et son patient. Comme nous l'avons vu, en France, la langue permet une véritable « distinction de classe » (Braz, 2013, p.160) qui va dépendre de la maîtrise de la langue légitime. Plus la maîtrise sera importante, donc se rapproche de la langue écrite, plus l'individu se situera dans les classes dominantes (Santelli, 2007), et inversement, moins elle est maîtrisée plus l'individu se situera dans les classes défavorisées. Le langage va donc différer selon le milieu socio-culturel.

Nos résultats confirment cette différence langagière entre les milieux. Ainsi, plus le niveau de précarité est bas, et plus les orthophonistes éprouvent un sentiment de décalage langagier avec leurs patients et leur famille. De plus, le test du Khi² confirme une dépendance significative entre ces variables ($p < 0,05$).

Ce décalage peut s'expliquer par une différence de codes linguistiques. D'ailleurs, Bisseret précise que la maîtrise de la langue implique l'acquisition de codes qui sont essentiellement sociaux. Il précise que c'est le système de classes qui « engendre un certain nombre de contraintes et qui limitent les possibilités linguistiques potentielles des plus favorisés, ce qui les empêchent d'avoir accès au code élaboré constituant des privilèges des classes supérieures » (Bisseret, 1975, p.250) donc, ne pas parler la même langue, c'est ne pas avoir la même culture, le même « capital linguistique » (Braz, 2013, p.74). C'est pourtant ce capital culturel dominant qui définit les codes culturels légitimes (Braz, 2013, p.74). De nombreuses études portent sur ce sujet : par exemple, en 1975, Bernstein développe la « théorie du handicap linguistique » qui fût d'ailleurs fortement controversée (Rondal, 1978, p.145).

En tant que thérapeute du langage, n'est-il pas troublant que le sentiment de ne pas parler la même langue que son patient soit aussi marqué?

Par rapport à cette question concernant un décalage langagier, nous pouvons en conclure que l'hypothèse 1 n'est pas rejetée car le décalage langagier ressenti par les orthophonistes se manifeste fortement lorsque le milieu socio-culturel est défavorisé.

2.2 Les postures thérapeutiques adoptées lors des prises en soin

Hypothèse 2 : Le niveau socio-culturel du lieu de travail influence la posture thérapeutique de l'orthophoniste lors de la prise en soin du langage écrit.

Pour évaluer cette hypothèse, nous avons analysé l'influence du niveau de précarité de la zone d'exercice en fonction de la posture thérapeutique adoptée (tableau 5 et figure 2).

Niveau de précarité	Postures thérapeutiques						Total	
	Conformité sociale		Soin thérapeutique pur		Cohérence interne			
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
A	4	20%	11	56%	8	23%	23	100%
B	16	24%	30	57%	12	19%	58	100%
C	5	25%	14	63%	3	12%	22	100%
Total ($\chi^2=3,740$; $p=0,442$)	25	23%	55	58%	23	18%	103	100%

Tableau 5 : Répartition des postures thérapeutiques en fonction du niveau de précarité

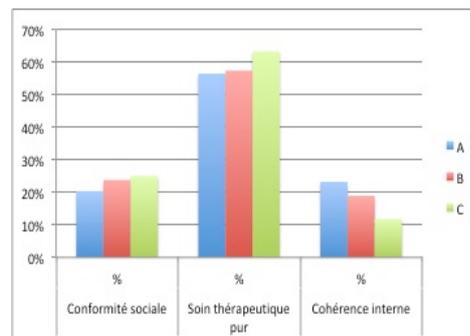


Figure 2 : Représentation des postures adoptées en fonction du niveau de précarité

La posture du soignant est le comportement qu'il adopte face à la maladie du patient. Soit il considère celle-ci comme extérieure au patient et donc à combattre, soit comme inhérente à ce dernier et faisant partie de sa construction (Perdrix, 2007) et donc à accompagner.

L'orthophoniste peut globalement se positionner selon trois axes (Tain, 2007). D'une part, en fonction d'une conformité sociale qui cherche à faire entrer le patient dans une norme sociale définie par le praticien et/ou son patient.

D'autre part, il peut se positionner selon une posture basée sur le soin thérapeutique pur qui se base sur la dimension biologique du trouble, en référence à un savoir de la pathologie.

Enfin, il peut se baser sur la cohérence interne qui consiste à se centrer sur les besoins et la demande du patient. Dans ce cas, l'orthophoniste se détache des conceptions orthophoniques pour se tourner vers celles du patient.

Nos résultats montrent que le soin thérapeutique pur s'impose dans la majorité des cas (58%). C'est ce qui définit l'orthophoniste, comment il se situe par rapport à son métier et non en fonction de son patient. Dans ce cas, l'orthophoniste pense que la priorité de son métier réside dans une logique biomédicale : « l'autorité revient au professionnel et à sa compétence » (Tain, 2007, p.241). Cette démarche rejoint le courant des neurosciences actuel qui, en France, considère les troubles du langage écrit comme d'origine neurologique (Morel, 2016, p. 222). Le patient est considéré à travers son trouble, ce qui peut rassurer l'orthophoniste, réduisant la complexité de l'individu ou pouvant même palier à son impuissance face aux difficultés souvent persistantes des patients. En effet, comme le précise Morel (2016), les neurosciences sont « orientées vers l'action » avec une capacité d'agir sur le problème dont les moyens d'intervention sont présentés « comme libérés des a priori idéologiques et politiques » (Morel, 2016, p.222).

Ensuite, nous notons une dissociation entre le regard de l'orthophoniste porté sur la conformité sociale, le soin thérapeutique et la cohérence interne selon le milieu socio-culturel du lieu d'exercice. En effet, il apparaît une tendance à vouloir faire « entrer dans la norme sociale » les patients issus des milieux de moyen et faible niveau socio-culturel (de 20% en zone A à 25% en zone C). Les orthophonistes peuvent penser que les patients des milieux privilégiés ont moins besoin de conformité sociale. Les orthophonistes se veulent alors charger d'une mission sociale pour les patients qui s'éloignent du milieu favorisé. Bouchayer (2004) explique que la prestation de soin et les attitudes qui les accompagnent appartiennent à un système de solidarité. Il s'établit là une distance culturelle vis à vis du patient.

De plus, cette même tendance est observée concernant le soin thérapeutique pur (de 56% en zone A vers 63% en zone C). Il s'agit ici aussi d'imposer un savoir scientifique, surtout dans les milieux non favorisés. L'orthophoniste se définit alors d'autant plus dans une posture de détenteur d'un savoir qu'il y a un écart avec la population qu'elle soigne. Plus il existe des différences socio-culturelles, plus le praticien se positionne dans une démarche de réajustement face à la norme.

Pour finir, nous constatons également une évolution du regard porté par les orthophonistes sur les ressentis du patient. En effet, plus le milieu est favorisé et plus la volonté de prendre en compte le patient dans son être est présente. L'orthophoniste semble davantage s'autoriser à plus se centrer sur une logique de cohérence de la personne avec des patients des milieux favorisés (de 12% en zone C à 23% en zone A). Pourtant, le praticien pense peu adopter cette posture (23%), et, lorsqu'elle l'utilise c'est avec les gens d'un milieu socio-culturel équivalent. L'orthophoniste pense pouvoir mieux comprendre la personne en tant qu'individu. Ainsi, plus on est dans un écart de schèmes de pensées du milieu orthophonique moins il va s'intéresser à la demande du patient.

