



<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>



Lyon 1

Université Claude Bernard Lyon 1

Institut des Sciences et techniques de Réadaptation

Département Orthophonie

N° de mémoire 2138

Mémoire d'Orthophonie

Présenté pour l'obtention du

Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

BERTIN Laura

La téléorthophonie en France : pratiques professionnelles et perspectives

Directrice de mémoire

TOPOUZKHANIAN Sylvia

Année académique

2020-2021

Directeur ISTR

Xavier PERROT

Equipe de direction du département d'orthophonie

Directeur de la formation

Agnès BO

Coordinateur de cycle 1

Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2

Solveig CHAPUIS

Responsable de l'enseignement clinique

Claire GENTIL

Ségolène CHOPARD

Johanne BOUQUAND

Responsable des travaux de recherche

Mélanie CANAULT

Floriane DELPHIN-COMBE

Claire GENTIL

Responsable de la formation continue

Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité

Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité

Anaïs BARTEVIANT

Constance DOREAU KNINDICK

Céline MOULART

1. UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice
Directeur Général des
Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gilles**

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

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

Institut des Sciences et Techniques
de la Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

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

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

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

Ecole Supérieure du Professorat et
de l'Éducation (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Éducation
(INSPé)
Directeur **M. CHAREYRON Pierre**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie
de Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

Résumé

Le télésoin en orthophonie, bien qu'établi depuis de nombreuses années dans certains pays comme le Canada ou l'Australie, est encore une nouveauté en France. Mis en place pour permettre aux orthophonistes de poursuivre les soins auprès de leurs patients dans un contexte sanitaire défavorable, cela fait désormais un peu plus d'un an que cette pratique est autorisée. Ce mode d'exercice étant nouveau pour la plupart des orthophonistes français, il a semblé opportun d'en établir un état des lieux.

Dans ce but, les réponses à une enquête réalisée par la FNO en 2020 auprès des orthophonistes de France ont été analysées d'une part. Des entretiens semi-directifs ont été menés pour permettre d'avoir des données plus récentes et plus précises sur la pratique de ces professionnels d'autre part. Ainsi, 6 176 réponses valides ont été enregistrées pour le questionnaire dont 6 025, soit 22,3% des orthophonistes français, ont été analysées après application de critères d'exclusion. Les entretiens ont quant à eux été réalisés par visioconférence auprès de sept professionnelles. Les résultats montrent une évolution des représentations du télésoin avec la pratique. Ainsi, les orthophonistes interrogées, comparativement à l'année précédente, semblent avoir une représentation plus positive du télésoin. Elles ont su se saisir de l'outil et sont favorables à sa pérennisation.

Mots-clés : télémédecine – télésoin – téléorthophonie – orthophonie – questionnaire – entretien semi-dirigé

Abstract

Speech therapy telepractice, although established for many years in some countries such as Canada or Australia, is still a novelty in France. Set up to allow speech therapists to continue caring for their patients in difficult health context, this practice has now been authorized for more than a year. As this method is new to most French speech therapists, it seemed opportune to take stock of it.

To this end, the responses to a survey carried out by the FNO in 2020 among speech therapists in France were analyzed on the one hand. Semi-structured interviews were conducted to provide more recent and more precise data on the practice of these professionals on the other hand. Thus, 6,176 valid responses were recorded for the questionnaire, of which 6,025, or 22.3% of French speech therapists, were analyzed after applying exclusion criteria. Interviews were carried out by videoconference with seven professionals. The results highlight an evolution of the representations of remote care with some practice. Thus, the speech therapists interviewed, compared to the previous year, seem to have more positive representation of telepractice. They have taken advantage of the tool and are in favor of its sustainability.

Keywords : telemedicine – telehealth – telepractice – speech and language therapy – questionnaire – semi-directed interview

Remerciements

Je tiens à commencer par remercier ma directrice de mémoire, Sylvia Topouzkhianian, pour sa qualité d'accompagnement tout au long de l'année. Un merci sincère pour votre disponibilité, vos suggestions, votre écoute et votre patience. Merci également à Solveig Chapuis pour son soutien et ses propositions qui m'ont aidée à finaliser ces études.

Un grand merci aux orthophonistes avec qui je me suis entretenue pour ce mémoire. Merci de m'avoir accordé ce temps si précieux pour que l'on puisse discuter et échanger sur votre pratique qui participera, j'en suis certaine, à ma construction professionnelle. Merci également à Emily Benchimol et à la FNO de m'avoir permis d'utiliser leur questionnaire dans mon mémoire.

Merci à mes maîtres de stage qui m'ont accueillie lors de ces cinq années. Merci d'avoir partagé avec moi vos connaissances et vos patients. Merci d'avoir toujours pris le temps de répondre à mes questionnements et d'avoir contribué à faire de moi l'orthophoniste que je serai demain.

Je souhaite également remercier mes amis. Mes amies de promo : Maldina, Maëlle, Lise et Hélène. Merci pour votre présence pendant ces cinq années, merci pour les moments et les fous rires partagés. Merci à mes amis de Loire-Atlantique et plus particulièrement à Ophélie et Denis pour notre si longue amitié et votre présence à mes côtés même d'un bout à l'autre de la France. Merci également à Solène, Kévin et Aurélien, merci de toujours m'accorder du temps quand vous le pouvez.

Merci à ma famille pour leur soutien même dans les moments difficiles. Merci à mes parents pour leur patience et leur investissement auprès de moi, mais aussi pour m'avoir fait confiance dans mes choix. Merci à Sandrine, Guillaume et Florian pour nos discussions, nos rires, nos délires et vos encouragements. Merci à mes neveux, Tiago et Milan, pour leur insouciance, leur sourire et leur joie de vivre qui apporteraient du bonheur au plus malheureux.

Pour finir, merci à Anthony. Merci d'être là tout simplement.

Sommaire

I Partie théorique	1
Introduction.....	1
1 La télémédecine	1
1.1 Définitions	1
1.2 Historique.....	2
1.3 Intérêts	3
2 La téléorthophonie.....	4
2.1 Définitions	4
2.2 Historique.....	5
2.3 Intérêts et limites pressenties.....	6
3 La téléorthophonie en France : évolution majeure dans un contexte de crise sanitaire	6
3.1 Historique.....	7
3.2 Autorisations	8
3.3 Mise en place.....	8
3.4 Pérennisation	9
4 Problématique et hypothèses	10
II Méthode.....	11
1 Objectifs de l'étude	11
2 Questionnaire sur la mise en application du télésoin en orthophonie dans le cadre des mesures dérogatoires exceptionnelles dans le contexte de la crise sanitaire liée à la pandémie due au COVID-19.....	11
2.1 Population.....	11
2.2 Matériel	12
2.3 Procédure	13
3 Les entretiens semi-dirigés.....	14

3.1 Population	14
3.2 Matériel	14
3.3 Procédure	15
III Présentation et discussion des résultats.....	16
1 Le télésoin et le mode d'exercice	16
2 La téléorthophonie : une réponse à un besoin.....	17
2.1 Pratiquer la téléorthophonie	18
2.2 La téléorthophonie en actes	20
2.3 La téléorthophonie et ses outils	22
2.4 Les difficultés rencontrées	24
3 Une évolution des représentations	27
4 La pérennisation de la téléorthophonie.....	28
5 Limites et perspectives	29
5.1 Limites.....	29
5.2 Perspectives	30
IV Conclusion	30
V Références.....	31
Annexe A – Glossaire	I
Annexe B – Notice d'information envoyée aux orthophonistes.....	II
Annexe C.....	IV
Annexe D.....	V

I Partie théorique

Introduction

Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) ayant beaucoup évolué ces dernières années, leur application est testée dans divers domaines dont celui de la santé. En 2018, leur usage a été autorisé pour les médecins seulement, ce qui excluait les auxiliaires médicaux dont font partie les orthophonistes. Dans le cadre de la crise sanitaire provoquée par le virus SARS-CoV-2, les autorisations d'utilisation des télécommunications ont été élargies et leur usage s'est donc fortement développé. En effet, le confinement national ayant été déclaré, le travail à distance a été fortement encouragé. Pour ce qui est du cas de l'orthophonie, les professionnels n'étaient pas autorisés à recevoir leurs patients, alors que l'usage de la visioconférence pour établir une session de soin n'était pas non plus autorisé. La crise sanitaire a donc permis l'autorisation de la pratique et une possible pérennisation au terme de l'état d'urgence sanitaire. L'utilisation des TIC n'est pas nécessairement aisée et implique des changements dans la pratique classique de l'orthophonie. Maintenant qu'il est possible de les intégrer dans l'exercice de leur profession, il est intéressant de savoir ce qu'en pensent les professionnels concernés. Afin de répondre à ce questionnement, il semble important d'enquêter sur l'utilisation des TIC en santé et dans la pratique de l'orthophonie, ainsi que d'avoir un regard sur le cas de cette pratique orthophonique en France.

1 La télémédecine

1.1 Définitions

Plusieurs termes différents sont employés dans la littérature pour faire référence à l'usage des TIC dans le milieu de la santé, c'est pourquoi il est nécessaire de les définir. En 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la télémédecine comme :

la prestation de services de santé, où la distance est un facteur critique, par tous les professionnels de la santé utilisant les technologies de l'information et de la communication pour l'échange d'informations valides pour le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies et des blessures, la recherche et l'évaluation, et pour la formation continue des fournisseurs de soins de santé, le tout dans l'intérêt de la santé des individus et de leurs communautés. (WHO Group Consultation on Health Telematics, 1997).

En France, la notion de télémédecine a été intégrée au code de la santé publique en 2009 par la loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST) puis précisée en 2010 par un décret (Arné, 2014). Ce dernier concerne la définition des actes, les conditions de mise en œuvre et l'organisation de la télémédecine. Les actes définis sont la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance et la téléassistante. Ce mémoire s'intéressera essentiellement à la notion de téléconsultation qui concerne la consultation à distance d'un patient réalisée par un professionnel médical. La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est venue modifier la terminologie employée pour évoquer l'emploi des TIC dans le milieu de la santé (2019). Une terminologie plus large est utilisée pour évoquer ces pratiques, la télésanté. Cette dernière regroupe la télémédecine et le télésoin. La télémédecine y est définie comme

une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.(Article L6316-1 du code de la santé publique)

Le télésoin est défini comme

une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code. (Article L6316-2 du code de la santé publique)

Le terme employé pour parler de l'usage des TIC diffère donc en fonction des professionnels de santé qui les utilisent. Un point important de la télémédecine est que le service médical rendu à distance doit au moins être égal à celui en présentiel.

