



<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>



N° de mémoire 2332

Mémoire d'Orthophonie

présenté pour l'obtention du

Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

CHAILLARD Caroline

**La pratique orthophonique intensive : une perspective de
réponse à la demande de soins dans les déserts médicaux**

Enquête par questionnaire et entretiens semi-dirigés

Mémoire dirigé par

**BOUCHALAIS Alexis
POTTELAİN Maëlle**

Mémoire évalué par

**BOUQUAND Johanne
SARRODET Bruno**

Année académique

2022-2023

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION
DEPARTEMENT ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. Jacques LUAUTÉ

Équipe de direction du département d'orthophonie

Directeur de formation
Solveig CHAPUIS

Coordinateur de cycle 1
Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2
Ségolène CHOPARD

Responsables de l'enseignement clinique
Johanne BOUQUAND
Ségolène CHOPARD
Alice MICHEL-JOMBART

Responsables des travaux de recherche
Mélanie CANAULT
Floriane DELPHIN-COMBE
Claire GENTIL
Nicolas PETIT

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité
Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité
Audran ARRAMBOURG
Sigolène-Victoria CHEVALIER
Danièle FEDERICI

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Mme BROCHIER Céline

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Vice-président CR
M. HONNERAT Jérôme
Délégué de la Commission Recherche Secteur
Santé

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1 Secteur Santé

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

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Pr. DUSSART Claude

U.F.R. de Médecine et de maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux Doyenne
Pr. PAPAREL Philippe

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Pr LUAUTÉ Jacques

U.F.R. d'Odontologie
Pr. MAURIN Jean-Christophe

2 Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des Sciences
Directeur **M. ANDRIOLETTI Bruno**

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

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme GIESELER Kathrin**

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

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

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

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

Résumé

Obtenir un rendez-vous auprès d'un orthophoniste est difficile. Cette problématique est d'autant plus présente dans les déserts médicaux, où les professionnels de santé, déjà peu nombreux, se raréfient. Malgré différents dispositifs mis en place par les Agences régionales de santé et l'Assurance Maladie, la situation reste préoccupante, avec des délais et des listes d'attente toujours plus longs. La problématique suivante se pose : comment, avec les moyens actuels, répondre à la demande croissante de prise en soin orthophonique dans les déserts médicaux ?

Une piste émerge par le biais de la pratique intensive. L'objectif de cette recherche est d'établir un état des lieux de la pratique intensive et de son application dans le cadre des pathologies les plus représentées parmi la patientèle. Ainsi, trois hypothèses ont été testées : le lieu d'exercice et l'expérience des orthophonistes ont-ils une influence sur la nature de leur pratique ? Dans quelle mesure une rééducation intensive a-t-elle un effet sur le renouvellement de la patientèle en langage oral et en langage écrit ? La pratique intensive peut-elle être proposée comme moyen pour répondre à la demande de prise en soin dans les déserts médicaux ?

Pour répondre à ces interrogations, un questionnaire en ligne a été rempli par 125 orthophonistes. Ces données quantitatives ont été complétées par des données qualitatives issues de huit entretiens semi-dirigés. Les résultats obtenus permettent d'établir un état des lieux de la pratique intensive en orthophonie. Ainsi, seuls 36% des orthophonistes, qu'ils exercent dans un désert médical ou non, déclarent avoir une pratique intensive. La plupart sont diplômés depuis moins de 10 ans. La pratique intensive leur permet des rééducations plus courtes et ainsi un renouvellement de patients plus dynamique. Elle pourrait donc être envisagée comme un moyen performant pour répondre à la demande de prise en soin orthophonique.

Mots-clés : pratiques professionnelles - désert médical - pratique intensive - orthophonie - trouble spécifique du langage oral - trouble de l'apprentissage du langage écrit

Abstract

Getting an appointment with a speech therapist is difficult. This problem is even more present in medically underserved areas where fewer and fewer health professionals settle down. Despite various plans put in place by the Regional Health Agencies and the Health Insurance, the situation remains worrying, with ever longer waiting times for patients and ever-full waiting lists for professionals. Then how, with the available means, can we meet the growing demand for speech therapy in these areas in need?

One way to answer this question emerges through intensive practice. The aim of this work is to establish an inventory of a high treatment intensity practice and its application in the context of the most represented pathologies among the patient population. Thus, three hypotheses were tested: do the workplace and the speech therapists' experience have an influence on the nature of their practice? To what extent does intensive rehabilitation have an effect on the renewal of the patients in language disorders and in reading disorders? Can an intensive care practice be proposed as a mean to meet the demand for care in medically underserved areas? To answer these questions, an online questionnaire was completed by 125 speech therapists. These quantitative data were supplemented by qualitative data from eight semi-structured interviews. The results obtained make it possible to establish an inventory of high treatment intensity practice in speech therapy. Thus, only 36% of speech therapists, whether they practice in a medically underserved area or not, declare that they put in place an intensive care practice. Most of them graduated less than 10 years ago. Intensive practice allows for shorter rehabilitations and thus a more dynamic turnover of patients. It could therefore be considered as an efficient mean of meeting the demand for speech therapy.

Keywords: professional practice - medically underserved area - treatment intensity - speech and language therapy - specific language disorder - written language disorder

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes directeurs de mémoire, M. Alexis Bouchalais et Mme Maëlle Pottelain, pour leur accompagnement, leur disponibilité, leur patience, leur bienveillance et leurs encouragements tout au long de ce projet. Merci d'avoir accepté de me suivre dans cette aventure, d'avoir cru en mon sujet et en moi. Merci d'avoir été un soutien si essentiel à l'élaboration de ce mémoire.

J'adresse ma gratitude envers l'équipe pédagogique et administrative de l'ISTR pour la qualité des enseignements dispensés, et plus particulièrement à Mme Floriane Delphin-Combe, Mme Agnès Witko, M. Guillaume Jaubert et M. Nicolas Guillot pour leur aide précieuse dans le cadre de ce travail.