Nous notons une représentation globale de l'orthophoniste de son métier avec une surreprésentation du soin thérapeutique pur quelque soit le milieu. Le niveau social du lieu n'influence donc pas les représentations que se font les orthophonistes de leur métier. En revanche, le niveau socio-culturel du milieu a un impact sur l'idée qu'ils se font de leur pratique avec leur patient, ils vont cibler une norme sociale ou rechercher l'application d'une technique selon le milieu.

L'hypothèse 2 n'est donc pas rejetée car, même si les orthophonistes ont une représentation forte de leur pratique, les résultats montrent une manière d'aborder la relation avec les patients et leur milieu social.

2.3 Les approches thérapeutiques pratiquées lors des prises en soin

Hypothèse 3 : Le niveau social de la zone d'exercice a une influence sur le regard que porte l'orthophoniste à sa pratique de la rééducation du langage écrit.

Le niveau de précarité de la zone d'exercice a été confronté aux approches thérapeutiques pouvant être observées lors de la prise en soin (tableau 6 et figure 3).

Pour rappel, l'approche organique issue des neurosciences a pour objectif la restauration des deux voies de lecture ; l'approche psychoaffective inspirée de la psychanalytique traite le symptôme de manière psychothérapeutique ; l'approche instrumentale consiste à appliquer des méthodes pédagogiques adaptée à l'enfant ; l'approche intégrative a pour but de rendre autonome et acteur au moyen, par exemple, d'un contrat.

Niveau de précarité	Approche organique				Approche psychoaffective				Total %
	D'accord		Pas d'accord		D'accord		Pas d'accord		
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
A	20	81%	3	19%	19	84%	4	16%	100%
B	50	87%	8	13%	46	81%	12	19%	100%
C	21	95%	1	5%	15	56%	7	44%	100%
Total	91	88%	12	12%	80	76%	23	24%	100%
	khi2=1,38; p=0,5				khi2=1,55; p=0,46				

Niveau de précarité	Approche instrumentale				Approche intégrative				Total %
	D'accord		Pas d'accord		D'accord		Pas d'accord		
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
A	20	83%	3	17%	23	100%	0	0%	100%
B	48	81%	9	19%	57	99%	1	1%	100%
C	22	100%	0	0%	21	95%	1	5%	100%
Total	90	85%	12	15%	101	98%	2	2%	100%
	khi2=3,95; p=0,13				khi2=0,8; p=0,66				

Tableau 6 : Répartition des approches thérapeutiques adoptées en fonction du niveau de précarité

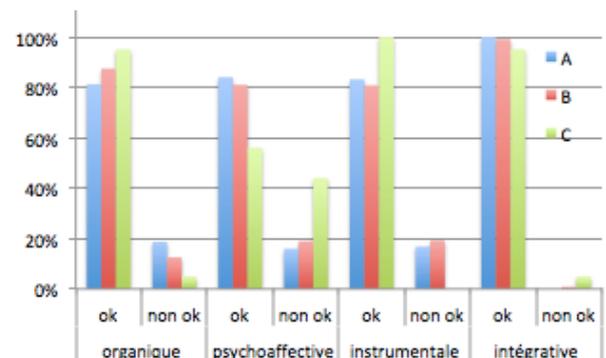


Figure 3 : Représentation des approches thérapeutiques en fonction du niveau de précarité

D'après nos résultats, les quatre types d'approches sont reconnus comme pratiqués par la majorité des orthophonistes (de 56 à 100%).

Toutefois, elles ne sont pas toutes reconnues de la même manière selon le milieu.

Premièrement, nous notons une dissociation entre l'approche organique et psychoaffective en fonction du milieu socio-culturel. Effectivement, plus le milieu est défavorisé (C) et plus les orthophonistes pensent qu'adopter une approche

organique est appropriée pour une rééducation réussie (de 81% en zone A à 95% en zone C). Inversement, plus le milieu est favorisé socio-culturellement (A) et plus l'approche psychoaffective leur semble appropriée pour une bonne rééducation (de 84% en zone A à 56% en zone C). L'approche organique, centrée sur la restitution d'un déficit cognitif, peut être interprétée comme un détachement affectivement du praticien par rapport à son patient en cherchant à le ramener vers une norme médicale. Cette idée d'un détachement peut s'expliquer par une difficulté à comprendre l'autre, de s'appuyer sur son savoir professionnel pour soigner le patient. Cette tendance rejoint celle de la posture « soin thérapeutique pur », qui cherche à se concentrer sur le trouble et non sur la personne, dans les milieux défavorisés. Un décalage socio-culturel trop important peut générer une mise à distance du praticien envers son patient.

L'approche psychoaffective, quant à elle, tend à s'occuper des aspects psychoaffectifs du patient et donc, entre dans une relation plus psychologique impliquant un fonctionnement psychique compatible. Les orthophonistes considèrent qu'utiliser cette pratique dans les milieux favorisés est plus légitime, ce qui laisse sous-entendre une reconnaissance mutuelle ou un partage d'un certain fonctionnement psychique. Cela renvoie à la notion d'« habitus » de Bourdieu qui correspond à « un système de dispositions qui engendrent des schèmes pratiques produisant des structures sociales intériorisées en structures mentales » (Braz, 2013, p. 40). L'individu possède ainsi des conduites propres à son habitus issu de son milieu culturel d'origine ce qui amène à deux individus d'habitus compatibles d'échanger plus facilement. Il est donc naturellement plus facile d'avoir une approche affective avec des patients qui ont un fonctionnement proche.

Dans un second temps, l'approche instrumentale est considérée indissociable de la pratique jusqu'à paraître indispensable pour une bonne rééducation dans les milieux très défavorisés (100% en zone C). Il s'agit d'une approche considérée comme « ultrapédagogique » (Launay, 2016, p.110), liée au système scolaire, qui est perçue par les praticiens comme adaptée aux milieux défavorisés. Dans ces zones dites

défavorisées, les enfants en échec scolaire sont les plus nombreux (OCDE, 2016, p5). Comme la réussite ou non de sa scolarité dépend du capital culturel transmis par la famille (Braz, 2011, p.35), c'est grâce à ce capital culturel que « l'individu va se positionner face aux rapports de domination » (Braz, 2011, p.35). Il semblerait que l'orthophoniste pense devoir tenir un rôle plus pédagogique dans les milieux défavorisés.

Comme nous l'avons déjà remarqué, les orthophonistes sont titulaires de diplômes universitaires, signe qu'ils n'ont pas échoué leur scolarité. Ils se retrouvent face à des enfants en très grandes difficultés scolaires, un rapport déséquilibré se dessine alors entre eux. De part ses origines sociales majoritairement favorisées, son parcours universitaire et son immersion dans la culture orthophonique, le professionnel se positionne naturellement de manière ascendante sur son patient. Le décalage culturel, trop important empêche une relation d'égal à égal de s'installer. De plus, l'école participe au maintien des inégalités scolaires ce qui place l'orthophoniste comme détenteur d'une culture légitime qui peut l'inciter à vouloir compléter les apports pédagogiques reçus à l'école.