1.2 Historique

L'idée d'utiliser les TIC dans le domaine de la santé n'est pas récente. En effet, des recherches ont été conduites sur le sujet bien avant 1970, année de la naissance du terme de télémédecine employé pour la première fois par Thomas Bird (Strehle & Shabde, 2006). Avant cela, les infrastructures des télécommunications requises pour pouvoir utiliser la transmission de signaux audio et vidéo étaient souvent peu répandues et donc coûteuses. Il y a donc eu une répercussion sur l'efficacité ce qui a

quelque peu découragé les personnes expérimentant ces techniques (Mun & Turner, 1999). Dans les années 1990, la création d'internet et la modernisation des TIC entraînent un développement majeur des recherches liées à la télésanté. L'Australie, le Canada et les Etats-Unis sont les pays précurseurs dans ce domaine, en grande partie en raison de leur superficie et donc des contraintes démographiques qui en résultent. Plus récemment, l'Australie a fait de la télésanté une stratégie nationale pour les années 2013 à 2018 (The Australasian Telehealth Society, 2013). En France, deux lois successives apportent le cadrage nécessaire : en 2004 avec la reconnaissance de l'acte de télémedecine (LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, 2004) puis en 2009 (LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009) avec la définition des actes de télémedecine. L'un des points de la stratégie nationale de santé 2018-2022 est de « Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). Ainsi, la télémedecine est citée comme outil pour « abolir les distances ». Déjà en 2016, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, présentait la stratégie nationale e-santé 2020 dont l'un des points était de faciliter l'accès au soin par la télémedecine (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2016).

1.3 Intérêts

Plusieurs intérêts ont été identifiés concernant l'utilisation de la télémedecine. La Société Française de télémedecine (SFT) y a notamment vu un moyen de soutenir la Stratégie Nationale de Santé (Moulin & Salles, 2017). En effet, la SFT a identifié plusieurs sujets qui pourraient bénéficier de la télémedecine comme l'accessibilité aux soins dans des zones d'isolement de population ou simplement dans certaines zones rurales dépourvues de médecins spécialistes, ces derniers s'installant préférentiellement à proximité des zones urbaines. De plus, des études ont montré que le recours à la télémedecine pouvait accroître l'engagement de certains patients dans leurs soins (Lupton & Maslen, 2017). Cela s'explique par le fait que certains patients comme les enfants, les adolescents ou les personnes à mobilité réduite, gagnent ainsi en autonomie n'étant plus nécessairement dépendants d'une tierce personne pour accéder à une consultation médicale. L'utilisation des TIC permet également de réduire les frais de déplacement tant pour le patient que pour le clinicien et peut permettre à ce dernier d'optimiser son emploi du temps, en évitant les

consultations à domicile qui peuvent s'avérer chronophages. Avec un emploi du temps contraint cela peut permettre de réduire les délais d'attente en créant de nouveaux créneaux de consultation, ce qui limite les ruptures de soins éventuelles liées à un temps d'attente trop élevé. De plus, cela peut permettre de réduire ou de compenser les désistements (Akhtar et al., 2019; Durupt et al., 2016).

2 La téléorthophonie

Le métier d'orthophoniste est affilié à la catégorie des auxiliaires médicaux et est inscrit dans le code de la santé publique qui en donne son champ de compétence :

La pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention ainsi que le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales. (Article L4341-1 du code de la santé publique, s. d.)

La téléorthophonie est donc l'utilisation du télésoin dans le cadre de la pratique orthophonique. Le terme privilégié dans ce mémoire est celui de téléorthophonie, bien que les termes visiophonie et e-orthophonie soient également retrouvés dans la littérature.

2.1 Définitions

L'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) et The Speech Pathology Association of Australia (SPAA) parle de télépratique. Pour l'ASHA, la télépratique en orthophonie est « l'application des technologies de la télécommunication à la prestation des services professionnels à distance en liant le clinicien à un patient ou deux cliniciens ensemble pour une évaluation, une intervention et/ou une consultation » (American Speech-Language-Hearing Association). La SPAA ajoute certaines notions en comparaison de l'ASHA :

la télépratique est l'application de la technologie des télécommunications pour fournir des services cliniques à distance en reliant le clinicien au patient, au soignant ou à toute personne responsable de la prestation de soins au patient, à des fins d'évaluation, d'intervention, de consultation et / ou de supervision. La télépratique fait partie intégrante de la prestation de services cliniques sur n'importe quelle distance. Ces services sont guidés, surveillés ou modifiés par un orthophoniste pour chaque patient ou objectif clinique unique. La télépratique

a le potentiel d'augmenter l'accès aux services d'orthophonie tout au long de la vie. (Speech Pathology Australia Association, 2014).

L'association Orthophonie et Audiologie Canada (OAC) quant à elle, définit la télépratique comme

l'utilisation de la technologie pour offrir des services d'orthophonie et d'audiologie à distance. La télépratique peut comprendre un service « en direct » ou « en différé ». Le mode « en direct » ou en temps réel fait appel notamment au téléphone ou à la vidéoconférence. Le mode « en différé » nécessite l'enregistrement, la sauvegarde et la transmission d'images audio ou visuelles qui seront examinées ultérieurement (p. ex. : courriel, télécopie, bande sonore ou enregistrements magnétoscopiques) (OAC, 2015).

A noter que ce mémoire se concentre essentiellement sur le mode « en direct »

2.2 Historique

Les premières utilisations des TIC en orthophonie ont été réalisées dans le milieu des années 1970 en utilisant le téléphone (Houston, 2014). Plus tard, Wertz et al. (1987) ont étudié la fiabilité de tests diagnostiques auprès de patients avec un trouble de la communication d'origine neurologique. Trois méthodes ont été utilisées, dont une dans laquelle ils se servaient d'un téléviseur en circuit fermé permettant une transmission audio et vidéo en temps réel entre deux salles différentes. Le professionnel et le patient pouvaient donc se voir et s'entendre. En 1987, des consultations de télémédecine en orthophonie ont été réalisées par la clinique Mayo aux Etats-Unis (Duffy et al., 1997). Ces consultations étaient utilisées auprès de personnes dont le trouble était difficile à diagnostiquer. Cela fait donc plus de quarante ans que les premières expérimentations de la télépratique en orthophonie ont été réalisées. Cependant, l'essor de cette pratique s'est surtout révélé depuis la fin des années 1990. L'ASHA a soutenu cette pratique dès cette époque en menant des études et en multipliant les publications sur l'application de la télépratique en orthophonie et en audiologie (Houston, 2014). Ces publications ont notamment pour but d'encadrer la télépratique et d'en assurer la qualité. En effet, tout comme pour la pratique générale de la télémédecine, l'objectif principal de la téléorthophonie est de fournir une qualité de soin qui soit au moins égale à celle que le patient peut avoir en présentiel.

2.3 Intérêts et limites pressenties

L'ASHA a pu dégager trois problèmes principaux dans l'utilisation de la télépratique en orthophonie aux Etats-Unis : la réglementation de la protection de la vie privée, la législation et le remboursement. Pour ce qui est de la protection de la vie privée, la loi Health Insurance Portability and Accountability Act impose une protection contre tout accès non autorisé lors de séances en télépratique. Or, de nombreux logiciels utilisés dans cette pratique ne peuvent pas le garantir. De plus, ces mêmes logiciels ne sont pas nécessairement basés aux Etats-Unis, ce qui implique que les données ne sont pas protégées par les lois fédérales. La législation quant à elle n'est pas la même selon les Etats. Cela signifie que la télépratique n'est pas autorisée partout, ce qui rend complexe la télépratique entre deux Etats différents. Enfin, les différents organismes d'assurance maladie n'autorisent pas la télépratique ou restreignent le remboursement dans le cas de l'utilisation de la téléorthophonie. Une autre limite majeure du télésoin en orthophonie, au cœur même de sa pratique, est l'apparition d'une fatigue liée à la visioconférence (Hallay-Dufour, 2020). Cette fatigue pourrait notamment être due à une qualité audiovisuelle médiocre ou encore à une mauvaise installation devant l'outil informatique. Alberta College of Speech-language Pathologists and Audiologists alerte également sur des risques de problèmes de communication et sur une alliance thérapeutique potentiellement plus longue à établir qu'en prise en soin conventionnelle (2011). Néanmoins, malgré ces écueils, l'OAC met en lumière la réduction des temps de déplacements qui peuvent être longs selon les zones géographiques et qui provoquent un frein pour accéder à un professionnel. Toujours selon l'association, la télépratique peut permettre une amélioration de la fréquence et de l'efficacité du suivi. (OAC, 2015). Cette diminution implique une possibilité de proposer des séances plus fréquemment mais aussi de diminuer la fatigue liée aux déplacements et donc d'avoir une efficacité accrue de la prise en soin pour le patient (Theodoros, 2012). La définition de la télépratique par l'OAC permet de mettre en lumière la notion de synchronicité de la prise en charge. Tout comme une consultation classique, la téléorthophonie permet une rencontre en temps réel avec le patient.

3 La téléorthophonie en France : évolution majeure dans un contexte de crise sanitaire

En France, certains orthophonistes utilisent le télésoin depuis plusieurs années déjà. Ainsi, Véronique Aumont-Boucand a évoqué sa pratique de l'orthophonie à distance

dans le cadre de la prise en soin du bégaiement notamment auprès de français résidant à l'étranger (Aumont-Boucand, 2020). De même, Pascaline Dufournier a pratiqué la téléorthophonie, qu'elle nomme Rééducation Orthophonique à distance (ROAD), avant sa législation. Elle y a vu un moyen d'améliorer le système de santé et y lie les objectifs suivants : accroître l'accessibilité des services, offrir des soins continus en temps opportun, favoriser la participation des patients et améliorer la qualité des soins (Dufournier, 2016, 2017). Les obstacles majeurs à la mise en place du télésoin avant son autorisation étaient d'une part son absence de réglementation et d'autre part le fait que l'orthophoniste agissait en dehors du conventionnement avec la sécurité sociale. De ce fait, le tarif de l'acte n'était pas établi et le patient n'était pas en mesure de percevoir un remboursement.

3.1 Historique

Avant son autorisation, le télésoin a été plusieurs fois au cœur des discussions entre le syndicat de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO) et les autorités compétentes. En 2017, l'avenant 16 à la convention nationale avec l'assurance maladie a intégré la notion de télésoin en permettant à la profession de l'expérimenter :

Au regard de l'émergence des nouvelles technologies et pour favoriser l'accès aux soins de la population, les partenaires conventionnels initieront une réflexion sur la possibilité pour l'orthophoniste d'intervenir à distance auprès des patients via la téléorthophonie. Des expérimentations pourront être envisagées dans ce cadre. (Avis relatif à l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996, 2017)

En 2019, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a demandé à la HAS de mener des travaux sur le télésoin. Un rapport d'élaboration concernant la qualité et la sécurité du télésoin est paru en février 2021 faisant suite à cette demande (HAS, 2021). Les parties prenantes sollicitées par la HAS pour les orthophonistes étaient l'association Orthos, Réflexions ... Actions (ORA), la FNO et le Collège Français d'Orthophonie (ce dernier n'ayant été consulté que pour la relecture). Chaque profession sollicitée a dû répondre à trois questions : « Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.)? », « Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin car

ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ? » et « Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ? ».

