

## Les résolutions

### Qu'entend-on par résolution ?

Pour la première fois, en congrès fédéral, le Conseil d'Administration a proposé des résolutions. Ces questions proposent une mise au travail par la réflexion sur des sujets importants pour circonscrire notre cadre de l'exercice professionnel, travail qui peut être poursuivi en Conseil d'Administration fédéral mais aussi dans les syndicats régionaux.

Il ne s'agit ni d'un référendum ni d'un sondage. Au travers de l'analyse des votes, il est intéressant de voir la tendance majoritaire mais également d'écouter les voix minoritaires lors des discussions : les réticences, les demandes de clarification. **C'est être au plus près de la parole.** Le vote de la motion n'a pas la même valeur que le vote des résolutions.

Après chaque résolution nous faisons figurer le résultat du vote à partir de la question posée mais surtout la teneur des débats qui ont entouré ces prises de position. Il a été décidé de ne pas modifier la question du fait de nombreux pouvoirs, incluant des consignes de vote à partir des questions formulées dans la convocation. Mais, ce que nous prenons en compte dans l'analyse de ces votes, c'est la discussion et les avis échangés lorsque tel a été le cas.

#### **RÉSOLUTION 1 : revalorisation des salaires et des honoraires**

La F.O.F n'est pas sollicitée lors des négociations conventionnelles, n'étant pas à l'heure actuelle reconnue comme syndicat représentatif de la profession.

Cependant l'augmentation des salaires et des honoraires est, depuis longtemps déjà, attendue par les orthophonistes. Cette préoccupation renvoie à la reconnaissance de notre métier, et ne peut s'envisager que dans le cadre d'une réflexion plus globale ; il apparaît aujourd'hui nécessaire d'élaborer et d'affirmer des positions en cohérence avec nos valeurs, tant pour les salariés que pour les libéraux. Malgré les spécificités liées à chaque mode d'exercice, certaines problématiques sont en partie communes.

Ainsi, la révision de la nomenclature de 2006 a introduit une revalorisation de certains types d'actes en libéral, mais pose de nombreuses questions qui ont amené la F.O.F à avancer l'idée d'une tarification unique de l'acte orthophonique.

Nous souhaitons une revalorisation des salaires et des honoraires, mais pas « à n'importe quel prix » : quels sont les cadres d'exercice qui nous semblent justes pour la profession ?

## Les résolutions

Lors du congrès de décembre 2006, la F.O.F avait débattu à propos de la hiérarchisation des actes orthophoniques et les finalités statistiques qui pouvaient en découler.

Le passage à la nouvelle nomenclature n'était pas une véritable revalorisation des honoraires des orthophonistes mais une plus grande différenciation de cotations, mettant les orthophonistes dans une situation « d'étiquetage » de leurs patients en fonction de leurs troubles, de leur pathologie et même de leur âge («éducation précoce» distincte de «rééducation»).

La proposition de promouvoir une cotation unique des actes avait été discutée en atelier de réflexion mais non votée.

Que nos patients soient des adultes ou des enfants, qu'ils rencontrent des difficultés pour s'exprimer à l'oral ou à l'écrit, le chemin que nous parcourons ensemble a la même valeur.

Une rééducation cotée AMO 8 ne demande pas moins de technicité, de disponibilité et de qualité d'écoute qu'une rééducation dans le cadre d'une pathologie neurologique cotée AMO 15.

Est-il sain pour la profession que certaines prises en charge soient mieux payées que d'autres ?

Ceci peut induire un « tri » des patients sur des critères financiers, définissant

alors des priorités autres que le caractère « urgent » de la demande et du soin et pouvant notamment entraîner des rapports de subordination entre une titulaire de cabinet et sa collaboratrice.