Enfin, l'approche intégrative est également considérée comme nécessaire pour tous les milieux, mais les orthophonistes l'envisage comme indispensable en milieu favorisé (100% en zone A). Ce terme d'approche « intégrative » sous tend l'idée « qu'une rééducation du langage écrit réussie implique, en priorité, d'obtenir une coopération entière du patient » (Launay, 2016, p.112). La réponse quasi unanime à cette question témoigne d'un socle commun de représentations professionnelles qui invite à l'idée d'une prise en compte globale du patient dans le soin. Cette approche pourrait correspondre à un idéal, et donc une valeur professionnelle. A ce sujet, Bouchayer (2004) affirme que « les valeurs fournissent des références idéales qui orientent de manière diffuse l'activité des individus » (2004, p.6). Cette valeur semble prendre tout son sens dans les milieux favorisés.

Il existe cependant un décalage entre l'acceptation par tous d'une approche considérant le patient comme autonome et acteur de sa prise en charge et leur regard face à l'utilisation d'un contrat thérapeutique. Ce commun accord doit

permettre à l'enfant de s'investir dans sa rééducation (Launay, 2016). Ce contrat se veut un moyen d'établir une relation d'égal à égal. En référence à la pédagogie rationnelle de Bourdieu, Braz préconise de remplacer l'apprentissage passif par un apprentissage actif pour lequel la mise en place d'un contrat répond pleinement à cette exigence. Or, d'après le tableau 7 et la figure 4, l'idée d'établir un contrat avec le patient est plutôt mitigée avec une tendance à approuver cette démarche de manière préférentielle dans les milieux favorisés (de 33% en zone C à 43% en zone A). Malgré l'unanimité de la nécessité de prendre en charge de manière globale le patient, établir un contrat avec lui reste discutable pour les orthophonistes qui instaurent cette éventualité plus facilement pour les patients issus d'un milieu proche du leur. La volonté d'essayer d'établir une relation d'égalité avec le patient ne paraît possible qu'avec des patients disposant déjà d'un bagage socio-culturel proche.

Niveau de précarité	Utilisation d'un contrat				Total	
	D'accord		Pas d'accord		Total Nb	Total %
	Nb	%	Nb	%		
A	8	43%	15	57%	23	100%
B	23	35%	35	65%	58	100%
C	8	33%	14	67%	22	100%
Total	39	36%	64	64%	103	100%

Tableau 7 : Répartition des orthophonistes sur l'utilisation d'un contrat

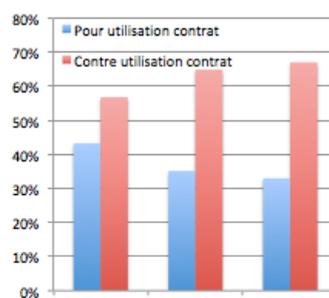


Figure 4 : Représentation des orthophonistes sur l'utilisation d'un contrat

Malgré la reconnaissance très majoritaire de toutes les approches, l'hypothèse 3 n'est pas pour autant rejetée car plus le niveau social du milieu est bas et plus les orthophonistes pensent appliquer des pratiques basées sur leur savoir scientifique et social en se mettant à distance du patient. A l'inverse, les approches prenant plus en compte l'être du patient vont se retrouver dans les milieux favorisés.

3 Vers une relation d'égalité entre le patient et son orthophoniste ?

Selon leur lieu d'exercice, les orthophonistes sont parfois les acteurs involontaires des inégalités sociales. Les origines socio-culturelles des orthophonistes et leur

parcours professionnel les immergent dans une culture étrangère, souvent différente et se retrouvent confrontés à des patients en difficultés scolaires, voire en échec scolaire, souvent issus de milieux défavorisés (OCDE, 2016). Cette différence culturelle présente dans les cabinets orthophoniques rappelle ce qu'il se passe à l'école (Braz, 2013). En effet, de l'école primaire obligatoire par la loi Ferry de 1882, en passant par la loi de 1936 qui la rend obligatoire jusqu'à 14 ans, puis par la loi Haby de 1975 qui instaure le collège unique, les classes socio-culturelles se sont mélangées au sein du système scolaire ce qui amène l'Etat à vouloir permettre « l'égal accès à l'instruction, à la formation professionnelle et à la culture pour tous » (Loi n°89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation, 1989). Pourtant, le rapport du Ministère de l'Education de 2002 met en avant le paradoxe entre un idéal éducatif et une réalité : « l'école se trouve en contradiction avec ce qu'elle enseigne lorsqu'elle tente de remplir l'une des missions qui, en France, lui est traditionnellement dévolue, celle d'intégration sociale et culturelle » (2002, p.3). Depuis, les inégalités persistent à l'école favorisant l'échec scolaire dans les milieux défavorisés (OCDE, 2016). D'ailleurs, les orthophonistes perçoivent en majorité ce lien de dépendance entre l'école et l'échec scolaire (58% de l'annexe F). Par ailleurs, nombreux sont ceux qui pensent que leur travail permet de lutter contre l'échec scolaire (71%) mais sans pour autant associer leur travail à du soutien scolaire (6% des praticiens pensent effectuer du soutien scolaire en annexe F). Pourtant, le travail orthophonique dépend grandement de l'école qui « fixe les normes d'acquisition du langage écrit » dont se basent les bilans orthophoniques (Woollven, 2015). Les orthophonistes perçoivent également ce lien de dépendance entre l'école et la rééducation orthophonique (76% de l'annexe F) alors qu'ils éprouvent des difficultés relationnelles avec l'institution scolaire pour la majorité d'entre eux (71%) jusqu'à penser qu'ils participent à l'inefficacité des prise en soin (86%). Pourtant, cette prise de conscience motive moins de la moitié des praticiens (49%) à agir directement auprès des écoles. La relation entre l'orthophoniste et l'école reste ambiguë surtout si nous faisons un parallèle entre les différences culturelles de l'orthophoniste avec son patient, et l'enseignant et son élève. Comme déjà précisé, à l'école, à travers le discours professoral dont les transmissions pédagogiques sont pleinement intégrées

uniquement par les élèves disposant déjà du bagage culturel suffisant (Crahay, 1996), tout comme dans les cabinets orthophoniques, les praticiens ressentent un décalage langagier avec leur patient. Cette distance langagière évidente, témoin d'une différence culturelle forte et d'un malaise relationnel, semble paradoxale à la vue du rôle de thérapeute du langage tenu par l'orthophoniste. Les orthophonistes possèdent-ils les outils pour faire face à ces différences culturelles ? Bourdieu parle d'une nécessité de prendre conscience des mécanismes sociaux sous-jacents pour pouvoir lutter contre les inégalités sociales, or, seulement un tiers des praticiens s'interrogent sur ce sujet (32%). Il semble alors nécessaire d'imaginer des outils pour faire face aux différences sociales pouvant mettre à mal le lien thérapeutique entre l'orthophoniste et son patient.