3.2 Autorisations

L'autorisation d'exercice du télésoin en France a été délivrée en mars 2020 en raison du confinement dans le cadre de la crise sanitaire liée au COVID-19. Les orthophonistes ont été nombreux à devoir fermer leur cabinet. Au-delà de l'impact financier que cela a engendré pour les professionnels, nombreux sont les patients qui ont dû faire face à une interruption des soins. De ce fait, et à la suite de l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de COVID-19 dans le cadre de l'urgence sanitaire, la FNO a pu entrer en discussion avec le ministère de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance maladie. Cela a mené à un nouvel arrêté en date du 25 mars 2020 venant préciser celui du 23 mars 2020 et autorisant la continuité des soins en orthophonie et l'exercice du télésoin en orthophonie (Arrêté du 25 mars 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, 2020). Cette autorisation a notamment été justifiée par la HAS comme un moyen de diminuer les risques d'une infection au COVID-19 (HAS, 2020). Tous les actes orthophoniques sont autorisés en téléorthophonie à l'exception des bilan initiaux et de renouvellement. Cependant, la présence d'un parent majeur ou d'un majeur autorisé est imposée pour les patients de moins de 18 ans et celle d'un aidant est nécessaire chez les patients ayant une perte d'autonomie. En plus de l'autorisation d'exercer l'orthophonie à distance, cet arrêté permet aux orthophonistes, tant en libéral qu'en structure de soins, de facturer à l'assurance maladie les actes réalisés en télésoin. Cette autorisation est établie par dérogation et prévaut donc seulement pendant la durée de l'état d'urgence sanitaire. Cela permet donc aux patients de percevoir le remboursement des séances effectuées sous réserve que le professionnel soit conventionné avec l'assurance maladie.

3.3 Mise en place

La téléorthophonie a pu être mise en place en France dès le 26 mars 2020, date de la parution de l'arrêté du 25 mars 2020 au Journal officiel. Comme défini par le texte de

l'arrêté, « la pertinence du recours au télésoin est déterminée par l'orthophoniste » (Arrêté du 25 mars 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, 2020). Pour sa mise en place, il est nécessaire d'avoir établi un certain nombre de critères permettant de réaliser une séance en télésoin la plus optimale possible. Des recommandations de bonnes pratiques ont parallèlement été éditées par la HAS (Haute Autorité de Santé, 2021). Ce rapport met en évidence que l'application du télésoin semble adaptée à tous les actes d'orthophonie, à l'exception du bilan initial et des actes impliquant l'utilisation du toucher thérapeutique. Il est suggéré d'éviter le télésoin avec des jeunes enfants pour qui les écrans sont déconseillés. De plus, l'importance d'un environnement adéquat, calme et avec une luminosité correcte paraît pertinente. Dans le cadre de la mise en place de la téléorthophonie en France, de nombreux éditeurs de matériel spécifique à l'orthophonie ont créé et mis à disposition des ressources utilisables en téléorthophonie. En effet, la profession utilise des outils de rééducation dans la plupart des prises en soin, ce qui s'avère difficile dans le cadre d'une pratique à distance.

3.4 Pérennisation

En février 2021, la FNO annonce avoir signé l'avenant 17 à la convention nationale (FNO, 2021). Cette annonce a ensuite été officialisée par la publication de l'arrêté du 13 avril 2021 portant approbation de l'avenant n° 17 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996 (2021) dans le Journal Officiel de la République Française du 20 avril 2021. Cet avenant conclu fin janvier de la même année entre les deux parties permet notamment de garantir la pérennité du télésoin et de préciser son application en orthophonie. Ainsi, cet arrêté définit le télésoin appliqué à l'orthophonie comme « l'acte réalisé à distance en vidéo transmission entre un orthophoniste exerçant une activité libérale conventionnée ou dans une structure conventionnée et un patient ». La pérennisation en tant que telle n'entrera en vigueur que lorsque la fin de l'état d'urgence sanitaire sera décrétée, ce qui signifie que les mesures dérogatoires prévalent jusque-là. Cependant, les parties prenantes sollicitées dans le rapport de l'HAS sur la qualité et la sécurité du télésoin (Haute Autorité de Santé, 2021) précisent que le télésoin en orthophonie n'est pas établi pour résoudre les tensions

démographiques auxquelles la profession fait face. La pérennisation de la téléorthophonie ne doit donc pas être un moyen pour les professionnels d'augmenter le nombre de patients pris en soin mais bien pour répondre au mieux aux besoins de chaque patient. Une prise en soin à distance ne doit pas être privilégiée à une prise en soin en présentiel.

4 Problématique et hypothèses

A la vue de ces constats, il est évident qu'il existe un manque de recul sur l'utilisation de la téléorthophonie en France mais aussi sur le ressenti des orthophonistes qui, avec leurs patients, sont les premiers concernés par la pratique. C'est pourquoi le questionnement suivant semble pertinent : après un an de pratique, y a-t-il eu une évolution des représentations de la téléorthophonie chez les orthophonistes en France ?

L'hypothèse générale formulée est qu'avec la pratique, la représentation que les orthophonistes ont de la téléorthophonie a évolué. Plus précisément, une évolution positive des représentations de la téléorthophonie est attendue.

II Méthode

1 Objectifs de l'étude

Ce travail vise à prendre directement en compte l'avis des orthophonistes sur l'utilisation du télésoin dans leur pratique professionnelle.

Pour ce qui est de la méthodologie suivie, deux outils ont été utilisés auprès de deux populations différentes. Dans un premier temps, un questionnaire réalisé par la FNO et diffusé en avril 2020. Dans un deuxième temps, des entretiens semi-directifs réalisés au printemps 2021. Les données récoltées par les deux outils ont été analysées séparément puis comparées entre elles.

Les outils utilisés ont permis de recueillir des données à la fois quantitatives et qualitatives ce qui inscrit ce mémoire dans une méthode mixte. Plus précisément, chaque outil ayant mené à une collecte et une analyse de données qui leur sont propres, ce mémoire a utilisé ce que l'on appelle un devis mixte simultané (Corbières, 2020).

2 Questionnaire sur la mise en application du télésoin en orthophonie dans le cadre des mesures dérogatoires exceptionnelles dans le contexte de la crise sanitaire liée à la pandémie due au COVID-19

Ce questionnaire a été réalisé et diffusé par la FNO pour appuyer les discussions au sujet du télésoin avec l'Assurance-Maladie. Le syndicat nous a transmis les données recueillies et nous a permis de les analyser et les utiliser dans le cadre de ce mémoire.

2.1 Population

La population visée par le questionnaire de la FNO est celle des orthophonistes exerçant en France et étant donc titulaires d'un Certificat de Capacité d'Orthophoniste (CCO) ou d'une équivalence obtenue dans un autre pays. Plus particulièrement, cette enquête ayant été diffusée par mail et via le site internet de la fédération, les orthophonistes répondant sont en majorité syndiqués. Cependant, rien n'exclut une diffusion plus large qui a pu s'opérer entre professionnels. Le questionnaire a été réalisé sur une plateforme de création de questionnaire en ligne ce qui a permis à la population d'y répondre en autonomie. Au total, 6 176 réponses valides ont été enregistrées. Pour préciser davantage la population, les données ont été filtrées en se basant sur les réponses liées à la date de début d'exercice et à la date de naissance. Des incohérences et des champs non renseignés ayant été relevés concernant ces

items, les réponses indiquant un début d'exercice supérieur ou égal à 60 ans et un début d'exercice inférieur à 19 ans ont été supprimées. Le dernier critère a été déterminé par le fait que le CCO a pu être obtenu en niveau bac+3 et avec de possibles « sauts de classes » durant la scolarité. Les réponses au questionnaire n'ayant pas le genre du répondant indiqué ont également été exclues de l'analyse. Après cette procédure, 6 025 réponses ont finalement été retenues ce qui correspond à 22,3% des orthophonistes exerçant en France et tous les niveaux de diplômes sont représentés (Diplômes en 3 ans, 4 ans et 5 ans). En effet, selon les données de la DREES en date du 1^{er} janvier 2020, 26 984 orthophonistes exercent en France (DREES, 2020) . La proportion de répondant selon leur genre, homme ou femme, est représentative de la population totale comme indiqué dans le tableau 1. Concernant la territorialité, tous les départements français sont représentés à l'exception de Mayotte. Les trois modes d'exercice que sont l'exercice libéral, l'exercice mixte et l'exercice salarié sont également représentés (cf. Tableau 2) mais non représentatifs de la population. Pour être plus représentatif de la population totale des orthophonistes de France, il aurait été souhaitable d'avoir davantage de réponses de la part des orthophonistes salariés.

Tableau 1

Répartition des orthophonistes par genre

Genre	Données DREES	Echantillon	Données DREES (%)	Echantillon (%)
Femme	26 144	5 889	96,9	97,7
Homme	840	136	3,1	2,3

Tableau 2

Répartition des orthophonistes par mode d'exercice

Mode d'exercice	Données DREES	Echantillon	Données DREES (%)	Echantillon (%)
Libéral exclusif ou mixte	21 820	5 945	80,9	98,7
Salariat exclusif	5 164	80	19,1	1,3

2.2 Matériel

Le questionnaire auquel ont répondu les orthophonistes a été accessible sur une plateforme en ligne du 16 au 23 avril 2020. Il avait pour objectif de recueillir le ressenti du plus grand nombre d'orthophonistes vis-à-vis du télésoin dans le but d'appuyer une

demande de pérennisation de cette pratique et d'envisager des recommandations de bonne pratique à établir.

En ce qui concerne la forme, une arborescence a été réalisée pour permettre une prise en compte des réponses précédentes comme pour le mode d'exercice notamment. Un ensemble de quarante items interrogatoires a été posé sous la forme de questions à choix multiple, à choix unique ou à réponse libre.

Sur le fond, le questionnaire débutait par des interrogations personnelles à savoir le département d'exercice, l'année de début d'exercice et l'année de naissance. Les questions suivantes portaient sur le mode d'exercice et le cas échéant sur le type d'établissement dans lequel l'orthophoniste est salarié. La suite concernait l'organisation en temps de crise sanitaire dans le cas d'un exercice libéral. Les questions portaient donc sur la fermeture éventuelle du cabinet dans le cas d'un exercice libéral (et à quelle date), sur la pratique ou non du télésoin et pourquoi si la réponse était négative. Dans le cas où la personne donnait une réponse positive à la pratique du télésoin, des questions plus spécifiques étaient posées concernant les actes réalisés et l'âge des patients ainsi que le nombre de rendez-vous hebdomadaires concernés. Les répondants ont ensuite été interrogés sur le télésoin de manière plus technique comme l'envoi de documents au préalable de la séance, la ou les plateformes utilisées pour la visioconférence et leur utilisation du partage d'écran mais aussi sur les plateformes utilisées pour des supports de rééducation. A cela se sont ajoutés des questionnements sur les éventuelles difficultés rencontrées tant sur le plan technique que sur la pratique plus générale de l'orthophonie à distance. Les dernières questions avaient pour objectif d'avoir l'avis des sondés sur la pérennisation de l'application du télésoin à l'orthophonie et s'ils envisageaient de poursuivre cette pratique malgré la réouverture de leur cabinet.