La valeur et la qualité de notre travail demeurent semblables quelle que soit la pathologie du patient que nous recevons. Le temps passé auprès du patient devrait être ajustable et adaptable à chaque patient et non déterminé arbitrairement à trente minutes ou quarante-cinq minutes selon la pathologie qu'il présente. Cela va de paire avec le temps passé en présence de la famille et des différentes personnes avec qui nous travaillons pour assurer du lien (établissement scolaire, I.M.E., SESSAD, EPAHD, médecins et autres professionnels...), ce travail devrait être reconnu et rémunéré, faisant partie intégrante du travail autour du patient. De même, les visites à domiciles sont de plus en plus « boudées » par les orthophonistes, l'indemnité forfaitaire de déplacement est ridiculement faible, la valeur de ces indemnités est très variable suivant les professions médicales et paramédicales.\*

Une véritable revalorisation des honoraires devrait passer par une augmentation du tarif de notre lettre-clé AMO : la dernière en date est du

\*Montant de l'I.F.D. pour les :

- pédicures = 0,50 euro

- sages-femmes = 1,19 euro

- orthophonistes = 1,52 euro

- orthoptistes = 2,20 euro

- infirmiers = 2,30 euro

- médecins = 10 euro

- kinés = 2 à 4 euro suivant certaines pathologies.

## Les résolutions

27 décembre 2007 pour 0,03 euro seulement. Une prise en compte du temps passé auprès du patient, de sa famille, et des équipes soignantes est primordiale.

**Question posée par une adhérente :  
*Est-il productif de défendre certaines positions si l'objectif n'est pas atteignable, trop à contre-courant ou à contretemps ?***

En effet, cette prise de position arrive bien trop tard dans le calendrier, la nomenclature est effective depuis plusieurs années. Par conséquent, le mot « promouvoir » n'a plus de sens actuellement, d'où la demande de modifier la formulation de la question. Il serait nécessaire de préciser le sens de cette question afin de donner un axe de travail pour les syndicats régionaux et la fédération.

Nous pouvons considérer que cette demande de tarification unique est une conséquence logique de notre revendication d'une conception du langage tenant compte de la singularité d'un sujet mais également de notre conception de l'orthophonie comme un travail de soin auprès d'un patient et non la ré-éducation d'une fonction ou d'une pathologie à l'aide « d'outils standards ».

Il est précisé que cette revendication est cependant à manier avec prudence, afin qu'elle n'aboutisse pas à une dévalorisation, un nivellement par le bas de nos honoraires, avec la nécessité de conserver la distinction bilan/séances.

**Vote de la résolution 1 : devons-nous promouvoir une cotation unique des actes orthophoniques ?**

**Vote : 114 votants, Non: 13/Abstentions : 28/Oui : 69/ Non exprimés : 4**

### **RÉSOLUTION 2 : mise en place de référentiels**

D'autre part, nous observons ces dernières années que les augmentations tarifaires dans le secteur libéral sont le plus souvent accordées en contrepartie d'engagements des professionnels de santé. Certaines modifications pourraient remettre en cause l'orthophonie telle qu'elle existe actuellement en France, notamment si des référentiels fixant un nombre d'actes par pathologie étaient mis en place (ce qui est déjà en cours pour les kinésithérapeutes).

Lorsque des représentants de la profession insistent au ministère de la Santé pour que soit inscrite dans nos compétences d'orthophonistes, la capacité à poser non seulement un diagnostic mais aussi un pronostic ; nous leur avons clairement énoncé le danger que cela pouvait engendrer donnant pour exemple ce qui se passe en Belgique.