IV CONCLUSION

A partir des notions sociologiques de Bourdieu concernant la reproduction des inégalités scolaires et les rapports de dominations entre les classes, nous avons cherché à identifier la place que pense avoir l'orthophoniste dans le soin ainsi que dans la relation avec son patient, particulièrement lors de la rééducation du langage écrit. Afin d'étudier les représentations qu'ils se font de leur pratique, nous avons mené une enquête quantitative auprès des orthophonistes en libérales du Grand Lyon au moyen de questionnaires.

A l'issue des réponses obtenues, nous avons pu mettre en évidence une tendance des orthophonistes à penser les pratiques en fonction du niveau social de leur lieu d'exercice. Issus d'un milieu plutôt favorisé socio-culturellement, les praticiens peuvent se retrouver face à des patients la culture et manière d'être s'éloignent de la leur, et ainsi ressentir une distance qui se manifeste par un décalage langagier évident. L'existence de ce décalage questionne au regard de cette profession qui met le langage au cœur de sa pratique.

Parallèlement, la relation thérapeutique elle-même se voit influencée par le niveau social du lieu de travail. Plus le milieu est favorisé et plus l'orthophoniste se retrouve centré sur le patient ; à l'inverse, plus le milieu est défavorisé et plus l'orthophoniste semble se distancer de la relation à la personne pour viser plus spécifiquement le trouble.

Aussi, les orthophonistes ne paraissent pas tous conscients de ces écarts et des différentes représentations qu'ils peuvent avoir de leur pratique. Ces variations sont finalement le témoin d'une véritable distinction de classes s'opérant à leur insu. Il est alors légitime de se demander s'il existe des outils pouvant permettre aux praticiens d'adapter de manière consciente leur relation au patient, sans éprouver de gêne et ainsi tendre vers un rapport d'égal à égal ? Mieux percevoir ces inégalités rejoint l'idée de Bourdieu qui préconise une compréhension des mécanismes sociologiques pour essayer de réduire les inégalités sociales.

V REFERENCES

- Abric, J.-C. (2016). *Pratiques sociales et représentations*. (2ème éd). Presses Universitaires de France.
- Bautier, É., & Rochex, J.-Y. (1997). Ces malentendus qui font les différences. *La scolarisation de la France, Critique de l'état des lieux, Paris, La Dispute*, 105–122.
- Bernert, E., & Gilbert, A. (2015). Précarité dans le Grand Lyon : vers une réduction mais plus de concentration. *Insee Analyses Rhône-Alpes*, (22), 4.
- Birnbaum, P. (1969). Cadres sociaux et représentations collectives dans l'œuvre de Durkheim : l'exemple du Socialisme. *Revue française de sociologie*, 10(1), 3-11.
- Bisseret, N. (1975). Classes sociales et langage : au-delà de la problématique privilège/handicap. *L'Homme et la société*, 37(1), 247-270.
- Bonnéry, S. (2011). D'hier à aujourd'hui, les enjeux d'une sociologie de la pédagogie. *Savoir/Agir*, (17), 11-20.
- Bouchayer, F. (2004). L'inscription sociale de l'aide à autrui : à propos de la prestation de soins professionnalisés. In F.-X. Schweyer, S. Penneç, G. Cresson, & F. Bouchayer, *Normes et valeurs dans le champs de la santé* (p. 77-90). Rennes: ENSP.
- Bouchayer, Françoise. (2015). Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux. In F.-X. Schweyer & G. Bloy, *Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale* (p. 424). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire: l'économie des échanges linguistiques*. Paris: Fayard.
- Bourdieu, P. (1991). *Langage et pouvoir symbolique*. Paris: Points Essai.
- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité: cours du Collège de France, 2000-2001*. Paris: Raisons d'agir.
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1970). *La reproduction: éléments pour une théorie*

- du système d'enseignement*. Paris: Éd. de Minuit.
- Braz, A. (2011). *Bourdieu et la démocratisation de l'éducation*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Braz, A. (2013). *Apprendre à philosopher avec Bourdieu*. Paris: Ellipses.
- Bretin, H. (2007). Quichoisit le métier d'orthophoniste...et comment? In L. Tain, *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession* (Editions ENSP, p. 93-104). Rennes.
- Champagnol, R. (1986). L'échec scolaire [Une conduite programmée]. *Revue française de pédagogie*, 77(1), 47-56.
- Combessie, J.-C. (2007). III. Le questionnaire. In *Repères* (5ème éd, p. 33-44). Paris: La Découverte.
- Coslin, P. G. (2012). Précarité sociale et déscolarisation. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (41/3), 1-16.
- Crahay, M. (1996). *Peut-on lutter contre l'échec scolaire?* (3. éd). Bruxelles: De Boeck.
- Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, 2002-721 § (2002).
- Durkheim, É. (1967). *De la division du travail social*. Paris: Presses universitaires de France.
- Duru-Bellat, M. (2003). *Inégalités sociales à l'école et politiques éducatives*. Paris: Unesco, Institut international de planification de l'éducation.
- Ferguson, S. D. (2000). *Researching the Public Opinion Environment: Theories and Methods*. Thousand Oaks Californie: SAGE Publications.
- Golsorkhi, D., & Huault, I. (2006). Pierre Bourdieu: critique et réflexivité comme attitude analytique. *Revue française de gestion*, no 165(6), 15-34.
- Guimelli, C. (2016). La fonction d'infirmière. Pratiques et représentations sociales. In J.-C. Abric, *Pratiques sociales et représentations*. (2ème ed, p. 103-132). Paris: Presses Universitaires de France.
- Henri-Panabière, G. (2018). Socialisations familiales et réussite scolaire. *Idées économiques et sociales*, (191), 22-31.

- INSEE Analyses Rhône-Alpes. (2016). *Des territoires inégaux face à la précarité* (No. 25). Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2128987>
- Kerlan, M., & Aubry, R. (2016). *L'éthique en orthophonie: le sens de la clinique*. Paris: De Boeck supérieur.
- Labov, W. (1972). Some principles of linguistic methodology. *Language in society*, 1(1), 97–120.
- Lahire, B. (2008). *La raison scolaire: école et pratiques d'écriture, entre savoir et pouvoir*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Landry, J.-M. (2006). La violence symbolique chez Bourdieu. *Aspects sociologiques*, 13(1), 85–92.
- Launay, L. (2016). Le soin orthophonique dans la prise en charge du patient dyslexique/dysorthographique. In J.-M. Kremer & E. Lederlé, *Le guide de l'orthophoniste* (p. 1300). Cachan: Lavoisier.
- Le Feuvre, N. (2007). L'évolution des domaines d'intervention des orthophonistes. In L. Tain, *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession* (p. 41-50). Rennes: Editions ENSP.
- Lederlé, E. (2013). Des modes d'intervention orthophoniques en matière de troubles développementaux spécifiques du langage écrit ou dyslexies. In T. Rousseau, P. Gatignol, & S. Topouzkhian, *Prise en charge orthophonique des troubles du langage écrit* (Ortho Edition, Vol. tome 2, p. 9-72). Isbergues.
- Lenoir, R. (2004). Espace social et classes sociales chez Pierre Bourdieu. *Sociétés & Représentations*, (17), 385-396.
- Lizé, W. (2009). Entretiens, directivité et imposition de problématique. Une enquête sur le goût musical, Summary. *Genèses*, (76), 99-115.
- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- Loi n°89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation, 89-486 § (1989).
- Luçon, M. (2016). Ecrire, c'est trop long. In I. Ali & C. Wolf, *Entre langue et parole, le métier d'orthophoniste* (p. 59-96). Toulouse: Editions érès.
- Magni-Berton, R. (2008). Holisme durkheimien et holisme bourdieusien. *L'Année sociologique*, 58(2), 299-318.