Merci à mes formidables maîtres de stage, pour avoir fait naître mon sujet et avoir participé aux premières étapes de l'élaboration de ce mémoire. A Isabelle, pour sa bienveillance et sa réassurance pendant cette cinquième année d'études.

Un grand merci également à tous les orthophonistes qui ont participé au recueil de données, et plus particulièrement à celles qui se sont prêtées au jeu une deuxième fois pour les entretiens. Merci pour vos réponses indispensables et vos messages enthousiastes.

A mes amis, pour leur humour et leur présence : Andréa, Florent, Delphine, Timothée, Elisabeth, Romain, Coline, Albin, Baptiste, Mathilde et Alexandre.

Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance envers mes proches. Merci à mon papa Patrick et ma deuxième maman Sandrine pour leur soutien. A ma maman Béatrice, pour ses encouragements tout au long de cette année malgré la distance. A Clément, mon rayon de soleil.

Enfin, je souhaite adresser une mention spéciale à mes chats Garfield, Suki et Tinka, pour le réconfort chaotique qu'ils m'ont apporté.

Table des matières

I	Partie théorique	1
1	Introduction générale.....	1
2	La demande de soins en orthophonie.....	2
2.1	Définition des déserts médicaux.....	2
2.2	L'accès aux soins en orthophonie.....	2
3	La prise en soin intensive	3
3.1	Définitions de l'intensité de prise en soin.....	3
3.2	Moyens pour augmenter l'intensité de la prise en soin en orthophonie.....	3
3.3	Définir l'intensité optimale d'intervention : l'absence de consensus scientifique ..	4
4	La rééducation intensive dans la prise en soin des pathologies du langage oral et du langage écrit.....	6
4.1	Les recommandations de bonne pratique clinique	6
4.2	La pratique intensive appliquée au langage oral.....	7
4.3	La pratique intensive appliquée au langage écrit	10
5	Synthèse de la partie théorique et problématique.....	11
II	Méthode	12
1	Objectifs de l'étude.....	12
2	Phase 1 : questionnaire en ligne	12
2.1	Population	12
2.2	Matériel	12
2.3	Procédure.....	14
3	Phase 2 : entretiens semi-dirigés.....	15
3.1	Population	15
3.2	Matériel	15
3.3	Procédure.....	16
III	Résultats	17
1	Population ciblée	17
1.1	Profils des répondants.....	17
1.2	Distribution des lieux d'exercice	17
2	Les pratiques autour des listes d'attente.....	18
2.1	Quantification de la demande de soins en orthophonie et disparités territoriales	18
3	Diffusion de la pratique intensive dans l'exercice clinique des orthophonistes	18
3.1	Définition de la pratique intensive.....	18
3.2	Application clinique de ce type de prise en soin.....	19

4	La pratique intensive pour les pathologies du langage oral et du langage écrit.....	20
4.1	Prévalence et durée des prises en soin pour ces types de pathologie.....	20
4.2	Application clinique de la pratique intensive pour ce type de prise en soin	21
5	Moyens pour répondre à la demande de soins dans les déserts médicaux	23
5.1	Avis des orthophonistes sur différents moyens proposés	23
5.2	Aides à l'installation dans les déserts médicaux	24
IV	Discussion	25
1	Résumé des objectifs de l'étude.....	25
2	Synthèse des observations.....	25
2.1	Le lieu d'exercice et l'expérience des orthophonistes ont-ils une influence sur la nature de leur pratique ?	25
2.2	Dans quelle mesure une rééducation intensive a-t-elle un effet sur le renouvellement de la patientèle en langage oral et en langage écrit ?	26
2.3	La pratique intensive peut-elle être proposée comme un moyen pour répondre à la demande de prise en soin dans les déserts médicaux ?	27
2.4	Mise en relation des résultats quantitatifs et qualitatifs	28
3	Retours sur cette étude	28
3.1	Limites et perspectives	28
3.2	Évaluation de l'impact pour le métier d'orthophoniste	30
V	Conclusion	32
VI	Références	33
VII	Annexes	

I Partie théorique

1 Introduction générale

En 2023, le nombre d'orthophonistes exerçant sur le territoire français était de 26 882 (ADELI, 2023). Au 31 décembre 2022, la densité moyenne était de 31,7 orthophonistes pour 100 000 habitants sur le territoire français (FNPS - INSEE, 2022). L'arrivée de nouveaux orthophonistes diplômés représente une croissance de l'effectif d'environ 4% par an, mais celle-ci est compromise par un taux de professionnels proches du départ à la retraite de 15,6%. Ainsi, dans un contexte où la prise en soin de pathologies chroniques augmente, couplée à une meilleure connaissance des soins orthophoniques par la population, la demande de soins en orthophonie augmente plus rapidement que le nombre d'orthophonistes diplômés en France (Benchimol et al., 2022).

Dans cet environnement en pénurie d'orthophonistes, les délais pour l'obtention d'un rendez-vous continuent de s'allonger. Cela entraîne des prises en soins tardives chez des patients en détresse. Cette problématique s'inscrit également dans un contexte où les rééducations en cours sont souvent longues de plusieurs années, dans le cadre de pathologies chroniques, ce qui complexifie le renouvellement de la patientèle. Pourtant, devant l'urgence de la situation, il semble essentiel de trouver un moyen de répondre à la demande croissante de soins en orthophonie avec les outils actuellement à disposition des orthophonistes.