2.3 Procédure

La passation du questionnaire était estimée à environ dix minutes. Les données recueillies à la suite de l'administration de ce questionnaire ont été traitées en utilisant des analyses inférentielles et descriptives.

3 Les entretiens semi-dirigés

3.1 Population

Pour les entretiens, les orthophonistes ayant pratiqué le télésoin et/ou le pratiquant toujours étaient ciblés. La population recrutée est exclusivement féminine, sept orthophonistes ont accepté de réaliser un entretien sur quinze demandes. Le recrutement s'est fait auprès de connaissances professionnelles. Ayant choisi de réaliser ces entretiens à distance à l'aide d'un logiciel de visioconférence, la zone géographique de recrutement n'a pas été restreinte. Les données concernant les entretiens ont été anonymisées immédiatement avec les initiales de la participante cependant, pour faciliter la lecture, chacune sera nommée Ortho suivi d'un chiffre. Toutes les orthophonistes interrogées ont un diplôme en trois ou quatre ans et exercent en libéral à l'exception d'Ortho1 qui a un exercice mixte (cf. Tableau 3).

Tableau 3

Répartition des orthophonistes par mode d'exercice et année d'obtention du diplôme

Orthophonistes	Mode d'exercice actuel	Année d'obtention du diplôme
Ortho1	Mixte	1992
Ortho2	Libéral	2002
Ortho3	Libéral	1985
Ortho4	Libéral	1982
Ortho5	Libéral	2008
Ortho6	Libéral	2007
Ortho7	Libéral	1994

3.2 Matériel

L'avantage de l'entretien semi-directif était de permettre au professionnel de s'exprimer sur sa pratique du télésoin le plus librement possible. Les questions posées pour orienter les orthophonistes ont été choisies en fonction de nos lectures ainsi que des questions posées dans le questionnaire. Ainsi quatre grandes thématiques ont été abordées : leur historique de la pratique du télésoin, l'incidence de la pratique du télésoin au niveau matériel et technique, leur ressenti de la téléorthophonie et leur avis sur la pérennisation de la pratique du télésoin en orthophonie.

3.3 Procédure

Chaque orthophoniste a été contacté par mail auquel était joint une notice d'information présentée en Annexe B. Après réponse positive, un formulaire de consentement nécessitant signature a été transmis à la participante pour l'informer des modalités légales concernant la collecte et le traitement des données liées à l'entretien. La proposition de rendez-vous s'est faite à la convenance des participants concernant le jour et l'horaire. Après accord, un lien de rendez-vous numérique leur a été envoyé pour pouvoir accéder à la réunion vidéo. La réalisation des entretiens s'est déroulée sur les mois de mars et avril 2021 et ont duré de 25 à 49 minutes pour une moyenne de 37 minutes. Les passations ont été effectuées en visioconférence à l'aide d'un logiciel gratuit permettant un enregistrement audio et vidéo directement à partir de la plateforme. Cela a permis une prise de notes moins importante et par conséquent une meilleure écoute. Tous les entretiens ont reçu une procédure semblable comprenant des relances et des reformulations au cours des échanges. Par la suite, une transcription des discussions a été effectuée à l'aide des notes et des enregistrements. Ces transcriptions ont mené à une analyse verticale de chaque entretien, c'est-à-dire une analyse de l'entretien en lui-même, et à une analyse horizontale permettant une comparaison des entretiens les uns avec les autres.

III Présentation et discussion des résultats

En raison de l'approche mixte sur laquelle est basée ce mémoire, les résultats quantitatifs et qualitatifs seront présentés, comparés et discutés à la lumière des éléments théoriques retrouvés dans la littérature. Cette procédure est utilisée pour servir l'objectif de ce mémoire qui est de mieux comprendre la pratique du télésoin par les orthophonistes exerçant en France et leur ressenti à l'égard de cette pratique.

1 Le télésoin et le mode d'exercice

Sur les 6 025 orthophonistes dont les réponses au questionnaire ont été retenues, 2 658 ont indiqué avoir pratiqué le télésoin soit 44% de l'échantillon. Les trois modes d'exercice étant représentés dans l'échantillon du questionnaire, analyser la répartition de la pratique du télésoin selon le mode d'exercice a semblé pertinent.

L'analyse des données avec le test Khi2, permet de conclure que la pratique du télésoin est dépendante du mode d'exercice ($X^2=16.98>5.99=X^2_{critique}$). Ainsi, comme indiqué dans le tableau 4, la téléorthophonie se pratique le plus souvent en libéral. Cependant, il est important de préciser que cette conclusion s'applique seulement à la population du questionnaire et ne peut pas être généralisée à l'ensemble de la population des orthophonistes en raison de la non-représentativité de l'exercice salarié. A noter que parmi les orthophonistes interrogées en entretien, seule Ortho1 a un exercice mixte et aucune n'exerce exclusivement en salariat. Cette non-représentativité de l'exercice salarié conduit à s'interroger sur la diffusion du questionnaire auprès de ces professionnels et sur le besoin ressenti par les orthophonistes salariés de recourir à cet outil dans le cadre de leur pratique. En effet, il est possible que les orthophonistes travaillant en structure ou à l'hôpital se sentent moins concernés par ce sujet. Il est vrai que dans le cas d'un exercice salarié, les patients ont souvent nécessité de se déplacer pour leurs rendez-vous avec les autres professionnels du paramédical. Les orthophonistes ne sont donc pas nécessairement confrontés à l'impossibilité du patient à venir en séance. De plus dans le cadre d'un exercice hospitalier, les patients résident sur leur lieu de soin ce qui rend moins pertinent la pratique du soin à distance. Une enquête plus spécifique auprès des orthophonistes salariés serait envisageable néanmoins, il est important de préciser que les établissements de santé étaient moins touchés par la baisse de fréquentation liée au premier confinement, comparativement aux cabinets des professionnels libéraux.

Tableau 4

Pratique du télésoin selon le mode d'exercice

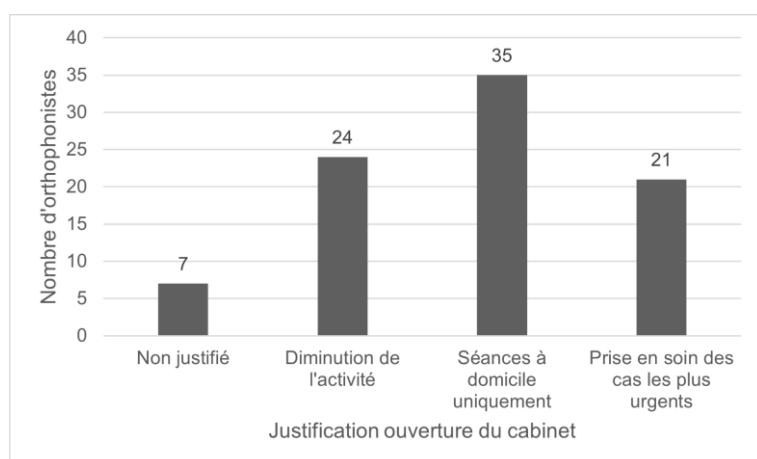
		Avez-vous pratiqué le télésoin ?	
		Oui	Non
Mode d'exercice	Libéral exclusif	2 427	3 146
	Mixte	201	171
	Salarié	30	50
Total		2 658	3 367

2 La téléorthophonie : une réponse à un besoin

Comme évoqué précédemment, les orthophonistes libéraux et pratiquant l'exercice mixte ont été davantage impactés par la mise en place du confinement. En effet, 5 838 orthophonistes ayant un exercice libéral sur 5 945 ont indiqué avoir fermé leur cabinet soit 98% d'entre eux et vingt n'ont pas donné de réponse à cette question. Parmi les 87 orthophonistes n'ayant pas fermé leur cabinet, certains ont exclusivement diminué leur activité, d'autres se sont uniquement déplacés à domicile ou bien ont seulement effectué les prises en soins jugées comme urgentes. La figure 1 illustre cette répartition.

Figure 1

Ouverture du cabinet en temps de crise sanitaire



Une grande partie de la profession s'est donc retrouvée dans l'impossibilité de travailler et donc de répondre à la demande de leurs patients. Il était donc capital de pouvoir trouver une solution afin de reprendre les séances rapidement pour ne pas interrompre le soin trop longtemps. Finalement, après environ deux semaines d'interruption, les consultations ont pu reprendre par l'intermédiaire du télésoin.

2.1 Pratiquer la téléorthophonie

Comme expliqué dans la partie précédente, la situation sanitaire liée à la COVID-19 a interrompu la pratique des orthophonistes comme celle de nombreux autres professionnels. L'accès à la téléorthophonie a permis de pallier cette interruption mais quels ont été les motivations et avantages du recours à la pratique à distance ? A contrario, quelles sont les raisons pour lesquelles certains orthophonistes n'ont pas souhaité utiliser cet outil ? Et parmi ceux l'ayant utilisé, quels inconvénients ont-ils trouvés à cette façon de travailler ?

2.1.1 Les motivations et points positifs du recours au télésoin.

La continuité des soins est la principale raison évoquée pour avoir recours à la téléorthophonie, que ce soit lors du premier confinement ou bien un an après, dans le cas de patients considérés comme « cas contact ». Les sept orthophonistes avec lesquelles les entretiens se sont déroulés ont évoqué cette raison. En effet, la continuité et la fréquence des soins sont des critères importants de la rééducation en orthophonie. De nombreuses études ont été réalisées ces dernières années concernant la rééducation des aphasies notamment ou encore la rééducation du langage oral chez les jeunes enfants. Dans le domaine de la neurologie, une intervention précoce est capitale mais également une intervention sur la durée (Doogan et al., 2018). Il a de plus été reconnu qu'il existe des périodes critiques d'intervention, notamment dans le cas du développement du langage oral chez le jeune enfant. L'interruption des soins peut alors avoir des conséquences majeures sur ce développement sur le long terme (Tohidast et al., 2020).

L'aspect financier du recours au télésoin lors du confinement il y a un an a également été abordé lors de plusieurs entretiens.