- Martin, O. (2017). *L'analyse quantitative des données* (4ème ed). Malakoff: Armand Colin.
- Ministère de l'éducation nationale. (2002). *La mixité sociale à l'école et au collège*. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000227.pdf>
- Morel, S. (2014). *La médicalisation de l'échec scolaire*. Paris: La Dispute.
- Morel, S. (2016). Troubles dans les apprentissages : neurosciences cognitives et difficultés scolaires. *Revue européenne des sciences sociales*, 54(1), 221-247.
- Mucchielli, R. (1993). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale: connaissance du problème, applications pratiques*. Esf Editeur.
- OCDE. (2016). *PISA 2015 Les défis du système éducatif français et les bonnes pratiques internationales*. Paris: Editions de l'OCDE. Consulté à l'adresse <https://www.oecd.org/pisa/pisa-2015-results-in-focus-FR.pdf>
- Perdrix, R. (2007). Elaborer les frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité. In L. Tain, *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (Editions ENSP, p. 149-160). Rennes.
- Péruisset-Fache, N. (1999). *La logique de l'échec scolaire*. Paris: L'Harmattan.
- Philippe, C. (2007). La profession d'orthophoniste face à l'école élémentaire : au-delà d'une confrontation? In L. Tain, *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (Editions ENSP, p. 33-38). Rennes.
- Pinell, P., & Zafiroopoulos, M. (1978). La médicalisation de l'échec scolaire [De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile]. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 24(1), 23-49.
- Plaza, M. (2011). Les troubles du langage écrit : de l'instrumental au métacognitif L'Enfant et la Lettre. In E. Lerderlé, *Les troubles du langage écrit: Regards Croisés* (p. 423-430). Isbergues: Ortho Edition.
- Rondal, J. A. (1978). *Langage et éducation*. Bruxelles: Editions Mardaga.
- Santelli, E. (2007). Familles d'origine maghrébine et orthophonie : le vécu de la prise en charge. In L. Tain, *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession* (p. 219-233). Rennes: Éd. de l'École nationale de la santé publique.

- Schweyer, F.-X. (2002). L'enquête par Questionnaire. Des contextes d'usage variable. *Les Méthodes au concret, Cahier du CURAPP*, 59-80.
- Woolven, M. (2015). L'orthophonie et les troubles du langage écrit : une profession de santé face à l'école. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, (190), 103-114.
- Wrezinski, J. (1987). Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *Journal Officiel*, p. 103.

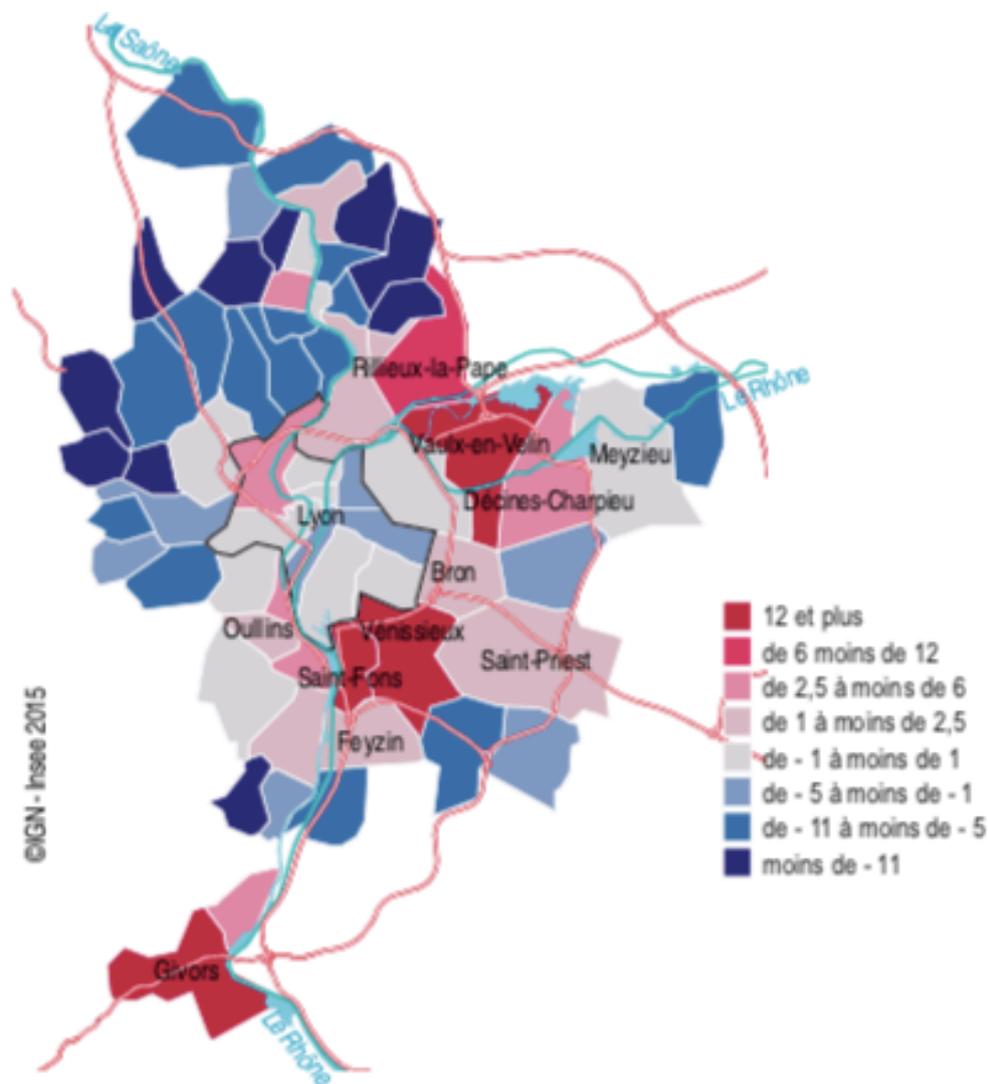
VI ANNEXES

ANNEXE A : Les onze indicateurs sélectionnés pour le calcul du score de précarité du Grand Lyon (Insee Analyse Rhône-Alpes)