Une piste se profile par le biais de la pratique intensive. Cependant, cette modalité de prise en soin reste à ce jour encore peu développée. Afin de pouvoir l'utiliser efficacement, il est nécessaire de connaître son articulation dans la pratique clinique des orthophonistes ainsi que ses effets sur la prise en soin. Ce travail a pour objectif d'apporter des éléments permettant de déterminer la pertinence de la pratique intensive comme moyen pour répondre à la demande de prise en soin orthophonique. Il s'articule en trois grandes parties. Dans un premier temps, une partie théorique évalue la demande de soins en orthophonie dans les déserts médicaux, puis tente de proposer une définition de la pratique intensive, avant de développer ses applications dans la rééducation des pathologies du langage oral et du langage écrit. Dans un deuxième temps, la présentation de la méthodologie, basée sur un questionnaire auprès d'orthophonistes et des entretiens avec des participants ayant répondu au questionnaire, décrit les modalités et les enjeux du recueil de données. Enfin, les résultats sont présentés et analysés afin de déterminer si la prise en soin intensive peut constituer ou non un moyen pour répondre à la demande de soins en orthophonie.

2 La demande de soins en orthophonie

2.1 Définition des déserts médicaux

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « les inégalités en santé sont des différences en ce qui concerne l'état de santé ou la répartition des ressources entre différents groupes de la population [...] qui pourraient être réduites au moyen de politiques publiques équilibrées » (Wagstaff, 2022). Les zones concernées par ces inégalités en santé sont plus communément appelées « déserts médicaux ». Majoritairement rurales, elles font face à de grandes difficultés d'accès aux soins qui concernent toutes les professions de santé, médicales comme paramédicales (Chevillard & Lucas-Gabrielli, 2018).

La cartographie de l'accès aux soins en orthophonie sur les différentes zones du territoire français actuellement disponible a été effectuée en 2018, en suivant une méthodologie commune à toutes les Agences régionales de santé (ARS) (Arrêté du 31 mai 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'orthophoniste pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, 2018). La répartition des zones est calculée en prenant en compte la densité pondérée standardisée de population et l'installation éventuelle d'un orthophoniste en équivalent temps plein (ETP) sur le territoire concerné. Ainsi, d'après l'arrêté du 31 mai 2018, 9% de la population française vit dans une zone sous-dotée en orthophonistes, et 12,8% vit en zone très sous-dotée. En pratique, cela correspond à une densité que l'on peut retrouver dans certains départements ruraux comme le Cantal (13,3 orthophonistes pour 100 000 habitants) ou encore la Creuse, où l'on trouve 9,2 orthophonistes libéraux pour 100 000 habitants (DREES, 2019).

2.2 L'accès aux soins en orthophonie

Bien que la distribution des orthophonistes sur le territoire français soit plus dense autour des métropoles (Atlasanté, 2019), la probabilité d'obtenir un rendez-vous rapide pour de nouveaux patients n'excède pas 20%, même dans les zones les mieux dotées en orthophonistes (Benchimol et al., 2022). Selon les mêmes auteurs, ce chiffre n'atteint pas 5% dans les régions les plus rurales, avec des délais d'obtention d'un rendez-vous qui peuvent aller jusqu'à 3 mois pour les prises en soin les plus urgentes. De nombreux orthophonistes sont contraints de mettre les nouveaux patients sur des listes d'attente, qui elles, correspondent à plusieurs mois voire des années avant d'obtenir un premier rendez-vous. D'après cette même étude, 90% des répondants ne peuvent plus proposer de rendez-vous pour un bilan orthophonique.

L'accès aux soins en orthophonie est devenu un enjeu de santé publique tant il est difficile pour la population française de trouver un orthophoniste. Cette précarité dans l'accès aux soins est d'autant plus importante dans les déserts médicaux (Chevillard & Lucas-Gabrielli, 2018).

3 La prise en soin intensive

3.1 Définitions de l'intensité de prise en soin

La prise en soin intensive est une modalité thérapeutique qui consiste à mener une intervention auprès du patient sur des périodes rapprochées et répétées dans le temps.

L'intensité d'une intervention est déterminée par plusieurs facteurs. D'après l'étude de Warren et al. (2007), la « forme » d'une intervention est l'activité ou la tâche travaillée durant celle-ci. La forme de l'intervention est également appelée « ingrédient actif ». La « dose » correspond au nombre d'actes thérapeutiques ou d'actions de la part du patient pour chaque séance. La « fréquence » est le nombre de séances sur une durée déterminée : par jour, par semaine, ou encore par mois. La « durée d'intervention » correspond au nombre de semaines ou de mois pendant lesquels l'intervention s'est déroulée. Enfin, « l'intensité cumulée de l'intervention » correspond à la dose, multipliée par la fréquence, multipliée par la durée d'intervention.

Les ingrédients actifs sont les éléments-clés de l'efficacité d'un traitement (Togher, 2012). Déterminer l'intensité du traitement est fondamental pour une meilleure identification des ingrédients actifs ; une prise en soin de qualité correspond à une intervention de la meilleure forme possible, aussi souvent et longtemps que nécessaire (Baker, 2012). Ces ingrédients actifs correspondent à l'agent d'intervention, le contexte d'intervention, la technique d'intervention, le dosage de l'intervention et la façon dont est mesuré l'objectif (Delage, 2021 ; HAS, 2022).

3.2 Moyens pour augmenter l'intensité de la prise en soin en orthophonie

L'intensité d'une prise en soin orthophonique est un facteur d'obtention de résultats prometteurs selon certaines études. Chez les patients aphasiques, l'orthophonie intensive, à raison de 24 heures de traitement sur une période de 6 à 22 semaines, soit entre 1h et 4h par semaine, permet de favoriser significativement la communication fonctionnelle, les productions en langage écrit, et d'être adaptée aux troubles sévères du langage et de la communication (Enderby, 2012). A défaut de pouvoir programmer suffisamment de séances d'orthophonie, augmenter l'intensité d'une prise en soin peut se faire de différentes façons, d'après le même auteur.