Avec la fin du confinement, la majorité des séances se déroulent de nouveau au cabinet mais certaines, de manière plus ou moins ponctuelle, continuent d'être réalisées à distance. Dans le cas d'interventions ponctuelles, Ortho2 et Ortho6 évoquent utiliser cette option pour éviter certaines absences en séances liées à des imprévus du côté du patient. Certaines prises en soin se font également de façon mixte, c'est-à-dire une séance en cabinet et la suivante en télésoin. Cette solution a été justifiée par l'avantage organisationnel qu'il procure que ce soit pour les patients ayant plusieurs séances dans la semaine ou pour ceux étant éloignés

géographiquement, surtout dans le cas des zones rurales. Cette solution mixte est d'ailleurs utilisée par trois des sept orthophonistes interrogées. Ortho5 y voit une manière de « booster » la motivation avec certains patients tandis qu'Ortho6 explique utiliser ce fonctionnement en fin de prise en soin. En effet, cela permet de ne « pas les lâcher d'un coup ». Un autre aspect évoqué pour avoir recours à la téléorthophonie est celui de la motivation, en particulier auprès des adolescents. Ortho3, estime que la rééducation à l'aide de cet outil « peut avoir un aspect motivationnel » qui a l'avantage de moins « prendre de leur temps pour les séances d'orthophonie que de devoir se déplacer ». Pour Ortho6 c'est « un nouveau souffle » apporté à la rééducation. Le patient est dans son univers ce qui lui confère une sécurité ; Ortho4 parle ainsi de prise en soin « écologique ». Le recours au télésoin est également un avantage chez les patients ayant une fatigabilité importante, comme pour des patients porteurs d'un handicap moteur. L'absence de déplacement peut leur permettre d'être ainsi plus disponibles lors de la séance.

2.1.2 Les freins et répercussions du recours au télésoin.

Comme indiqué précédemment, 44% des orthophonistes ayant un exercice libéral ont choisi d'utiliser la téléorthophonie. Mais qu'en est-il des 56% restants ? Les raisons évoquées par les orthophonistes ne souhaitant pas pratiquer la téléorthophonie sont nombreuses, elles sont détaillées en Annexe C. Pour des raisons pratiques d'analyse des résultats, les réponses uniquement libres ont été catégorisées comme « autre ». A noter que ces réponses libres étaient pour beaucoup des réponses indiquant un recours à la téléorthophonie qui n'était pas mise en place au moment du sondage mais qui était amenée à l'être dans les jours ou semaines suivants. Il est important de préciser qu'à la question « Pourquoi n'avez-vous pas souhaité pratiquer le télésoin en orthophonie ? » la réponse était multiple.

En mettant les rubriques concernant l'exercice salarié et les arrêts de travail de côté, les freins à l'utilisation de l'outil étaient surtout liés au profil du patient (âge, pathologie, illettrisme, etc...) pour 48,02% des sondés, au ressenti vis-à-vis du télésoin qu'ils soient contre (16,93%) ou qu'ils émettent des réserves (33,03%), à l'équipement du praticien (14,20%) ou de son patient (29,61%) et au savoir-faire (16,45%). Ces tendances rejoignent celles observées dans une étude réalisée à Hong-Kong où la téléorthophonie a également été développée en raison de la situation sanitaire (Fong

et al., 2020). Dans cette enquête, le profil du patient et les difficultés technologiques étaient également cités parmi les raisons principales de ne pas exercer à distance.

Le ressenti négatif concernant le télésoin peut découler d'un manque de recul concernant la pratique ou bien un manque de connaissance de celui-ci. Le fait d'y avoir eu recours subitement, sans réelle introduction ni explication auprès des praticiens, est potentiellement une des raisons à ce ressenti négatif. Effectivement, le sujet du télésoin était étudié depuis plusieurs années tant par les structures gouvernementales (HAS, 2021) qu'en tant que sujet de mémoire de fin d'étude (Deygas, 2014; Hacot, 2019; Lanaud & Kim, 2016; Riberi, 2016) mais les discussions concernant sa mise en place n'étaient pas très avancées. Ce développement soudain a donc soulevé beaucoup de questions et a plongé les orthophonistes dans l'inconnu.

L'une des répercussions du télésoin a été une fatigue plus importante tant physique (liée à la posture devant l'outil informatique) qu'intellectuelle (l'esprit s'évade beaucoup moins qu'en présentiel). Cet état de fait a été abordé par quatre des sept orthophonistes interrogées. Ortho1 le décrit ainsi comme « extrêmement fatiguant » ce qui fait écho à l'article de Maya Hallay-Dufour (2020) selon laquelle cette fatigue est une caractéristique à part entière de la consultation orthophonique à distance.

2.2 La téléorthophonie en actes

2.2.1 Nombre d'actes réalisés.

En moyenne, les orthophonistes interrogés au moyen du questionnaire programment 60 rendez-vous par semaine. Plus précisément, 83% d'entre eux réalisent entre 40 et 70 rendez-vous hebdomadaires sur une étendue de 1 à 110 séances. En télésoin, le nombre de séances programmées diminuent. Les sondés indiquent pratiquer en moyenne 19 rendez-vous par semaine ; 86% d'entre eux programmant de 1 à 30 séances, 36% entre 11 et 20 séances et une étendue de 1 à 80 rendez-vous planifiés. Le nombre d'actes réalisés en télésoin est donc sensiblement inférieur au moment de la récolte des données. Lors des entretiens, la majorité des orthophonistes a expliqué avoir eu moins de patients en télésoin mais toutes y réalisaient plus de 50% de leurs actes habituels. Certaines comme Ortho2 et Ortho5 ont augmenté progressivement leur nombre de patients le temps de prendre en main l'outil. Actuellement elles continuent toutes la téléorthophonie avec moins de dix patients à l'exception d'Ortho3, avec 14 patients en télésoin au moment de l'entretien et Ortho4 qui a gardé environ 50% de ses patients dans une pratique en distanciel. Cette dernière explique travailler

dans une maison de santé pluriprofessionnelle où il y a beaucoup de passage. Quand cela est possible elle préfère donc éviter le présentiel pour limiter les risques sanitaires tant pour les patients que pour elle-même mais garde un rendez-vous classique tous les deux mois, notamment pour l'aspect relationnel. A noter que les entretiens se sont déroulés à la période de la troisième vague de la COVID-19, ce qui a pu augmenter le nombre de rendez-vous effectués en distanciel.

2.2.2 Les rééducations concernées.

Le télésoin s'est ouvert à l'orthophonie sous certaines conditions. Ainsi, tous les actes de la nomenclature n'étaient pas réalisables à distance. Les actes concernés par la restriction étaient ceux des bilans, l'AMO 8 – Rééducation des troubles de l'articulation, de la déglutition dysfonctionnelle et vélo-tubo-tympanique et l'AMO 11,4-Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle et des dyskinésies laryngées (Arrêté du 25 mars 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, 2020). Il était donc possible de réaliser les autres actes inscrits à la nomenclature dont la répartition est exposée en Annexe D.

Ainsi, il ressort de ces données que les actes les plus pratiqués en télésoin sont l'AMO 10,1 - Rééducation du langage écrit (85,02%), les AMO 12,1 (59,95%) et 12,6 (45,80%) – Rééducation du langage oral et l'AMO 15,7 – rééducation chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique (44,14%). L'interprétation de ces résultats est cependant limitée. Du fait de l'absence de données concernant la répartition des actes pratiqués habituellement, ces chiffres n'ont pu être comparés avec des tendances officielles. Dans le cas de séances avec de très jeunes patients, Ortho3 explique avoir privilégié l'accompagnement parental qui lui semblait plus approprié. Quant à Ortho5, elle juge « impossibles » certains actes comme ceux réalisés auprès de patients autistes.

La législation concernant les actes a régulièrement évolué durant cette première année de mise en place du télésoin. De fait, la réalisation de bilans de renouvellement ainsi que la rééducation des troubles de la voix en téléorthophonie, non-autorisés dans un premier temps, sont rendus possibles à distance dès le mois de mai par un nouvel arrêté (Arrêté du 18 mai 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les

mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, 2020). Cette autorisation de la rééducation vocale à distance a été importante dans un contexte sanitaire pouvant augmenter les besoins d'y recourir (Castillo-Allendes et al., 2020). A terme, comme établi par l'avenant 17, seuls « les actes nécessitant un contact direct en présentiel avec le patient, un équipement spécifique non disponible auprès du patient » ainsi que les bilans initiaux ne seront pas réalisables en distanciel (Arrêté du 13 avril 2021 portant approbation de l'avenant n° 17 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996, 2021). De plus, il sera nécessaire d'avoir réalisé « au moins un acte ou bilan en présentiel dans les douze mois précédant la réalisation d'un acte en télésoin » avec le patient en question.

2.3 La téléorthophonie et ses outils

La téléorthophonie demande des moyens qui ne sont pas toujours ceux de la pratique classique. De fait, l'usage des TIC est indispensable pour un exercice en distanciel *a minima* pour le contact avec le patient et parfois également pour les outils de rééducation.

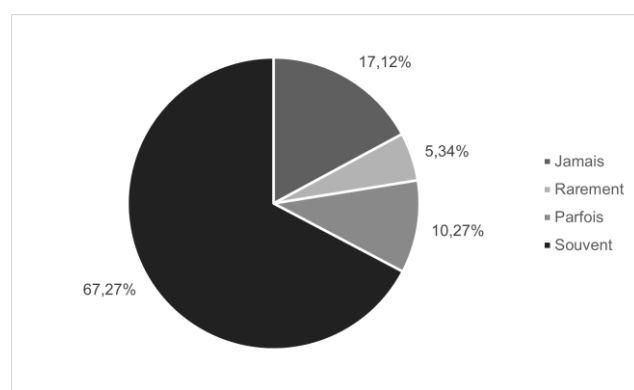
2.3.1 Les outils pour la visioconférence.

De nombreux outils existent pour permettre une mise en relation avec le patient. Leur sélection est au choix de l'orthophoniste mais également liée aux possibilités que le patient a à sa disposition. Ainsi, 46,5% des orthophonistes pratiquant le télésoin déclarent utiliser plusieurs logiciels ou applications de visioconférence. Par ailleurs, il en a été cité plus de vingt dont quatre sont prédominants à savoir : Inzee.Care (27,05%), WhatsApp (31,15%), Skype (35,06%) et Zoom (46,31%). Ces résultats se retrouvent également auprès des orthophonistes interrogées. Elles ont toutes essayé et utilisé plusieurs plateformes, Zoom reste la plus citée. A noter que des plateformes proposées par les ARS ont été régulièrement évoquées par les professionnels. Inzee.Care est une plateforme dédiée au soin avec laquelle la FNO a établi un partenariat permettant un accès gratuit et sécurisé pendant une période d'un peu plus de deux mois. Cette notion de sécurité est importante dans le domaine du soin car les données concernant la santé sont sensibles. Il serait donc tout à fait préférable d'utiliser ce type de plateformes comparativement à des outils grand public et

généralistes. Néanmoins, plusieurs orthophonistes ont expliqué avoir eu des difficultés dans l'utilisation d'Inzee.Care (Ortho2, 5 et 7), et n'avoir pas pu réaliser tout ce qu'elles souhaitaient. Le fait de ne pas pouvoir utiliser le partage d'écran fait partie des raisons pour lesquelles les orthophonistes se sont détournées de cette plateforme. Effectivement, plus de la moitié des orthophonistes l'utilisent de manière régulière comme représenté dans la figure 2. Or, le partenaire de la FNO ne proposait pas cette fonction au début de sa mise en place.