11 indicateurs concernant la précarité

	Lyon	Grenoble	Saint-Étienne
Précarité monétaire			
Indicateur 1 : Part des ménages vivant sous le seuil de bas revenus <i>(Source: RFL 2011)</i>	19,7	18,3	23,5
Indicateur 2 : Part des allocataires CAF touchant un minimum social <i>(Source: CAF 2012)</i>	18,3	17,4	22,7
Indicateur 3 : Part des ménages dépendant à plus de 50 % des aides sociales <i>(Source: CAF 2012)</i>	26,8	25,6	28,8
Précarité liée à l'emploi			
Indicateur 4 : Part des actifs ayant un emploi sans diplôme <i>(Source: RP 2009)</i>	10,9	10,7	12,7
Indicateur 5 : Part des jeunes de 15-24 ans inactifs ou chômeurs <i>(Source: RP 2009)</i>	11,8	10,3	8,3
Indicateur 6 : Part des chômeurs de catégorie A parmi les actifs du RP <i>(Source: Pôle emploi 2011 et RP 2009)</i>	10,4	8,9	11,5
Indicateur 7 : Part des chômeurs à basse qualification parmi les chômeurs <i>(Source: Pôle emploi 2011)</i>	27,6	27,7	34,9
Indicateur 8 : Part des chômeurs de plus d'un an parmi les chômeurs <i>(Source: Pôle emploi 2011)</i>	34,9	33,4	39,5
Fragilités familiales			
Indicateur 9 : Part des ménages constitués d'une personne de 75 ans et plus vivant seule <i>(Source: RP 2009)</i>	7,3	7,4	9,8
Indicateur 10 : Part des familles monoparentales <i>(Source: RP 2009)</i>	8,9	8,7	8,3
Indicateur 11 : Part des familles à bas revenu ayant 3 enfants et plus <i>(Source: CAF 2012)</i>	34,7	31,5	39,3

ANNEXE B : Répartition des zones de précarité du Grand Lyon réparties en fonction du score global de précarité (Insee Analyse Rhône-Alpes)



Sources : Insee - Recensement de la population 2009, Pôle emploi 2011, Revenus fiscaux 2011, CAF 2012

ANNEXE C : Questionnaire : La rééducation orthophonique du langage écrit et l'échec scolaire

LA REEDUCATION ORTHOPHONIQUE DU LANGAGE ECRIT ET L'ECHEC SCOLAIRE

Quel est le but de ce questionnaire?

Dans le cadre d'un mémoire de Master 2 Orthophonie, ce questionnaire a pour but d'étudier les liens entre l'échec scolaire et la rééducation du langage écrit.

Précisions

La durée de ce questionnaire est de quinze minutes maximum.
Vous aurez l'occasion d'exprimer votre avis, votre ressenti à la fin du questionnaire.
Les réponses seront traitées de manière agrégée et aucune trace n'est gardée de l'adresse mail d'envoi.

Merci !

Enfin, MERCI pour votre contribution qui nous est d'une aide précieuse.

Notice d'information

Directeur de mémoire :
Nicolas Guilhot, maître de conférence à l'IFROSS Université de Lyon 3 (nicolas.guilhot@univ-lyon3.fr)

Etudiante :
Caroline Bury, étudiante en Master 2 orthophonie - Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation, UCBL Lyon 1 (caroline.bury@etu.univ-lyon1.fr)

Madame, Monsieur,
Nous vous proposons de participer de façon volontaire à un recueil de données concernant le lien entre la rééducation du langage écrit et l'échec scolaire.
Vous êtes libres d'accepter ou de refuser de participer à ce recueil de données.

Déroulement : un questionnaire vous sera proposé à partir du 28 janvier et sera à renvoyer avant le 21 mars 2018.

Technique d'échantillonnage :
La technique d'échantillonnage utilisée pour récolter les informations concernant les pratiques et les perceptions de l'échec scolaire dans le cadre de la rééducation orthophonique est une méthode d'échantillonnage aléatoire par tirage au sort. Cette enquête porte sur les praticiens exerçant dans les communes du Grand Lyon.

La fiabilité de cette méthode d'échantillonnage dépend d'un taux de réponse élevé.

Legislation - confidentialité :
Toute donnée vous concernant sera traitée de façon confidentielle et anonyme.
Elles seront codées sans mention de votre nom et prénom.

La publication des résultats ne comportera aucun résultat individuel. Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé.

Selon la loi informatique et liberté (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès, de rectification et de retrait des données vous concernant auprès du responsable de l'étude Nicolas Guilhot.

Vous pouvez formuler la demande d'être informé des résultats globaux de ce mémoire. Aucun résultat individuel ne pourra être communiqué.

Nous vous remercions pour la lecture de cette notice d'information.

1/10 Questions Générales

1. Depuis combien d'années exercez-vous?

2. Dans quelle ville travaillez-vous? (précisez l'arrondissement pour Lyon)

3. Quelles professions exercent ou exerçaient vos parents?

Une seule réponse possible.

- agriculteurs, exploitants
- artisans, commerçants, chef d'entreprise
- cadres, professions intellectuelles supérieures
- professions intermédiaires
- employés
- ouvriers
- autres ou personne sans activité professionnelle

4. Avez-vous suivi d'autres formations en dehors des études d'orthophonie en lien avec les sciences sociales ou les sciences de l'éducation?

Une seule réponse possible.

- OUI *Passez à la question 5.*
- NON *Passez à la question 6.*

1/10 Questions générales

5. Si oui, lesquelles?

2/10 Questions générales

6. Avant d'être orthophoniste, avez-vous exercé une activité telle que :

Une seule réponse possible.

- travailleur social
- éducateur
- enseignant
- préparation au concours d'enseignant
- aucun emploi de la liste *Passez à la question 8.*

2/10 L'échec scolaire

7. Si oui, vous sentez-vous plus sensibilisé aux questions sur l'échec scolaire?

Une seule réponse possible.

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout

3/10 L'échec scolaire

8. Est-ce que la question du lien entre l'échec scolaire et la rééducation du langage écrit est importante pour vous?

Une seule réponse possible.

- Oui, tout à fait
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Non, pas du tout

9. Avez-vous lu des ouvrages (livres, articles, rapports) concernant l'échec scolaire ou les inégalités scolaires? (facultatif)

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON *Passez à la question 11.*

3/10 L'échec scolaire

10. Si oui, lesquels?

4/10 L'échec scolaire et la rééducation orthophonique

11. Quel est votre opinion vis à vis des propositions suivantes concernant l'échec scolaire :

Une seule réponse possible par ligne.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
La famille est responsable de l'échec scolaire de son enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'école est responsable de l'échec scolaire des élèves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
il existe un lien étroit entre le soin orthophonique et l'action pédagogique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La rééducation du langage écrit remplace le soutien scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La rééducation orthophonique permet de lutter contre l'échec scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5/10 La rééducation du langage écrit (LE)

12. Combien de patients en rééducation du langage écrit suivez-vous?

13. Concernant la rééducation du LE, vous pensez exercer une pratique centrée principalement sur :

Une seule réponse possible.