La première façon est d'impliquer l'entourage du patient (famille, personnel soignant, etc.), pour soutenir et encourager le patient à lui faire pratiquer des exercices en lien avec ce qui

est travaillé en séance. Baker (2012) et Togher (2012) mentionnent ainsi « Speech Language Therapy (SLP) contribution » (une prise en soin orthophonique directe [traduction libre]) de 30 minutes par semaine et « Non-SLP contribution » (une prise en soin indirecte [traduction libre]) qui consiste à reprendre, avec l'entourage, ce qui a été travaillé en séance. Chez des patients ayant subi un traumatisme crânien, l'étude de Togher (2012) a analysé les effets de l'entraînement d'une personne de l'entourage, appelée « partenaire de communication » à des stratégies positives conversationnelles. L'implication du partenaire de communication a permis de s'assurer que les exercices quotidiens avaient été faits, et les patients ont manifesté une progression importante et maintenue au-delà de 6 mois après l'intervention. Ils se sont également sentis égaux à leur partenaire de communication, comme ils pouvaient l'être avant leur traumatisme crânien. L'entourage du patient peut donc avoir un réel rôle à jouer dans la rééducation.

D'autre part, une assistance technologique via des applications mobiles peut également être envisagée comme moyen d'intensifier la prise en soin, si le patient est motivé par ces supports (Enderby, 2012). Il existe des applications pour travailler le développement et la précision phonologique, la voix, le contrôle respiratoire, l'évocation lexicale, la lecture, et la reconnaissance. De plus, le patient accepte plus facilement les retours négatifs s'ils viennent de l'ordinateur, pourtant moins indulgent que l'orthophoniste. Cependant, il faut s'assurer que la cible est cohérente avec la vie quotidienne du patient (Togher, 2012).

Enfin, toujours d'après Enderby (2012), la dernière façon correspond à l'autogestion : le patient est l'acteur principal de sa rééducation, il connaît sa pathologie et les méthodes pour éviter ou contrôler les symptômes.

3.3 Définir l'intensité optimale d'intervention : l'absence de consensus scientifique

Le fait de déterminer l'intensité et la fréquence du traitement est influencé par le thérapeute et par le patient (Enderby, 2012). En effet, la disponibilité de la famille a un effet sur leur participation dans la rééducation. De plus, dans certains pays, notamment anglophones, l'aspect économique de la prise en charge peut influencer le nombre de séances et donc l'intensité de la prise en charge. Ce cas de figure ne s'applique pas en France, où les frais engagés par les familles sont remboursés. Les orthophonistes ont ainsi davantage la possibilité de moduler le nombre de leurs séances en fonction des besoins du patient avec un faible impact économique pour ce dernier.

L'intensité optimale d'une intervention est difficile à évaluer en raison de la présence de nombreux facteurs d'influence (Baker, 2012). En effet, la cible de l'intervention et/ou l'expertise du clinicien peuvent elles-mêmes influencer le nombre de séances et la durée. En outre, la distance au cabinet d'orthophonie, le soutien de l'entourage, la motivation et la connaissance de la pathologie sont autant de paramètres qui vont influencer l'adhésion à une

prise en soin intensive. En effet, il a été démontré qu'à même intensité d'une même intervention effectuée par le même thérapeute, certains enfants peuvent mettre 7 semaines comme 5 mois à atteindre la même cible (Baker & McLeod, 2004). Cela montre l'importance de prendre en compte le patient dans sa globalité et de lui proposer une prise en soin cohérente avec son quotidien. Enfin, toujours d'après Baker (2012), chez les patients qui présentent des comorbidités, l'intensité optimale d'intervention doit être déduite des preuves scientifiques qui existent pour chaque pathologie isolée.

Warren et al. (2007) soulèvent également d'autres problématiques liées à la méconnaissance de l'intensité optimale d'intervention. En effet, l'efficacité d'un traitement peut varier selon l'intensité de la prise en charge. De plus, cette intensité peut avoir différents effets selon le profil cognitif et communicationnel des enfants ; des séances courtes où le dosage est élevé peuvent ne pas leur convenir, contrairement à des séances plus longues et/ou plus fréquentes. C'est également le cas chez les patients aphasiques, à qui une intensité de traitement trop élevée (7h à 20h de thérapie par semaine) ne convient pas toujours (Enderby, 2012). En outre, une intervention intensive peut avoir des effets secondaires potentiels, comme augmenter le nombre de comportements problématiques selon le patient, ou encore augmenter le stress parental au point d'avoir un impact négatif sur les interactions avec leur enfant (Warren et al., 2007). A contrario, si une part du stress parental est liée au retard de communication de leur enfant, une intervention intensive peut contribuer à réduire ce stress. Enfin, l'efficacité du traitement ne doit pas être mesurée uniquement par des évaluations standardisées, mais aussi par le vécu de la personne qui reçoit le traitement et par celui de son entourage (Togher, 2012).

Certains domaines de l'orthophonie, comme l'aphasiologie (Enderby, 2012), bénéficient d'un plus grand nombre de recherches que d'autres lorsqu'il s'agit d'établir l'intensité optimale d'intervention (Baker, 2012). Il convient d'identifier les meilleures formes d'utilisation des ingrédients actifs au travers d'expérimentations et de mesures des différents aspects de la prise en soin intensive auprès de pathologies variées. Néanmoins, comme le mentionne Togher (2012), l'intensité d'un traitement ne consiste pas seulement à compter le nombre d'heures de traitement qu'une personne reçoit, ni le nombre de fois qu'une compétence particulière est pratiquée. Aussi, l'absence de consensus sur la question « quelle quantité de traitement est suffisante ? » nous laisse à ce jour sans réponse claire.