Figure 2

Utilisation du partage d'écran chez les orthophonistes pratiquant le télésoin



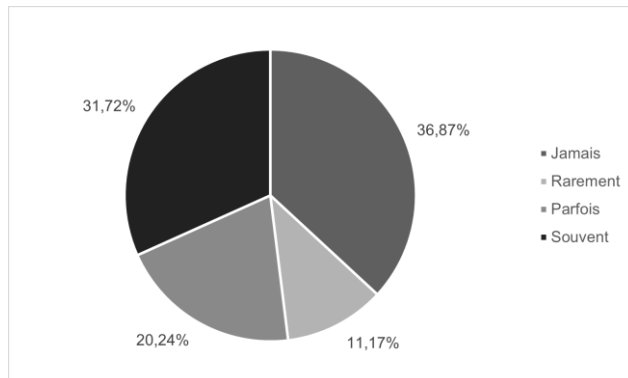
En raison des éléments précédemment évoqués, la majorité des orthophonistes, comme Ortho7, se sont tournés vers les outils qu'ils connaissaient (Planque-Bonini, 2020) et qui n'ont pas nécessité d'investissement financier. Concernant ces logiciels de visioconférence, Ortho2 et Ortho7 restent vigilantes dans le cas où le passage par une plateforme dédiée au soin serait imposé en raison de la protection des données.

2.3.2 Pour la rééducation.

Le passage par les TIC à des fins de rééducation a pu s'avérer compliqué sur le plan du matériel. Les orthophonistes utilisent de nombreux supports pour la rééducation qui ne sont pas nécessairement numérisés c'est pourquoi certains professionnels ont investi dans des logiciels ou dans des accès payants à des sites mettant à disposition du matériel au format numérique. Ainsi, 31,72% des orthophonistes y ont souvent recours, alors que 36,87% déclarent ne jamais utiliser ces plateformes, comme l'illustre la figure 3.

Figure 3

Utilisation de plateformes permettant d'avoir les supports de rééducation à domicile



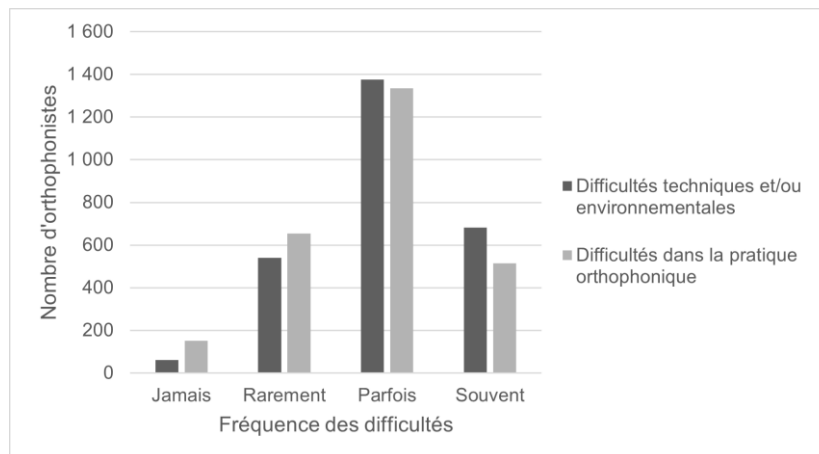
Cependant, cela ne marque pas nécessairement un changement en comparaison de la pratique habituelle de ces orthophonistes. D'après les éléments ressortant des entretiens, les praticiennes ayant recours à des plateformes en ligne pour le matériel de rééducation sont celles qui le font déjà dans le cadre de leur pratique habituelle. Ainsi, elles ont profité de la situation sanitaire pour explorer d'autres outils mais n'ont pas réellement changé leur pratique. Plusieurs d'entre elles ont pris l'initiative de numériser les outils dont elles disposaient. Ainsi, cela leur a permis de continuer à utiliser des outils qu'elles maîtrisaient dès qu'il était possible de le faire. De plus, de nombreux outils ont été créés, par des professionnels de l'édition ou par des orthophonistes inspirés, et ont été diffusés sur les réseaux sociaux ou sur les sites internet spécifiques.

2.4 Les difficultés rencontrées

Pratiquer la téléorthophonie signifie pratiquer autrement. L'adaptation a ainsi été le maître mot lors du passage à cet outil mais des difficultés sont malgré tout régulièrement survenues que ce soit sur le plan technique et/ou environnemental comme au sein même de la pratique orthophonique comme l'indique la figure 4.

Figure 4

Fréquence et nature des difficultés rencontrées par les orthophonistes en télésoin

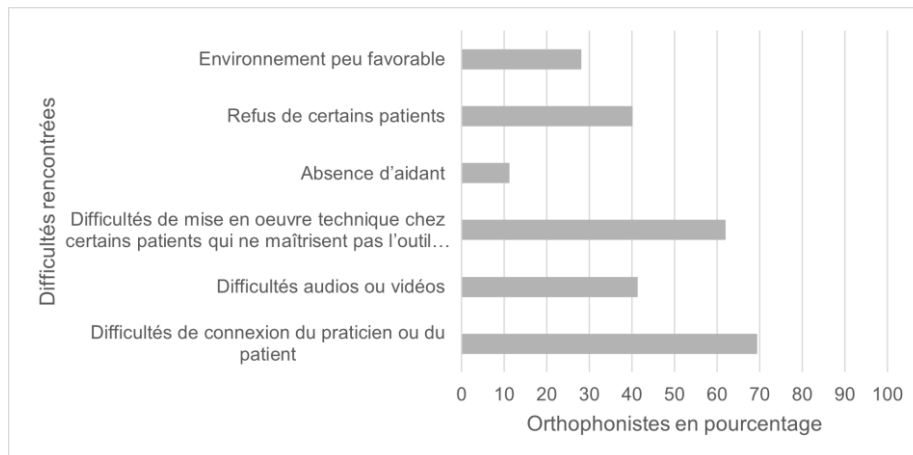


2.4.1 Difficultés techniques et/ou environnementales.

Les difficultés techniques et/ou environnementales font partie intégrante de l'utilisation des TIC. Comparativement à une séance en situation duelle, en présentielle, la réalisation des actes en télésoin est soumise à plus d'aléas potentiels et souvent indépendants de la volonté du patient ou du praticien. Ainsi, six grandes catégories de difficulté ont été retenues : des difficultés de connexion du praticien ou du patient (69,47%), des difficultés de mise en œuvre technique chez certains patients qui ne maîtrisent pas l'outil informatique (62,04%), des difficultés audios ou vidéos (41,32%), le refus de certains patients (40,19%), un environnement peu favorable (28,15%) et l'absence d'un aidant (11,30%). Ces difficultés ont également été citées par les orthophonistes vues en entretien. Ortho1 précise avoir eu des difficultés lors de séances de rééducation du langage écrit dans le cas où le patient ne maîtrisait pas le clavier d'ordinateur. Ortho5 quant à elle exprime sa difficulté à s'assurer de la présence initiale, et tout au long de la séance, d'un aidant dans le cas de prise en soin d'enfants.

Figure 5

Difficultés techniques et/ou environnementales rencontrées par les orthophonistes en télésoin



2.4.2 Difficultés dans la pratique orthophonique.

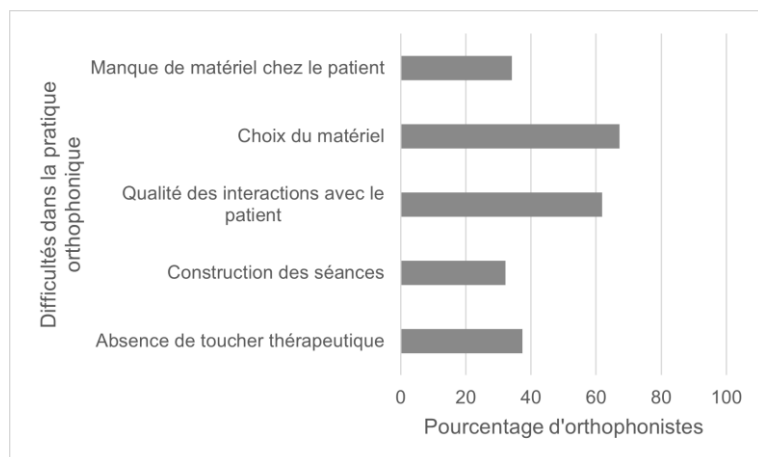
La question du matériel est une problématique majeure chez les orthophonistes exerçant en télésoin que ce soit dans son choix (67,15%) ou dans la possibilité pour le patient de se le procurer (34,17%). Ces difficultés viennent ensuite se répercuter sur la construction des séances (32,23%). Six des sept orthophonistes l'ont évoqué en exprimant leur besoin de recourir à une préparation plus rigoureuse en particulier il y a un an. « Je remontais toutes mes séances comme si j'étais débutante » a ainsi confié Ortho5. En effet, si lors des séances en présentiel, il est instinctif de se déplacer pour aller chercher un outil, les praticiennes sont plus réticentes en distanciel et préfèrent avoir tout préparé et à disposition. Ortho5 confie une peur des « moments de blanc » tandis qu'Ortho1 parle de la volonté d'être « ajustée dans le temps ».

Une autre difficulté rencontrée en télésoin est celle de l'absence de toucher thérapeutique (37,36%). Dans le cas de certaines rééducations, notamment la rééducation des paralysies faciales, de l'oralité alimentaire ou encore les rééducations vocales, pouvoir toucher le patient est un réel avantage et parfois une nécessité. Concernant les difficultés relationnelles, Ortho7 est surtout en difficulté avec les très jeunes enfants dans le cas de prise en soin du langage oral. Elle a attendu la possibilité de travailler de nouveaux à son cabinet pour revoir ces patients car les essais réalisés ont été laborieux notamment au niveau de la pose du cadre thérapeutique. Ortho1 et Ortho2 confirme que la composante attentionnelle est parfois très fluctuante et qu'il est beaucoup plus difficile de remobiliser le patient à distance. La place du corps peut

également être importante dans la prise en soin, Ortho3 explique qu'elle prend en compte la notion de cognition incarnée dans ses rééducations ce que le télésoin ne lui permet pas. De plus, les jeux symboliques, d'imitation sociale avec les enfants, ne sont pas réalisables en distanciel d'où l'importance de l'accompagnement parental.