- La restauration du trouble cognitif sous-jacent
- Un apport langagier visant une meilleure adaptation sociale
- Les ressentis et la demande du patient

6/10 La rééducation du langage écrit (LE)

14. Les déterminants suivants ont un impact fort sur l'efficacité de la rééducation orthophonique du LE :

Une seule réponse possible par ligne.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Milieu familial peu stimulant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relation difficile avec la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mode d'enseignement institutionnel inadapté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relation difficile avec l'institution éducative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7/10 La rééducation du langage écrit (LE)

15. Quel est votre opinion vis à vis des positionnements possibles de l'orthophoniste lors de la relation thérapeutique :

Une seule réponse possible par ligne.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
L'action de l'orthophoniste est de restaurer les voies de lecture déficientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'action de l'orthophoniste est de compenser les difficultés liées au LE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre en compte et intervenir en priorité sur les aspects psycho-affectifs et psychologiques est indissociable de la rééducation du LE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre en compte et intervenir en priorité sur le niveau cognitif et comportemental des patients est le fondement de la rééducation du LE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une rééducation du LE réussie implique, en priorité, d'obtenir une coopération entière du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une rééducation du LE réussie implique, en priorité, d'appliquer des méthodes de soin efficaces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8/10 La rééducation du langage écrit

16. Vous arrive-t-il d'avoir le sentiment de ne pas parler "la même langue" avec vos patients et leur famille?

Une seule réponse possible.

- pour tous mes patients
 pour plus de la moitié de mes patients
 pour moins de la moitié de mes patients
 pour aucun de mes patients

17. La durée de la restitution du compte rendu de bilan LE et de la présentation du projet thérapeutique au patient et sa famille lors d'une séance correspond à :

Une seule réponse possible.

- Moins d'une heure
 Environ une heure
 Plus d'une heure

18. Utilisez-vous le livre durant les rééducations du LE?

Une seule réponse possible.

- à toutes les séances
- au moins une séance sur deux
- moins d'une séance sur deux
- jamais

19. Durant la rééducation du LE, discutez-vous avec les parents du patient des résultats en dictée?

Une seule réponse possible.

- à toutes les séances
- au moins une séance sur deux
- moins d'une séance sur deux
- jamais

9/10 La rééducation du LE

20. Quel est votre opinion vis à vis des propositions suivantes concernant VOTRE pratique de la rééducation du langage écrit (LE) :

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout
Vous expliquez les difficultés de votre patient et les objectifs thérapeutiques en début de rééducation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous réalisez des rappels des objectifs thérapeutiques durant le prise en soin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un contrat est réalisé entre vous et votre patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les objectifs thérapeutiques fixés en début de rééducation sont réajustés à plusieurs reprises durant la rééducation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les rééducations du LE pour vos patients en échec scolaire sont plus longues qu'avec vos patients en légères difficultés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il vous arrive d'avoir le sentiment de ré-éduquer plutôt que de soigner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10/10 Les relations avec l'institution éducative

21. Connaissez-vous les enseignants de vos patients?

Une seule réponse possible.

- Pour tous mes patients
- Pour plus de la moitié de mes patients
- Pour moins de la moitié de mes patients
- Pour aucun de mes patients

22. Avez-vous réalisé ou réalisez-vous des actions de prévention au sein des établissements scolaires de vos patients?

Une seule réponse possible.

- plus d'1 fois par an
- 1 fois par an
- moins d'1 fois par an
- jamais

23. Assistez-vous aux réunions éducatives de suivi de scolarité de vos patients?

Une seule réponse possible.

- plus d'1 fois par an
- 1 fois par an
- moins d'1 fois par an
- jamais

24. Pensez-vous qu'il est nécessaire que l'orthophoniste intervienne dans le milieu scolaire?

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Remarques

25. Avez-vous des remarques concernant ce questionnaire?

MERCI encore pour votre participation!

ANNEXE D : Codage des réponses issues des questionnaires

QUESTIONS	Numéro variable	Nom Variable	Codage
Q1	1	Nb années expérience	0-5 : de 0 à 5 ans d'expérience 5-10: de 5 à 10 ans d'expérience 10-20: de 10 à 20 ans d'expérience 20+: plus de 20 ans d'expérience
Q2	2	Niveau précarité	A : de 1 à 3 B : de 4 à 5 C : de 6 à 8
Q3	3	Professions parents	agriculteurs, exploitants artisans, commerçants, chef d'entreprise cadres, professions intellectuelles et supérieures professions intermédiaires employés ouvriers autres ou personne sans activité professionnelle
Q4	4	Autre formation	OUI NON
Q5	5	Type de formation	1: études sociologie 2 : études psychologie 3: études sciences de l'éducation 4 : études sciences du langage 5 : autres formations (droit, langues, bégaiement, lettres modernes)
Q6	6	Activité antérieure	travailleur social éducateur enseignant préparation au concours d'enseignant aucun emploi de la liste
Q7	7	Si oui, sensibilisation	D'accord : Oui, tout à fait + Plutôt oui Pas d'accord : Non, pas du tout + Plutôt non
Q8	8	Lien ES et Reed LE	D'accord : Oui, tout à fait + Plutôt oui Pas d'accord : Non, pas du tout + Plutôt non
Q9	9	Ouvrages	OUI NON
Q10	10	Types ouvrages	1: Echec scolaire et troubles scolaires 2: Développement de l'enfant en général 3: Articles généraux
Q11	11	Famille responsable ES	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q12	12	Ecole responsable ES	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q13	13	Lien étroit rééducation & action pédagogique	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord

Q14	14	Rééd LE remplace soutien scolaire	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q15	15	Rééd. LE lutte contre ES	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q16	16	Nb patients	0-10: de 0 à 10 patients 11-20 : de 11 à 20 patients 21-30 : de 21 à 30 patients 30+ : plus de 31 p
Q17	17	Postures	Soin thérapeutique pur : La restauration du trouble cognitif sous-jacent Conformité sociale : Un apport langagier visant une meilleure adaptation sociale Cohérence interne : Les ressentis et la demande du patient
Q18	18	Famille peu stimulante	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q19	19	Relation difficile famille	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q20	20	Mode institutionnel non adapté	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q21	21	Relation difficile école	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q22	22	Approche organique 1	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q23	23	Compenser difficulté	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q24	24	Approche psychoaffective	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q25	25	Approche organique 2	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q26	26	Approche intégrative	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q27	27	Approche instrumentale	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Pas du tout d'accord + Pas du tout d'accord
Q28	28	Pas parler "même langue"	> à moitié patients : pour tous mes patients + pour plus de la moitié de mes patients < à moitié patients : pour moins de la moitié de mes patients + pour aucun de mes patients
Q29	29	Durée restitution CR	moins d'une heure environ une heure plus d'une heure
Q30	30	Utilisation livre	> 1séance/2 : à toutes les séances + au moins une séance sur deux < 1 séance/2 : moins d'une séance sur deux + jamais
Q31	31	Discussion dictée avec parents	> 1séance/2 : à toutes les séances + au moins une séance sur deux < 1 séance/2 : moins d'une séance sur deux + jamais