4 La rééducation intensive dans la prise en soin des pathologies du langage oral et du langage écrit

4.1 Les recommandations de bonne pratique clinique

Les pathologies du langage oral et du langage écrit sont parmi les plus présentes au sein de la patientèle des orthophonistes. En effet, les troubles du langage oral représentent 20% à 30% des enfants de 3 à 6 ans (ANAES, 2001), tandis que les troubles du langage écrit concernent entre 25% et 50% de la patientèle des orthophonistes (HAS, 2022). Cette prévalence élevée motive l'application de la pratique intensive à ces domaines de prise en soin.

La pertinence des actes et la qualité des soins reposent sur cinq piliers. Le premier d'entre eux est la balance entre les bénéfices et les risques de l'intervention. Le suivant est la probabilité que l'intervention puisse aboutir aux résultats attendus comparé à d'autres traitements. Le troisième pilier repose sur la qualité de l'intervention au regard de standards. Enfin, les deux derniers piliers sont la prise en compte des préférences des patients et la prise en compte du contexte social, culturel, et de la disponibilité des ressources de santé (HAS, 2013).

Les Recommandations pour la pratique clinique (RPC) sont des documents destinés aux professionnels de santé. Ils sont co-écrits par des chercheurs et des praticiens et synthétisent les nouvelles connaissances théoriques sur un thème défini (Maillart & Durieux, 2014). Ils permettent aux professionnels de santé d'actualiser leurs connaissances théoriques sans consacrer un temps important à la lecture d'articles de recherche, ce qui facilite et encourage ainsi une pratique basée sur des preuves scientifiques (Evidence-Based Practice). Ces documents ont pour objectif de conduire à des changements dans la pratique clinique en fonction des données de la recherche, et ainsi d'améliorer la qualité des soins prodigués. Les RPC participent donc aux trois premiers piliers de la pertinence des actes et de la qualité des soins (HAS, 2013). L'intensité de la prise en soin fait partie des RPC.

Le quatrième pilier de pertinence des actes repose sur la prise en compte des préférences des patients. Celle-ci peut s'effectuer sur des modalités explicites ou écologiques du traitement, les conditions de réalisation du traitement comme la fréquence de la prise en soin, individuelle ou en groupe, ou encore sur la cible travaillée (Martinez-Perez et al., 2015). Ainsi, d'après ces mêmes auteurs, il est essentiel d'identifier les ingrédients actifs de la prise en soin, c'est-à-dire les éléments qui permettront d'avoir des objectifs thérapeutiques plus précis et donc de gagner en efficacité. Ces objectifs thérapeutiques peuvent également faire l'objet de mesures régulières en utilisant des lignes de base afin de quantifier précisément les progrès du patient et d'évaluer plus facilement le moment où ces objectifs sont atteints. Ces

lignes de base consistent à décrire le comportement attendu, la cible travaillée, le contexte d'apparition de la cible et le critère d'atteinte (Delage, 2022).

Enfin, le cinquième pilier repose sur la prise en compte du contexte social, culturel et de la disponibilité des ressources de santé. Face aux tensions ressenties par les professions de santé (Benchimol et al., 2022; Chevillard & Lucas-Gabrielli, 2018), une pratique basée sur les preuves scientifiques (EBP) permettrait de proposer des objectifs ciblés et de maximiser ainsi l'efficacité de la prise en soin.

4.2 La pratique intensive appliquée au langage oral

Les données sur les pathologies du langage oral varient selon le type d'atteinte. Les études existantes portent sur les effets d'une intervention intensive dans les domaines de la phonologie, du lexique et de la morphosyntaxe.

Sur le plan phonologique, la littérature scientifique décrit des interventions intensives pour les Troubles des Sons de la Parole (TSP) et la Dyspraxie Verbale (DV) (Kaipa & Peterson, 2016). Il n'existe à ce jour pas d'étude au sujet de l'intervention intensive en phonologie pour les enfants ayant un Trouble Développementale du Langage (TDL) ; il existe cependant une forte comorbidité entre le TDL et le TSP, ce qui peut permettre d'isoler des ingrédients actifs dans la littérature au sujet des TSP pour améliorer la prise en soin des TDL (Frizelle et al., 2021a, 2021b). Plusieurs approches sont utilisées dans des interventions auprès d'enfants TSP d'âge pré-scolaire, qui durent entre 3 et 67 séances de 30 à 60 minutes chacune (Wren et al., 2018). Tout d'abord, l'approche écologique s'appuie sur la reformulation des cibles erronées et la modélisation. Elle n'a pas d'effet direct sur la cible, mais a un impact positif sur l'intelligibilité des enfants. L'approche perceptive, qui concerne la perception phonémique, la reconnaissance des lettres, l'association grapho-phonémique et la rime, a un effet positif sur la production des cibles. L'approche cognitivo-linguistique, quant à elle, repose sur le travail par paires minimales et/ou par complexité. L'approche par imitation permet également d'avoir un effet positif sur la complexité articulatoire. Enfin, d'après les mêmes auteurs, l'approche intégrative, ou combinée, permet d'avoir des résultats probants sur les techniques qui combinent 2 ou plus des 4 types d'approches précédemment cités. Ces approches sont citées dans une autre étude comme étant efficaces sous un format intensif de 2 à 3 séances de 30 à 60 minutes par semaine (Delage, 2021), pour les enfants présentant un TSP. D'autres recherches ont étudié les effets d'un autre format intensif de 3 séances par semaine pendant 8 semaines en comparaison avec une séance par semaine pendant 24 semaines, où l'intensité cumulée de l'intervention est identique (Kaipa & Peterson, 2016). Ainsi, les enfants ayant suivi le format de 3 séances hebdomadaires ont eu de meilleurs résultats que ceux suivis une fois par semaine (Allen, 2013). En revanche, il n'y a pas de données sur le maintien des acquisitions sur le long terme. Kaipa & Peterson (2016) ont également effectué une revue