Figure 6

Difficultés rencontrées par les orthophonistes dans leur pratique du télésoin



3 Une évolution des représentations

Toutes les orthophonistes interrogées ont admis avoir une représentation de la téléorthophonie qui était plutôt négative avant de pouvoir la mettre en pratique. Cette image négative était notamment liée à la qualité relationnelle d'une interaction par écrans interposés. Ortho5 pensait notamment qu'il devait y avoir une perte de perception du message non verbal. Il est vrai que ce message est important et que l'on fait appel à nos sens pour le percevoir chez l'autre. Cette perception n'est pas impossible lorsque les TIC entrent dans l'équation mais cela va simplement se faire différemment et notamment parfois avec l'assistance de l'aidant (Lupton & Maslen, 2017). L'idée qu'une alliance thérapeutique puisse se créer ou se poursuivre correctement alors que la rencontre ne se fait pas physiquement était peu envisageable pour certaines orthophonistes. De plus, certaines doutaient de la qualité même du soin qui était proposé à distance. Si cette difficulté est ressortie dans les réponses du questionnaire il y a un an, la majorité des orthophonistes vues en entretien ont quant à elles constaté qu'il n'y avait pas de changement dans leur relation avec les patients ce qui rejoint le constat de Freckmann et al. (2017). Cette différence de constat peut être liée à la différence de taille des deux échantillons mais également au

recul pris sur la pratique après une année d'exercice de la part des orthophonistes interrogées au printemps 2021. Néanmoins, Ortho2 et Ortho6 restent prudentes sur ce point et ne sont pas convaincues de la neutralité de l'outil sur la relation thérapeutique avec le patient. Pour Ortho2, l'écran est parfois un « frein relationnel ». Elle l'explique par la présence de l'aidant qui complique la relation habituellement duelle avec le patient et sa difficulté à recentrer l'attention du patient sur elle. Ainsi, cette composante relationnelle semble particulièrement liée aux sensibilités individuelles.

Deux des orthophonistes sondées ont parlé de leur représentation négative induites par leur implication en tant que représentante syndicale dans des litiges liés à la pratique du télésoin hors conventionnement. Ce sont des cas particuliers mais qui restent ancrés dans l'esprit de ces deux praticiennes qui soutiennent l'installation d'un cadre rigoureux pour éviter les abus dans la pratique du télésoin.

Un désinvestissement de la part du parent était également envisagé dans le cadre d'une prise en soin avec des enfants. Ce point n'est pas totalement réfuté par la pratique car c'est inhérent à chaque patient. Certains parents s'investissent davantage car leur présence est requise auprès de leur enfant tandis que d'autres ont plutôt tendance à désinvestir le suivi car n'ont pas à se déplacer au cabinet pour les séances. Parfois le parent est trop investi ou trop présent dans la séance comme l'explique Ortho7 qui a pu se sentir « entravée par la présence du parent » dans le cas de séances avec des enfants de 3-4 ans.

Après pratique et manipulation de l'outil qu'est le télésoin, les sept orthophonistes ayant participé aux entretiens en ont toutes une image plutôt positive. Certaines évoquent « une bonne surprise » tandis que d'autres trouvent cela « plus facile » que ce qu'elles imaginaient. Toutes admettent avoir revu à la hausse leur représentation mais privilégient une pratique en présentiel à laquelle elles ne pourraient pas renoncer. « C'est une autre approche, d'autres outils » selon Ortho 5 qui n'était pas du tout intéressée par cette approche initialement et qui est désormais prête à continuer même après la fin de l'état d'urgence sanitaire.

4 La pérennisation de la téléorthophonie

L'autorisation de la téléorthophonie hors circonstances exceptionnelles a été abordé dès le début de sa mise en place auprès des professionnels. Ainsi, 63,39% des

orthophonistes s'étant saisis de cette pratique étaient favorables à sa pérennisation. Cependant les répondants étaient partagés sur les restrictions de cette pratique. Toutes les orthophonistes ayant répondu aux entretiens sont favorables à cette pérennisation. Elles restent prudentes quant à sa mise en place et souhaitent un encadrement pour éviter les abus notamment concernant le nombre de prises en soin réalisées en téléorthophonie. Cela rejoint le texte de l'avenant 17, qui précise que « maximum 20% de l'activité conventionnée d'un orthophoniste peut être effectuée à distance ». De plus, ce même avenant aborde la question de la territorialité qui reste un sujet sensible dans la pratique orthophonique :

La réponse à la demande de télésoin se base sur un principe de territorialité. Cette notion implique que seul un orthophoniste du même territoire que le patient peut réaliser le télésoin.

La notion de territorialité n'est pas définie comme une limite géographique. Elle repose sur le fait de pouvoir apporter une réponse de proximité permettant le recours à des soins en présentiel lorsque la situation l'exige ou que l'ensemble des actes nécessaires à la prise en charge du patient ne peut se faire à distance. (Arrêté du 13 avril 2021 portant approbation de l'avenant n° 17 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996, 2021)

Le télésoin est un outil au service de la pratique, « ce n'est pas une solution, il ne va rien changer dans la pratique professionnelle sur le plan de la densité démographique » pour Ortho4. De fait, même si des zones de tensions d'accès aux soins sont présentes sur le territoire, le développement de la téléorthophonie en France n'a pas pour but d'y répondre contrairement à certains pays comme l'Inde (Mohan et al., 2017), le Canada ou encore l'Australie.

5 Limites et perspectives

5.1 Limites

La première limite qui est apparue lors de l'analyse des résultats du questionnaire est la non-représentativité des différents modes d'exercice. Ainsi, il pourrait être intéressant d'identifier les besoins de ces orthophonistes et leur ressenti vis-à-vis du télésoin appliqué à leur exercice professionnel. La deuxième limite est le nombre d'orthophonistes interrogées pour les entretiens. Un échantillon plus conséquent aurait probablement été plus pertinent pour représenter la population, de plus, l'exercice

salarié n'est pas représenté. Une étude à plus grande échelle aurait également eu comme avantage d'avoir un état des lieux plus précis des demandes actuelles des orthophonistes en lien avec le télésoin.

5.2 Perspectives

Comme indiqué dans le paragraphe précédent, une étude ciblant les orthophonistes salariés spécifiquement, pour connaître leur ressenti et leur application du télésoin dans leur exercice professionnel, pourrait être intéressante mais potentiellement difficile à mettre en place. Un autre point pouvant être envisagé en perspective est la formation en lien avec l'outil qu'est la téléorthophonie. Une des orthophonistes interrogées était en demande de formation concernant le matériel et les supports de rééducation pouvant être utilisés en distanciel et c'est également une des données qui est ressortie du questionnaire. De plus, le fait de ne pas savoir comment mettre en place le télésoin est un des points mentionnés chez les orthophonistes n'ayant pas souhaité le pratiquer. Faire un état des lieux des orthophonistes concernant leur besoin de formation lié à la téléorthophonie semble donc intéressant. Ce sujet est d'ailleurs traité dans un mémoire par une étudiante de Toulouse cette année.

IV Conclusion

L'objectif de ce mémoire était de prendre en compte la vision des orthophonistes sur une pratique qui est à leur disposition depuis maintenant une année et d'établir si leur téléorthophonie avait changé, tant dans leur pratique que dans les représentations qu'ils s'en faisaient.

L'analyse des réponses au questionnaire diffusé par la FNO en avril 2020 a permis de faire un état des lieux d'une pratique qui n'en était alors qu'à ses balbutiements. Les entretiens ont ensuite permis de préciser l'usage du télésoin hors confinement et mis en évidence une évolution positive de la représentation du télésoin chez les orthophonistes interrogées. Des problématiques restent en suspens mais sont malgré tout moins nombreuses qu'il y a un an. De plus, avec la publication de l'avenant 17 et sa mise en application, la pratique sera plus encadrée et plus limitée dans ses dérives. La téléorthophonie reste un outil, c'est une ouverture aux possibles, qui n'a pas pour objectif de venir remplacer une pratique professionnelle en présentiel. De même que l'orthophonie est plurielle car sujette aux variations individuelles, il n'y a pas une seule téléorthophonie mais bien une multitude.

V Références

- Akhtar, R., Alam, S., & Siddiquee, N. K. A. (2019). Telemedicine : An ICT based healthcare approach to ensure health service for all. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 6(9), 3732. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20193961>
- Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (2011). *Guideline—Telepractice*. <https://www.acslpa.ca/members-applicants/key-college-documents/guidelines-protocols/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (s. d.). *Telepractice*. American Speech-Language-Hearing Association; American Speech-Language-Hearing Association. Consulté 18 mars 2021, à l'adresse https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Telepractice/#collapse_0
- Arné, J.-L. (2014). Éthique, jurisprudence et télémédecine. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 198(1), 119-130. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)31363-9](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31363-9)
- Arrêté du 13 avril 2021 portant approbation de l'avenant n° 17 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996, (2021). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043391408>
- Arrêté du 18 mai 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, (2020). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041889362>
- Arrêté du 25 mars 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire

face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, (2020).

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041755801>

Article L4341-1 du code de la santé publique, Code de la santé publique. Consulté 20

mars 2021, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155069?isSuggest=true#LEGISCTA000006155069

Article L6316-1 du code de la santé publique, Code de la santé publique. Consulté 27

février 2021, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891315/#LEGISCTA000038887063

Article L6316-2 du code de la santé publique, Code de la santé publique. Consulté 27

février 2021, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891315/#LEGISCTA000038887063

Aumont-Boucand, V. (2020). Télésoins et bégaiement : Des résultats efficients.

[//www.em-](http://www.em-)

[premium.com/data/revues/12624586/v26i149/S1262458620300157/](http://www.em-premium.com/data/revues/12624586/v26i149/S1262458620300157/).

<http://www.em.premium.com/article/1380451>

Avis relatif à l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les

orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996, (2017).

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000035880720

Castillo-Allendes, A., Contreras-Ruston, F., Cantor-Cutiva, L. C., Codino, J., Guzman,

M., Malebran, C., Manzano, C., Pavez, A., Vaiano, T., Wilder, F., & Behlau, M.

(2020). Voice Therapy in the Context of the COVID-19 Pandemic : Guidelines

for Clinical Practice. *Journal of Voice.*

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.08.001>

Corbières, M. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé Ed. 2.*
[http://docelec.univ-](http://docelec.univ-lyon1.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsvox&AN=edsvox.international.scholarvox.88908189&lang=fr&site=eds-live)

[lyon1.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsvox&AN=edsvox.international.scholarvox.88908189&lang=fr&site=eds-live](http://docelec.univ-lyon1.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsvox&AN=edsvox.international.scholarvox.88908189&lang=fr&site=eds-live)

Deygas, O. (2014). *La téléorthophonie : État des lieux et perspectives* [Mémoire d'orthophonie]. Université de Caen.

Doogan, C., Dignam, J., Copland, D., & Leff, A. (2018). Aphasia Recovery : When, How and Who to Treat? *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 18(12), 90. <https://doi.org/10.1007/s11910-018-0891-x>

DREES. (2020). *Démographie des orthophonistes en France*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

Duffy, J. R., Werven, G. W., & Aronson, A. E. (1997). Telemedicine and the diagnosis of speech and language disorders. *Mayo Clinic Proceedings*, 72(12), 1116-1122. <https://doi.org/10.4065/72.12.1116>

Dufournier, P. (2016). La rééducation orthophonique via un dispositif FOAD, vers une nouvelle approche de l'orthophonie. In N.-G. Joyeux & S. Topouzkhianian, *Orthophonie et technologies innovantes* (p. 471-497). Ortho édition.