Q32	32	Obj début rééd.	D'accord : Oui, tout à fait + Plutôt oui Pas d'accord : Non, pas du tout + Plutôt non*
Q33	33	Rappels réguliers obj	D'accord : Oui, tout à fait + Plutôt oui Pas d'accord : Non, pas du tout + Plutôt non*
Q34	34	Utilisation contrat	D'accord : Oui, tout à fait + Plutôt oui Pas d'accord : Non, pas du tout + Plutôt non*
Q35	35	Réajuster obj	D'accord : Oui, tout à fait + Plutôt oui Pas d'accord : Non, pas du tout + Plutôt non*
Q36	36	Rééd enfant ES plus longues	D'accord : Oui, tout à fait + Plutôt oui Pas d'accord : Non, pas du tout + Plutôt non*
Q37	37	Sentiment rééduquer vs soigner	D'accord : Oui, tout à fait + Plutôt oui Pas d'accord : Non, pas du tout + Plutôt non*
Q38	38	Enseignants rencontrés	> à moitié patients : pour tous mes patients + pour plus de la moitié de mes patients < à moitié patients : pour moins de la moitié de mes patients + pour aucun de mes patients
Q39	39	Actions prévention	>= 1x/an : plus d'1 fois par an + 1 fois par an <= 1x/an ; moins d'1 fois par an + jamais
Q40	40	Réunions ESS	>= 1x/an : plus d'1 fois par an + 1 fois par an <= 1x/an ; moins d'1 fois par an + jamais
Q41	41	Nécessité intervention école	D'accord : Tout à fait d'accord + Plutôt d'accord Pas d'accord : Plutôt pas d'accord + Pas du tout d'accord
Q42	42	Remarques	+ : positives - : négatives a : autres

ANNEXE E : Variables utilisées et questions/réponses correspondantes

DOMAINES	VARIABLES	QUESTIONS	REPONSES
	Niveau de précarité	2. Dans quelle ville travaillez-vous?	agriculteurs, exploitants artisans, commerçants, chef d'entreprise autres ou personne sans activité professionnelle cadres, professions intellectuelles supérieures employés ouvriers professions intermédiaires
Origine sociale	Profession des parents	3. Quelles professions exercent ou exerçaient vos parents?	
	Famille responsable de l'échec scolaire	11. Quel est votre opinion vis à vis des propositions suivantes concernant l'échec scolaire :	La famille est responsable de l'échec scolaire de son enfant
Famille	Inefficacité PEC car famille peu stimulante	14. Les déterminants suivants ont un impact fort sur l'efficacité de la rééducation orthophonique du LE :	Milieu familial peu stimulant
	Relation difficile avec famille pendant la PEC	14. Les déterminants suivants ont un impact fort sur l'efficacité de la rééducation orthophonique du LE :	Relation difficile avec la famille
	Relations avec l'école sont difficiles	14. Les déterminants suivants ont un impact fort sur l'efficacité de la rééducation orthophonique du LE :	Relation difficile avec l'institution éducative
Ecole	Lien entre rééducation & action pédagogique	11. Quel est votre opinion vis à vis des propositions suivantes concernant l'échec scolaire :	il existe un lien étroit entre le soin orthophonique et l'action pédagogique
	nécessité intervention école	24. Pensez-vous qu'il est nécessaire que l'orthophoniste intervienne dans le milieu scolaire?	
	Rééducation permet de lutter contre échec scolaire	11. Quel est votre opinion vis à vis des propositions suivantes concernant l'échec scolaire :	La rééducation orthophonique permet de lutter contre l'échec scolaire
PEC	Inefficacité PEC car pédagogie non adaptée	14. Les déterminants suivants ont un impact fort sur l'efficacité de la rééducation orthophonique du LE :	Mode d'enseignement insatisfaisant , inadéquat
	Rééducation remplace soutien scolaire	11. Quel est votre opinion vis à vis des propositions suivantes concernant l'échec scolaire :	La rééducation du langage écrit remplace le soutien scolaire
			Tout à fait d'accord/plutôt d'accord/ plutôt pas d'accord/Pas du tout d'accord

Décalage langagier	Sentiment de rééduquer plutôt que soigner	20. Quel est votre opinion vis à vis des propositions suivantes concernant VOTRE pratique de la rééducation du langage écrit : 20. Quel est votre opinion vis à vis des propositions suivantes concernant VOTRE pratique de la rééducation du langage écrit : 8. Est-ce que la question du lien entre l'échec scolaire et la rééducation du langage écrit est importante pour vous? 16. Vous arrive-t-il d'avoir le sentiment de ne pas parler "la même langue" avec vos patients et leur famille?	Il vous arrive d'avoir le sentiment de rééduquer plutôt que soigner Un contrat est réalisé entre vous et votre patient	Oui, tout à fait/plutôt oui/plutôt non/non, pas du tout
Postures thérapeutiques	Lien entre ES & rééducation du LE Sentiment de ne pas parler la même langue Conformité sociale	13. Concernant la rééducation du LE, vous pensez exercer une pratique centrée principalement sur : 13. Concernant la rééducation du LE, vous pensez exercer une pratique centrée principalement sur : 13. Concernant la rééducation du LE, vous pensez exercer une pratique centrée principalement sur :	Un apport langagier visant une meilleure adaptation sociale La restauration du trouble cognitif sous-jacent Les ressentis et la demande du patient	pour tous mes patients/pour plus de la moitié/pour moins de la moitié/pour aucun de mes patients
Approches thérapeutiques	Approche organique Approche psychoaffective Approche instrumentale Approche intégrative	15. Quel est votre opinion vis à vis des positionnements possibles de l'orthophoniste lors de la relation thérapeutique : 15. Quel est votre opinion vis à vis des positionnements possibles de l'orthophoniste lors de la relation thérapeutique : 15. Quel est votre opinion vis à vis des positionnements possibles de l'orthophoniste lors de la relation thérapeutique : 15. Quel est votre opinion vis à vis des positionnements possibles de l'orthophoniste lors de la relation thérapeutique :	L'action de l'orthophoniste est de restaurer les voies de lecture déficientes Prendre en compte et intervenir en priorité sur les aspects psycho-affectifs et psychologiques est indissociable de la rééducation du LE Une rééducation du LE réussie implique, en priorité, d'appliquer des méthodes de soin efficaces Une rééducation du LE réussie implique, en priorité, d'obtenir une coopération entière du patient	Tout à fait d'accord/plutôt d'accord/plutôt pas d'accord/Pas du tout d'accord

ANNEXE F : Opinions des orthophonistes concernant le rôle de la famille, de l'école et sur la prise en charge orthophonique du langage écrit

		D'accord		Pas d'accord		Total
		Nb	%	Nb	%	Nb
Familie	Famille responsable de ES	34	30%	69	70	103
	Inefficacité PEC car famille peu stimulante	97	95%	6	5%	103
	Relation difficile famille pendant la PEC	93	90%	9	9%	102
Ecole	Ecole responsable de ES	57	58%	46	42%	103
	Relations avec l'école sont difficiles	76	71%	22	24%	98
	Lien entre rééducation & action pédagogique	77	76%	25	23%	102
	Nécessité intervention école	47	49%	55	51%	102
PEC	Rééducation permet lutter contre ES	76	71%	26	28%	102
	Inefficacité PEC car pédagogie non adaptée	90	86%	12	12%	102
	Rééducation remplace soutien scolaire	4	6%	99	94%	103
	Sentiment de rééduquer plutôt que soigner	83	83%	17	17%	100
	Utilisation d'un contrat thérapeutique	39	36%	64	64%	103
	Lien entre ES & rééducation du LE	100	97%	3	3%	103