de littérature sur les effets de la prise en soin intensive chez les enfants atteints de DV. Une première étude propose 3 séances par semaine pendant 11 semaines contre 2 séances hebdomadaires pendant 5 semaines. Elle montre que les résultats sur les cibles travaillées sont meilleurs lorsque l'enfant produit entre 100 et 150 fois la cible par séance que lorsqu'il ne la produit qu'entre 30 et 40 fois. En revanche, il n'y a pas eu d'effet significatif du nombre de séances par semaine, ce qui signifie que le format "intensif" ne se mesure pas qu'en termes de nombre de séances par semaine, mais également en termes de fréquence de production de la cible durant chaque séance (Edeal & Gildersleeve-Neumann, 2011). Un second article a étudié l'efficacité de la « Rapid Syllable Transition (ReST) » (transition syllabique rapide [traduction libre]) dans l'intervention auprès de patients DV à une fréquence moins élevée que celle recommandée. Les effets d'une intervention 2 fois par semaine pendant 6 semaines contre 4 séances hebdomadaires pendant 3 semaines ont été étudiés. Bien que la progression des patients soit identique dans les deux cas, le maintien des acquisitions était meilleur pour le groupe qui avait bénéficié de 4 séances de ReST par semaine (Thomas et al., 2014). Enfin, une dernière étude s'est intéressée aux effets du « Motor Speech Treatment Protocol (MSTP) » (protocole de traitement moteur de la parole [traduction libre]) sur la prise en soin intensive de la dyspraxie verbale. Un gain articulatoire et en communication fonctionnelle a été constaté pour le groupe ayant bénéficié de 2 séances par semaine pendant 10 semaines, comparé au groupe qui a eu 1 séance hebdomadaire pendant 10 semaines (Namasivayam et al., 2015). En revanche, il n'y a pas eu d'effet significatif sur l'intelligibilité entre les deux formats.

Il est difficile de définir l'intensité optimale d'intervention. Cependant, les recherches soutiennent qu'une dose plus importante, une fréquence plus importante ou une approche spécifique ont tendance à être favorables par rapport à une dose ou à une fréquence moins importante dans la prise en soin des TSP et des DV (Kaipa & Peterson, 2016; McFaul et al., 2022). Néanmoins, le type d'intervention utilisé a également son importance (Zeng et al., 2012).

Sur le plan lexical, il a été démontré qu'une approche sémantique est plus efficace qu'une approche phonologique ou qu'une combinaison des deux (Frizelle et al., 2021a). L'utilisation de gestes iconiques et l'utilisation de supports variés pour améliorer les capacités de généralisation sont également des éléments bénéfiques à l'apprentissage. En revanche, il n'existe pas de données sur les effets d'un dosage plus ou moins important. Cependant, un dosage élevé n'est pas toujours corrélé à de meilleures performances (Frizelle et al., 2021b). En effet, un travail sur le lexique doit comprendre une exposition entre 12 et 36 fois ; au-delà, un déclin des compétences en lexique est constaté. Cela s'explique par la réduction de l'attention portée au mot-cible, car ce dernier devient trop familier. De la même façon, une fréquence de traitement trop élevée n'est pas non plus synonyme de progrès plus rapides. La

durée cumulée aurait ainsi plus d'effet que la fréquence du traitement en elle-même. Les compétences en lexique précoce sont un prédicteur de réponse à l'intervention chez les enfants qui suivent une thérapie intensive à base de reformulation (Delage, 2021). Chez les enfants qui ont des difficultés d'accès lexical, les interventions basées sur les attributs sémantiques des mots-cibles sont les plus efficaces. Les apprentissages explicites basés sur les compétences méta-lexicales comme l'épellation, la concaténation de phrases, la nature grammaticale, le nombre de syllabes ou le nombre de sons, sont également à privilégier.

Sur le plan morphosyntaxique, une étude a déterminé un moyen de maximiser l'efficacité d'un traitement chez les enfants entre 4 et 6 ans qui ont un TDL (Plante et al., 2019). 5 séances hebdomadaires de 30 minutes durant 5 semaines ont été proposées aux enfants. Dans l'un des formats, le thérapeute proposait 24 reformulations morphosyntaxiques pendant les 15 premières minutes de chaque séance ; dans l'autre format, les 24 reformulations étaient réparties pendant les 30 minutes de chaque séance. Entre 2 et 4 activités étaient proposées durant ces séances, outre la lecture partagée de livres qui était systématique. Les résultats ont montré que les deux formats ont un effet similaire sur les compétences morphosyntaxiques des enfants. Ainsi, il est possible d'intervenir spécifiquement 15 minutes et de proposer à l'enfant une autre activité durant les 15 minutes restantes. D'après une autre étude, la reformulation morphosyntaxique n'est pas efficace lors de séances de groupe (Frizelle et al., 2021a). En effet, elle requiert l'attention active de l'enfant et nécessite qu'il tente de la reproduire. Il est également intéressant de favoriser les reformulations qui ne corrigent pas spécifiquement l'erreur produite mais qui modélisent une autre forme. Un apprentissage explicite est également avantageux et l'ordre a son importance. En effet, la modélisation après la reformulation consolide la représentation interne morphémique des enfants et donne de meilleurs résultats que la reformulation seule.

Les enfants plus jeunes qui ont eu un traitement moins intensif ont eu besoin de moins de séances pour atteindre l'objectif (Frizelle et al., 2021b). Cela montre que des séances plus espacées peuvent avoir un meilleur effet que des séances trop rapprochées selon l'objectif travaillé (Smith-Lock et al., 2013) et l'âge du patient. De ce fait, il est difficile de donner des recommandations précises sur le dosage. Un apprentissage implicite peut se faire jusqu'à 6 ans en utilisant des reformulations, qui sont efficaces pour la production grammaticale (Delage, 2021). Chez les enfants qui produisent une faible longueur moyenne d'énoncé, il est préférable de reformuler les structures plutôt que de faire des reformulations plus générales. Un seuil de 24 reformulations par séance de 30 à 60 minutes, entre 10 et 20 séances, est efficace. Les mêmes auteurs mentionnent le « Shape Coding » (codage de forme [traduction libre]), le « Meta-Taal » et le « Complex Sentence Intervention » (intervention sur des phrases complexes [traduction libre]), comme des exemples de méthodes explicites pour travailler la morphosyntaxe sur un aspect réceptif. Ces interventions utilisent un code couleur pour

représenter les structures hiérarchiques des phrases complexes, ou encore la visualisation des propositions circonstancielles, complétives et relatives. Ainsi, les approches explicites et mixtes, qui font intervenir une part d'implicite pour généraliser, sont les plus efficaces pour renforcer les compétences grammaticales.