En Belgique, les séances de logopédie en libéral sont prises en charge par les mutuelles des patients, notre système de Sécurité Sociale solidaire n'existe pas dans ce pays. Les familles cotisent

## Les résolutions

à une caisse personnelle qui rembourse les frais orthophoniques sous des conditions très strictes. La prise en charge (et donc le remboursement) est acceptée sous cinq conditions :

- 1) le bilan doit être effectué et le compte-rendu envoyé dans les deux mois suivants la prescription du médecin. Le bilan est constitué d'épreuves de tests déterminés dans une liste, les logopèdes ne sont pas libres du choix des outils du bilan.
- 2) il faut que l'évaluation du bilan montre soit moins 2 écarts-types par rapport à l'âge de l'enfant moins un an, soit le niveau scolaire de l'enfant moins un an.
- 3) le patient n'est pas porteur de handicap. Les enfants handicapés sont pris en charge dans des institutions au sein desquelles travaillent des logopèdes salariés.
- 4) en cas de prise en charge en langage oral, l'enfant ne peut pas être âgé de plus de huit ans et doit systématiquement passer un test de quotient intellectuel (non remboursé). Si le Q.I de l'enfant est égal ou inférieur à 86, la prise en charge n'est pas acceptée, l'enfant étant considéré comme handicapé.
- 5) tout patient n'a droit dans sa vie qu'à 2 ans de rééducation en langage oral et 2 ans en langage écrit, soit 4 ans en tout. Si une logopède commence par une rééducation en langage écrit pour un enfant, elle n'a plus le droit de demander une

rééducation en langage oral. Souvent les enfants qui consultent à 7 ans pour du langage écrit sont officiellement vus pour du langage oral.

Une fois que ces conditions sont réunies, le remboursement d'environ 75%, se fait pendant 2 ans à raison de deux séances d'une demi-heure par semaine autorisées. Mais, si l'enfant n'est vu qu'une seule demi-heure, les deux ans sont aussi de rigueur. La nomenclature autorise des séances d'une heure, dans ce cas c'est la seule heure à laquelle le patient aura droit dans la semaine ; c'est souvent le choix que font les logopèdes mais qui ne convient qu'à certains types de prises en charge. Si la rééducation doit continuer au-delà de deux ans, les personnes doivent faire appel à leur mutuelle complémentaire qui remboursera 7,50 € par séance d'une demi-heure. Cela vaut pour les affections de longue durée.

Les interruptions de rééducation peuvent se faire sur demande si l'interruption doit durer plus de trois mois. Dans ce cas-là, la limite est entre 350 et 400 séances de logopédie sur une durée de trois ans. Le calcul est basé sur les 52 semaines annuelles.

Ce système peut occasionner des dérives non négligeables comme :

- l'émergence du **travail au noir**. D'une part, on rééduque rarement un enfant en moins de deux ans, à moins de ne traiter que la forme du symptôme ou

## Les résolutions

de rattraper un retard scolaire, ce qui pousse d'autre part à « trafiquer » le compte-rendu de bilan. Au-delà des deux ans, souvent, on constate un contrat entre praticien et patients avec un arrangement des tarifs qui deviennent « à la carte », souvent la moitié de la séance, non déclarée. Il faut aussi ajouter qu'en Belgique les logopèdes sont autorisés à faire des dépassements d'honoraires, de la même façon que les médecins chez nous. Ces logopèdes sont juste plus exposés aux contrôles fiscaux et les patients sont remboursés sur une plus petite base. Cela bien sûr accroît les inégalités d'accès aux soins.

- la limite dans le temps ou le nombre de séances pousse à « conditionner » son patient ou à lui imposer un protocole de réussite non plus subjectif mais quantifiable puisque toute pathologie doit être rééduquée en deux ans ou 350 séances.

Nous constatons qu'en Belgique, il existe non seulement la contrainte temporelle mais aussi les clauses d'accord pour le remboursement des soins qui renvoient vraiment à une normalisation des pratiques.

En France, les kinésithérapeutes sont soumis à des limitations de leur nombre d'actes : le Journal Officiel du 28 mai 2010 a publié la décision du 16 mars 2010 de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Pour chacune des rééducations correspondant à des situations médicales précisées, la Haute Autorité de Santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'assurance maladie.