Dufournier, P. (2017). *De la formation ouverte à distance à la rééducation orthophonique à distance : Vers une nouvelle approche enrichie de l'orthophonie ?* [Thèse en sciences de l'éducation, Université de Lyon]. HAL archives ouvertes. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01807657>

- Durupt, M., Bouchy, O., Christophe, S., Kivits, J., & Boivin, J.-M. (2016). La télémedecine en zones rurales : Représentations et expériences de médecins généralistes. *Sante Publique*, Vol. 28(4), 487-497.
- FNO. (2021). *La FNO a signé l'avenant 17 à la convention ! – Fédération Nationale des Orthophonistes*. <https://www.fno.fr/actualites/cadre-legislatif/la-fno-a-signé-lavenant-17-a-la-convention/>
- Fong, R., Tsai, C. F., & Yiu, O. Y. (2020). The Implementation of Telepractice in Speech Language Pathology in Hong Kong During the COVID-19 Pandemic. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0223>
- Freckmann, A., Hines, M., & Lincoln, M. (2017). Clinicians' perspectives of therapeutic alliance in face-to-face and telepractice speech-language pathology sessions. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19(3), 287-296. <https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1292547>
- Hacot, A. (2019). *La place des nouvelles technologies dans la pratique orthophonique : Questionnaire aux professionnels*. [Mémoire d'orthophonie]. Université de Lille.
- Hallay-Dufour, M. (2020). Les origines de la fatigue liée au télésoin. [//www.em-premium.com/data/revues/12624586/v26i149/S1262458620300169/](http://www.em-premium.com/data/revues/12624586/v26i149/S1262458620300169/).
<http://www.em.premium.com/article/1380452>
- HAS. (2020). *Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 : Téléconsultation et télésoin*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-telesoin
- Haute Autorité de Santé. (2021). *Qualité et sécurité du télésoin : Critères d'éligibilité et bonnes pratiques pour la mise en œuvre*. <https://www.has->

sante.fr/jcms/p_3240878/fr/qualite-et-securite-du-tesoin-criteres-d-eligibilite-et-bonnes-pratiques-pour-la-mise-en-oeuvre

Houston, K. T. (Éd.). (2014). *Telepractice in speech-language pathology*. Plural Publishing, Inc.

Lanaud, A., & Kim, V. (2016). *Analyse des pratiques professionnelles en téléorthophonie : Étude de 3 cas uniques* [Mémoire d'orthophonie, Université Paris VI Pierre et Marie Curie]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01375431>

LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, 2004-810 (2004). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158/>

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 (2009).

LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), 2019-774 (2019).

Lupton, D., & Maslen, S. (2017). Telemedicine and the senses : A review. *Sociology of Health & Illness*, 39(8), 1557-1571. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12617>

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2016). *Stratégie nationale e-santé 2020*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/marisol-touraine-presente-la-strategie-nationale-e-sante-2020-318325>

Mohan, H. S., Anjum, A., & Rao, P. K. S. (2017). A Survey of Telepractice in Speech-Language Pathology and Audiology in India. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(2), 69-80. <https://doi.org/10.5195/ijt.2017.6233>

Moulin, T., & Salles, N. (2017). Stratégie nationale de santé, désert médicaux et accès aux soins : Une réponse opérationnelle La Télémédecine. *European Research*

- in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télé médecine*, 6(3), 103-106.
<https://doi.org/10.1016/j.eurtel.2017.10.004>
- Mun, S. K., & Turner, J. W. (1999). Telemedicine : Emerging e-medicine. *Annual Review of Biomedical Engineering*, 1, 589-610.
<https://doi.org/10.1146/annurev.bioeng.1.1.589>
- OAC. (2015). *Exposé de position d'OAC : l'utilisation de la télépratique par les orthophonistes et les audiologistes membres d'OAC*. <https://www.oac-sac.ca/ressources-professionnelles/biblioth%C3%A8que-de-ressources/expos%C3%A9-de-position-sur-l'utilisation-de-la>
- Planque-Bonini, A.-L. (2020). La téléorthophonie : Pratique, mais à parfaire. [//www.em-premium.com/data/revues/12624586/v26i149/S1262458620300145/](http://www.em-premium.com/data/revues/12624586/v26i149/S1262458620300145/).
<http://www.em.premium.com/article/1380450>
- Riberi, G. (2016). *Téléorthophonie : L'éloignement met-il à distance la relation thérapeutique ?* [Mémoire d'orthophonie, Université Nice Sophia Antipolis]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01482241>
- Speech Pathology Australia Association. (2014). *Telepractice in Speech Pathology—Position Statement*.
https://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/Members/Position_Statements/SPAweb/Members/Position_Statements/Position_Statements.aspx?hkey=b1a46941-246c-4609-bacc-1c1b5c52d19d
- Strehle, E. M., & Shabde, N. (2006). One hundred years of telemedicine : Does this new technology have a place in paediatrics? *Archives of Disease in Childhood*, 91(12), 956-959. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.099622>

- The Australasian Telehealth Society. (2013). *Towards a National Strategy for Telehealth in Australia 2013-2018*. <http://www.aths.org.au/resources/a-national-telehealth-strategy-for-australia/>
- Theodoros, D. (2012). A new era in speech-language pathology practice : Innovation and diversification. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 189-199. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.639390>
- Tohidast, S. A., Mansuri, B., Bagheri, R., & Azimi, H. (2020). Provision of speech-language pathology services for the treatment of speech and language disorders in children during the COVID-19 pandemic : Problems, concerns, and solutions. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 138, 110262. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110262>
- Wertz, R. T., Dronkers, N. F., Bernstein-Ellis, E., Shubitowski, Y., Elman, R., & Shenaut, G. K. (1987). Appraisal and Diagnosis of Neurogenic Communication Disorders in Remote Settings. *Clinical Aphasiology*, 17, 117-123. <http://aphasiology.pitt.edu/925/>
- WHO Group Consultation on Health Telematics. (1997). *A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development : Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11-16 December, Geneva, 1997 (WHO/DGO/98.1). Article WHO/DGO/98.1*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857>

Annexe A – Glossaire

AMO : Acte Médical d'Orthophonie

ASHA : American Speech-Language-Hearing Association

CCO : Certificat de Capacité d'Orthophoniste

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

FNO : Fédération Nationale des Orthophonistes

FOAD : Formation Ouverte et à Distance

OAC : Orthophonie et Audiologie Canada

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROAD : Rééducation Orthophonique à Distance

SFT : Société Française de Télémédecine

SPAA : Speech Pathology Association of Australia

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

Annexe B – Notice d’information envoyée aux orthophonistes

Madame, Monsieur

Nous vous proposons de participer de façon volontaire à un entretien sur la question de la représentation du télésoin en orthophonie chez les orthophonistes.

Vous êtes libre d’accepter ou de refuser de participer à ce recueil de données. Si vous acceptez, vous pouvez décider à tout moment d’arrêter votre participation sans donner de justification et sans conséquence particulière.

Vous pourrez prendre le temps de lire et comprendre toutes les informations présentées ici, réfléchir à votre participation, et poser toute question éventuelle au responsable de l’étude (Le directeur de mémoire, Mme Sylvia TOPOUZKHANIAN) ou à la personne réalisant le recueil de données (l’étudiante, Laura BERTIN).

But de l’étude

Cette étude a pour but d’analyser les représentations du télésoin en orthophonie chez les orthophonistes. La pratique ayant été autorisée dans le contexte de la situation sanitaire exceptionnelle due à la COVID-19, il s’agit d’étudier l’évolution de ces représentations en lien avec la pratique de l’exercice.

Déroulement et méthode

Les entretiens se dérouleront sur la période de février 2021 à avril 2021 puis une analyse des données recueillies sera réalisée. En raison de la situation sanitaire, un entretien en visioconférence sera privilégié.

Critères d’inclusion

Être un orthophoniste exerçant en libéral ou en salariat et ayant pu pratiquer le télésoin.

Frais

Votre collaboration à ce recueil de données n’entraînera pas de participation financière de votre part.

Législation – Confidentialité

Toute donnée vous concernant sera traitée de façon confidentielle. 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 (le Directeur du Mémoire). La collecte et le traitement de données identifiantes ou susceptibles d'être identifiantes s'effectuent dans le respect des normes en vigueur relatives à la protection des données personnelles, notamment les dispositions du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (« RGPD ») et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 (loi dite « Informatique et Libertés »).

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

Bénéfices potentiels

La finalité de cette étude est de mieux percevoir les forces et les faiblesses de la pratique du télésoin en orthophonie.

Risques potentiels

Le recueil de données ne présente aucun risque sérieux prévisible pour les personnes qui s'y prêteront.

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

Annexe C

Critères évoqués dans la décision de ne pas pratiquer la téléorthophonie classés du plus fréquent au moins fréquent

Critère de non mise en place du télésoin	Nombre de répondants	Nombre de répondants (%)
Le profil patient ne s'y prêtait pas	1 617	48,02
Arrêt de travail pour garde d'enfants	1 234	36,65
Réserves concernant le télésoin	1 112	33,03
Patient non équipés	997	29,61
Contre le principe du télésoin	570	16,93
Ne sais pas comment le mettre en place	554	16,45
Orthophoniste non équipé	478	14,20
Difficultés techniques (orthophoniste)	319	9,47
Difficultés techniques (patient)	220	6,53
Arrêt de travail	168	4,99
Autre	87	2,58
Intervention en présentiel	17	0,50
Employeur non équipé (salarial)	13	0,39
L'employeur ne l'a pas permis (salarial)	10	0,30

Annexe D

Actes pratiqués en téléorthophonie

Actes	Nombre de répondants	Pourcentage de répondants
AMO 10 - Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture	47	1,78
AMO 10,1 - Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit	2 248	85,02
AMO 10,2 - Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dyscalculie, troubles du raisonnement logico-mathématique ...)	878	33,21
AMO 11 - Rééducation des dysphagies	80	3,03
AMO 12 - Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ ou éducation à la pratique de la lecture labiale	69	2,61
AMO 12,1 - Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral	1 585	59,95
12,2 - Rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence,	346	13,09
AMO 12,6 - Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance pour un patient de 3 à 6 ans inclus	1 211	45,80
AMO 13,5 - Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité	378	14,30
AMO 13,8 - Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques)	907	34,30
AMO 14 - Rééducation des dysphasies	964	36,46
AMO 15,4 - Démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire	202	7,64
AMO 15,6 - Rééducation et/ ou maintien et/ ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives	932	35,25
AMO 15,7 - Rééducation et/ ou maintien et/ ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post traumatique	1 167	44,14