4.3 La pratique intensive appliquée au langage écrit

L'efficacité de l'intervention en langage écrit est basée sur la répétition de tâches (HAS, 2022). Ainsi, les recommandations de bonne pratique préconisent un entraînement de 3 à 5 fois par semaine, 10 à 20 minutes par jour, sur au moins 3 semaines. Il est également important de définir une gradation entre des objectifs à court terme et des objectifs à plus long terme (Martinez-Perez et al., 2015). L'intervention orthophonique intensive est particulièrement indiquée chez les patients présentant un trouble sévère et en début de rééducation, avec 3 voire 4 séances par semaine (Billard & Touzin, 2009). Dans le cas de troubles sévères, il est également important de prendre en compte le patient dans sa globalité et d'évaluer régulièrement ses progrès dans les autres compétences liées au développement du langage écrit, c'est-à-dire l'attention, la mémoire de travail et les fonctions exécutives, notamment si une résistance à la rééducation est constatée malgré une prise en soin intensive (Alexander & Slinger-Constant, 2004). D'après les mêmes auteurs, les éventuels déficits sensorimoteurs, l'environnement linguistique et social, ainsi que l'état psychologique et émotionnel du patient ne doivent pas être négligés.

Une prise en soin intensive basée sur un protocole grapho-phonémique a des bénéfices sur l'amélioration de la voie d'assemblage chez les enfants dyslexiques (Derouet & Neumar, 2016). En effet, dans cette étude, la progression de la précision et de la vitesse de lecture s'est effectuée de façon linéaire, même après l'arrêt du protocole, chez des enfants ayant bénéficié de 4 séances par semaine pendant 5 semaines. En revanche, les enfants qui n'ont bénéficié que de 2 séances par semaine ont vu leur progression stagner à l'issue du protocole. Ces résultats vont dans le sens des recommandations de bonne pratique qui mentionnent un nombre minimal de 3 séances par semaine (HAS, 2022).

Un protocole de remédiation multimodale a été testé selon le profil cognitif d'enfants dyslexiques, en utilisant un entraînement phonologique ou visuo-attentionnel, puis intermodalitaire (Harrar Eskinazi et al., 2021). Ces entraînements ont été réalisés 5 jours par semaine, 15 minutes par jour pendant 8 semaines à domicile, suivis d'une pause de 15 jours sans entraînement. Ils ont permis d'atteindre une normalisation de l'âge de lecture qui se maintient à l'issue de l'intervention.

Un entraînement explicite de la morphologie dérivationnelle chez des enfants avec un trouble spécifique des apprentissages, dans le cadre d'une rééducation intensive de 30 minutes, 2

fois par semaine, pendant 10 semaines, permet d'améliorer la conscience morphologique et les compétences orthographiques des patients (Ardanouy et al., 2022).

Ainsi, une modalité de prise en soin orthophonique intensive, basée sur des protocoles ciblés, et entrecoupée de pauses thérapeutiques, entraînerait plus de bénéfices pour le patient qu'une prise en charge peu intensive sur plusieurs années (Soares-Boucaud et al., 2007).

5 Synthèse de la partie théorique et problématique

L'exercice orthophonique en désert médical est sujet à des tensions importantes face aux difficultés des professionnels à prendre en soins le nombre important de demandes, qui ne semble jamais diminuer (Benchimol et al., 2022). Dans ce contexte particulier et face à l'impossibilité de voir évoluer la situation sur du court terme, la pratique orthophonique pourrait être amenée à changer.

La littérature scientifique souligne une absence de consensus sur la définition de la pratique orthophonique intensive. Il semble y avoir une dichotomie entre la pratique « normale » d'une séance hebdomadaire et la pratique intensive qui serait au-delà de cette fréquence. Néanmoins, selon les articles précédemment cités, nous pouvons proposer une première définition de la pratique intensive comme étant d'au moins 3 séances hebdomadaires. Les premières recherches suggèrent un effet positif sur l'évolution des patients suivis pour des pathologies du langage oral ou du langage écrit. Ainsi, associée à une démarche EBP dont sont issus des protocoles ciblés pour maximiser l'efficacité de la prise en soin, il serait intéressant de déterminer si la pratique intensive peut être adaptée à la réalité du terrain, où ces pathologies comptent comme la majorité des demandes de prises en soins orthophoniques (ANAES, 2001; Billard & Touzin, 2009).

Ce travail de recherche propose de dresser un état des lieux de la diffusion de la pratique intensive chez les orthophonistes exerçant sur le territoire français. Un questionnaire et des entretiens semi-dirigés permettront d'apporter des éléments de réponse aux questionnements suivants : le lieu d'exercice et l'expérience des orthophonistes ont-ils une influence sur la nature de leur pratique ? Dans quelle mesure une rééducation intensive a-t-elle un effet sur le renouvellement de la patientèle en langage oral et en langage écrit ? Cette pratique peut-elle être proposée comme un moyen pour répondre à la demande de prise en soin dans les déserts médicaux ?