La Haute Autorité de Santé a été créée par la loi du 13 août 2004 afin de « contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients ». Les missions qui lui ont été confiées ont trait à la promotion des bonnes pratiques, au bon usage des soins et à la diffusion de l'information médicale. La H.A.S a ainsi déterminé pour quatre pathologies un nombre de séances « habituel ». Dix séances suffiraient pour rééduquer une entorse de cheville récente, quinze pour une arthroplastie de la hanche, etc... Au-delà il s'agirait d'un cadre exceptionnel de prise en charge qui exigerait un accord préalable de la Caisse d'Assurance Maladie. Ce cadre exceptionnel est d'ailleurs systématique pour la rééducation après libération du nerf médian au canal carpien.

Les kinésithérapeutes n'effectuent pas de demandes d'entente préalable comme nous pouvons le faire systématiquement en orthophonie. Mais la notion de nombre « habituel » de

## Les résolutions

séances défini par la H.A.S renvoie à une normalisation de la pratique, cela interroge sur les dérives possibles.

**Vote de la résolution 2 : sommes-nous prêts à accepter la mise en place de référentiels qui limiteraient dans le temps le nombre d'actes à effectuer selon les pathologies ?**

**Vote : 114 votants, Non à l'unanimité.**

### **RÉSOLUTION 3 : répartition géographique**

La répartition géographique des orthophonistes pourrait également être en question : ainsi, certaines mesures concernant pour l'instant les infirmiers représentent des contraintes importantes (obligation de travailler en établissement avant de pouvoir s'installer en libéral, restriction de la liberté d'installation dans les zones considérées comme « sur-dotées ») ; d'autres sont plutôt incitatives et apparaissent tout à fait acceptables même si elles ne sauraient résoudre à elles seules des problèmes bien plus larges, touchant à l'aménagement du territoire.

L'existence de « déserts médicaux » et de postes vacants dans les établissements de santé et les institutions est régulièrement pointée comme faisant

obstacle à l'accès aux soins ; des « outils de régulation » sont donc mis en place pour certaines professions.

En 2011, l'O.N.D.P.S (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) se penche sur la profession d'orthophoniste, et nous pouvons donc imaginer que des mesures tendant à une répartition plus équilibrée sur le territoire soient proposées à l'issue de ces travaux. La F.O.F a d'ailleurs été sollicitée dans le cadre de l'enquête préalable à l'étude détaillée de la situation dans deux régions de France (Midi-Pyrénées et Limousin). Nous avons insisté en particulier sur la situation actuelle des orthophonistes salariés.

### **Les mesures déjà mises en place pour les infirmières et les médecins**

Depuis 2009, la liberté d'installation des infirmières a été restreinte afin de mieux répartir les professionnels sur le territoire : sont ainsi définies des zones « sur-dotées », dans lesquelles les conventionnements sont limités au seul remplacement des infirmières qui cessent leur activité, et parallèlement, des zones « sous-dotées » dans lesquelles les infirmières bénéficient d'aides financières à l'installation (jusqu'à 3000 euros annuels pendant trois ans) et de la prise en charge des cotisations sociales au titre des allocations familiales.

Pour les médecins, la loi H.P.S.T a créé la notion d'engagement de service public : les étudiants ou internes peuvent

## Les résolutions

percevoir une allocation mensuelle de 1200 euros en contrepartie d'un engagement à exercer dans une zone sous-dotée (à titre libéral, salarié ou mixte, selon une liste établie par les A.R.S), pendant une durée équivalente à celle durant laquelle ils ont perçu cette allocation, qui ne peut être inférieure à deux ans.

Cette idée semble pertinente, mais nous ne savons pas encore dans quelle mesure elle permettra un rééquilibrage durable : on peut, en effet, imaginer que les jeunes médecins ne vont rester en zone sous-dotée, au-delà de la durée obligatoire, que si les conditions d'exercice leur semblent satisfaisantes.

Est également prévu un contrat santé solidarité « proposant » aux médecins des zones sur-dotées de contribuer à répondre aux besoins de zones sous-dotées (cabinet secondaire, gardes, visites à domicile...); un médecin qui refuserait ce contrat devrait acquitter une cotisation forfaitaire annuelle. Ce dispositif ne sera effectif que dans quelques années, puisque les zones concernées sont d'abord définies par le S.R.O.S (Schéma Régional d'Organisation des Soins) puis évaluées trois ans plus tard par le directeur de l'A.R.S qui en observe l'évolution, et peut alors décider une éventuelle mise en place de contrats santé solidarité.

Ces mesures, si elles semblent aller dans le sens d'un meilleur accès aux soins, font cependant peser sur les professionnels des problématiques dont ils sont loin d'être seuls responsables.

### Et pour les orthophonistes ?

La question de l'inégale répartition des orthophonistes ne doit pas occulter un nombre global trop faible en regard des besoins de la population, ce qui crée une situation de « pénurie » sur la quasi-totalité du territoire. Si les grandes villes sont mieux pourvues que les zones rurales, les zones qui pourraient être qualifiées de « très sur-dotées » ne doivent cependant pas être très nombreuses... Mais nous attendons bien sûr les conclusions de l'O.N.D.P.S.

Le numerus clausus, qui avait légèrement augmenté ces dernières années, a connu une baisse en 2010 (passant de 790 à 773 étudiants admis au concours d'entrée).

Le manque d'orthophonistes dans les établissements de santé et les institutions médico-sociales est particulièrement problématique : il conduit à un report vers le secteur libéral d'un certain nombre de patients, tandis que d'autres ne sont tout simplement pas pris en charge. Vouloir substituer un poste salarié d'orthophoniste à des actes hors de l'établissement, par le biais de conventions signées avec les professionnels libéraux, est purement illusoire. A terme, les postes non pourvus peuvent être supprimés ou transformés.

**Pour autant, l'obligation d'exercer en salariat pour les jeunes diplômées, qui a été évoquée à plusieurs reprises ces dernières années lors de débats parlementaires, est une mauvaise réponse à un vrai problème : cette mesure irait**

## Les résolutions

**sans doute dans le sens d'une dévalorisation du travail en hôpital et en institution.**

Renforcer l'attractivité des postes salariés passerait bien sûr par une revalorisation des salaires mais aussi des conditions d'exercice et la reconnaissance de la place de l'orthophoniste au sein des équipes.

Les infirmières doivent exercer pendant deux ans dans un service de soins généraux et acquérir ainsi une expérience préalable à toute installation en libéral ; mais cette mesure ne paraît pas transposable aux orthophonistes, à la fois de par le nombre de postes offerts (en inadéquation avec le nombre d'orthophonistes diplômées chaque année) et de par le profil de ces postes, qui ne sont pas forcément « généralistes ».

**Dans le secteur libéral, des restrictions à la liberté d'installation ne paraissent pas pertinentes alors que très peu de zones géographiques sont réellement bien pourvues ; des mesures d'incitation financière en zones sous-dotées pourraient éventuellement contribuer à la création de cabinets d'orthophonie, mais ne doivent pas apparaître comme une solution miraculeuse, et ne peuvent être efficaces que si elles s'inscrivent dans des projets plus globaux permettant des conditions satisfaisantes d'exercice professionnel mais aussi de vie personnelle (ce qui ne semble pas être le cas actuellement puisque le maintien des services publics de proximité est largement remis en cause).**

Ainsi, en 2005, l'O.N.D.P.S pointait dans son rapport annuel (qui portait sur l'ensemble des professions de santé) que « *dans des territoires sous-équipés où le sort professionnel du conjoint est incertain et les conditions de scolarisation des enfants difficiles, les incitations financières montrent leurs limites. Les enjeux sont alors non spécifiques aux professions sanitaires, et relèvent d'une problématique plus générale de développement local.* »

**Vote de la résolution 3 : sommes-nous prêts à accepter des contraintes d'installation pour une meilleure répartition des orthophonistes ?**

**Vote : 114 votants, Oui : 23/ Non : 61/ Abstentions : 26/ Non exprimés : 4**

Réactions :

- D'après le nombre d'abstentions, il semblerait que cette question nous dépasse et donc nous ne pouvons guère nous positionner ...
- Toutes ces problématiques générales pourraient faire l'objet d'articles dans le bulletin de la F.O.F.

**RÉSOLUTION 4 : prescription médicale**

***La place de la prescription médicale dans le cadre de notre exercice professionnel***

Au cours des réunions au ministère de la Santé, dans le cadre de la refonte

## Les résolutions

des études d'orthophonie, nous avons entendu une représentante de la profession demander à ce que soit retirée la mention de l'article 2 de l'arrêté du 25 Avril 1997: « **Dans le cadre de la prescription médicale**, l'orthophoniste établit un bilan... ». Cette précision n'apparaît plus aussi clairement dans la définition du métier, en introduction du référentiel « activités de l'orthophoniste ».

Cette suggestion, hors de propos, dans le cadre de la refonte des études, a conduit le Conseil d'Administration fédéral de la F.O.F à réfléchir sur cette question. Le maintien de la prescription médicale soulève des enjeux fondamentaux.

Dans le cadre de l'exercice salarié, les postes médicaux sont insuffisamment pourvus. Les médecins ne rencontrent pas toujours le patient, et c'est souvent au cours d'une réunion clinique en présence d'un médecin, que se décident les bilans ou suivis orthophoniques. Dans le cas où il n'y a pas de médecin au sein de l'établissement, il arrive que ce soit le directeur administratif qui « dicte » les indications et les conditions d'exercice des professionnels de soin. Ceci est tout à fait illégal et sous-tend des dérives administratives et budgétaires aboutissant parfois à des conditions de travail désastreuses pour les salariés. Les indications de bilans ou de soins doivent être posées en équipe thérapeutique pluridisciplinaire ou en synthèse, l'institution doit pouvoir s'appuyer sur ce cadre pour qu'il existe un travail en équipe,

où l'orthophoniste garde son identité de professionnel de soin. Maintenir la prescription médicale dans le cadre de l'exercice salarié nous semble être garant d'un travail identifié et constructif au sein de l'institution.

De nombreux postes d'orthophonistes sont vacants ou insuffisants pour répondre aux demandes de prises en charge. Les conventions signées entre établissements et professionnels libéraux se multiplient et nous pouvons difficilement aller à l'encontre de ce fonctionnement. Cependant, les orthophonistes libéraux, en exigeant que la prescription émane du médecin de l'établissement, pourront exercer sur des bases plus précises, clarifiant ainsi la question de la double prise en charge et offrant la possibilité d'un travail en réseau, centré sur le patient, avec l'équipe soignante de l'institution si cela s'avère nécessaire.

La prescription médicale inscrit l'orthophoniste dans le champ du soin et circonscrit son exercice paramédical offrant la possibilité d'un travail en réseau avec d'autres professionnels de santé autour du patient.

Cette prescription est une condition nécessaire mais pas suffisante. Cependant elle peut permettre que les orthophonistes ne se transforment pas en prestataires de service. Elle circonscrit le champ d'intervention : l'orthophoniste agit sur prescription médicale « bilan avec rééducation si nécessaire ». Les orthophonistes libéraux sont alors responsables de leur diagnostic et du suivi de leur

## Les résolutions

patient en déterminant le nombre de séances nécessaires. La signification de la prescription doit cependant être évoquée avec le patient et sa famille, elle ne doit être vécue ni comme une injonction, ni comme une simple formalité administrative. Elle traduit une demande du médecin prescripteur adressée à l'orthophoniste, qui devra rendre compte par écrit du bilan réalisé. Ce compte-rendu doit rester dans le champ médical adressé au médecin et non pas au directeur administratif de l'établissement comme cela est parfois demandé.

La prescription médicale institutionnalise notre travail en lien avec les autres soignants que peuvent rencontrer les patients et leur famille dans le respect de la confidentialité et du secret partagé (défini par la circulaire Santé-Justice du 21 juin 1996). Toutes ces modalités sont explicites dans notre convention actuelle.

De plus, l'absence de prescription médicale pourrait conduire les orthophonistes à dispenser des actes qui ne seraient plus remboursés, voire à remettre en cause notre convention vis à vis de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

En définitive, se soustraire à la prescription médicale menacerait l'identité même de notre profession de soin et rendrait plus floues les frontières entre le soin, l'éducatif et le pédagogique. En faisant disparaître la notion de soin, on fait disparaître celle de souffrance, laissant ainsi le champ libre au redressement socio-comportemental de tout

bord qui pourrait conduire à une érosion des spécificités des professionnels et à une négation du travail institutionnel au sein duquel l'orthophoniste a une place bien définie.

**Vote de la résolution 4 : pouvons-nous accepter que la prescription médicale ne soit plus obligatoire pour dispenser les soins orthophoniques ?**

**Vote : 114 votants, Oui : 0/Non : 109/Abstention : 1/ Non exprimés : 4**

### **RÉSOLUTION 5 : choix du nom du comité scientifique à bulletin secret**

Ce comité pourrait être un espace pluridisciplinaire de réflexion autour du langage sous toutes ses formes : son existence singulière et subjective, ses pathologies, ses désordres, les créations qu'il permet à travers la construction d'une pensée, d'un discours, d'une théorie, mais aussi l'écriture d'un roman ou d'une poésie...

Tous ces aspects non exhaustifs pourront être débattus et réfléchis de manière collective avec des linguistes, neurologues, médecins, orthophonistes, psychologues, psychanalystes, sociologues, enseignants, chercheurs, philosophes, écrivains, poètes... intéressés par cette recherche.

Ce comité adossé à la F.O.F pourrait publier des articles, animer des séminaires, des colloques, des journées

## Les résolutions

d'étude... Il est à comprendre comme une réponse argumentée possible au courant neuropsychologique qui s'impose en pensée unique sans tenir compte d'autres types de conceptions et travaux. Le langage n'appartient à

personne, ni à aucun courant.

Les statuts actuels de la F.O.F permettent l'existence de ce comité sans difficulté particulière. Il contribuerait à la recherche en matière de langage.

### Vote de la résolution 5 : propositions de titre pour le comité scientifique

	nuls	abstentions	Non exprimés	pour	total
Comité de recherche théorique et clinique				28	
Comité scientifique de réflexion théorique et clinique				12	
Comité interdisciplinaire de réflexion scientifique et clinique				16	
Comité interdisciplinaire éthique, clinique et scientifique				23	
Comité interdisciplinaire d'observation et de réflexion clinique et scientifique				1	
<b>Suffrages exprimés</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>80</b>	<b>114</b>

#### **Voté : « Comité de recherche théorique et clinique »**

Des adhérentes font remarquer l'absence du mot « langage » et du mot « orthophonie ».

Mais spécifier le mot « orthophonie risquerait de refermer l'ouverture voulue et donnée par un groupe interdisciplinaire. Il serait possible par contre de conserver le mot langage, mais comment ?

Ceci n'est qu'une proposition de titre et le reste pourra être écrit dans

les premiers textes du comité de recherche pour préciser ses valeurs, ses missions, sa direction. Nous pourrions alors parler d'orthophonie et de langage. Le titre n'est qu'une vitrine et ne doit pas trop resserrer le sujet.

Se pose également la question de l'adossement de ce comité à la F.O.F : qu'entend-on par là, comment articuler les choses ?

Est-ce que l'idée d'être interlocuteur de la H.A.S fait bien partie des objectifs de ce comité ?