II Méthode

1 Objectifs de l'étude

La pratique clinique dans les déserts médicaux ne semble pas exposée aux mêmes contraintes que dans les zones les plus dotées en orthophonistes. L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'application et les effets d'une prise en soin intensive dans la rééducation des troubles du langage oral et du langage écrit, afin de la proposer ou non comme un moyen pour répondre à la demande. L'objectif secondaire est de constater des différences ou des similitudes entre les pratiques cliniques des orthophonistes selon qu'ils exercent ou non dans une zone sous-dotée ou très sous-dotée. En raison de la diversité de la littérature scientifique et pour des raisons de faisabilité, de pertinence et de clarté, cette étude est ciblée sur les pathologies du langage oral et du langage écrit. Ce sont également les domaines parmi les plus représentés dans la patientèle des orthophonistes (ANAES, 2001; Billard & Touzin, 2009).

Dans le cadre de cette étude, un questionnaire a été diffusé en premier lieu afin de recueillir des données quantitatives, puis ces dernières ont été complétées par des données qualitatives, récoltées au travers d'entretiens semi-dirigés.

2 Phase 1 : questionnaire en ligne

2.1 Population

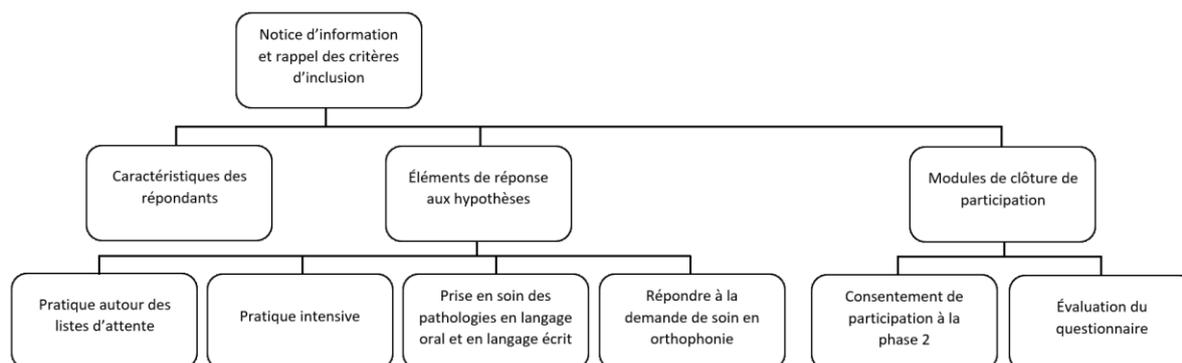
La population étudiée répondait aux critères d'inclusion suivants : être orthophoniste, et exercer actuellement en France Métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM). Le choix a été fait de s'adresser à l'ensemble de la population d'orthophonistes, quel que soit leur mode d'exercice (libéral, salarié ou mixte) ou leur zone géographique d'exercice d'après le zonage des orthophonistes (Atlasanté, 2019). En effet, cela a permis de sélectionner un échantillon représentatif de la population générale selon les données les plus récentes (ADELI, 2023). L'échantillon ainsi obtenu était composé de 125 répondants.

2.2 Matériel

La méthode de collecte retenue est un questionnaire anonyme auto-administré via Internet, dont l'arborescence est schématisée en Figure 1. Le choix du logiciel de création de questionnaire et de sondage s'est porté sur « Framaforms », hébergé par le service Yakforms. Ce logiciel a été choisi car il est simple de fonctionnement, gratuit, opensource, et hébergé en France. De plus, le design proposé pour les questionnaires est épuré, ce qui permet d'aller à l'essentiel. Le questionnaire est disponible en Annexe A.

Figure 1

Contenu et organisation du questionnaire



Tout d'abord, la page d'accueil du questionnaire détaillait l'objet de l'enquête à travers une notice d'information. Pour des raisons éthiques, une question filtrante d'acceptation du recueil de données redirigeait le répondant directement à la fin du questionnaire en cas de refus. Le premier groupe de questions a été construit afin de pouvoir tester la représentativité de l'échantillon de répondants. Afin de garantir l'anonymat, un lien hypertexte renvoyant vers la carte du zonage des orthophonistes permettait aux répondants de remplir eux-mêmes leur zone géographique d'exercice sans utiliser d'élément potentiellement identifiant comme pourrait l'être le code postal. La carte est disponible en Annexe B. Le module suivant avait pour objectif de déterminer la demande de soins en orthophonie à travers l'utilisation de listes d'attente et l'annonce du délai d'attente avant une prise en soin. Une question filtrante affichait ou masquait les questions suivantes selon la réponse donnée, pour des raisons de pertinence. Les intitulés des pathologies à choisir parmi une liste ont été tirés de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, 2022). Ensuite, un nouveau groupe de questions portait sur les connaissances et l'exercice clinique autour de la prise en soin intensive. Une question filtrante dissimulait les questions propres à la pratique clinique intensive pour les répondants qui déclaraient ne pas la pratiquer. Le groupe de questions suivant était consacré à la part des rééducations pour les pathologies du langage oral et du langage écrit. Une définition était préalablement apportée afin de définir clairement les pathologies regroupées sous les termes « langage oral » et « langage écrit », et ainsi éviter les malentendus. Ce module était ponctué par deux questions concernant la pratique intensive dans le cadre de ces pathologies. Les répondants déclarant ne pas prendre en soin ces types de pathologies étaient redirigés vers le module suivant. Le module suivant comportait une question sous forme d'échelle de Likert concernant les moyens qui permettraient de mieux répondre à la demande de soins en orthophonie dans les déserts médicaux, puis une question sur les aides à l'installation disponibles dans ces zones. Un encart facultatif permettait de développer ses réponses ou de faire des commentaires. Le

groupe de questions suivant permettait aux répondants d'indiquer leur souhait ou non d'être recontacté pour de courts entretiens en visioconférence ou par téléphone. L'adresse électronique fournie était le seul élément identifiant du questionnaire, et n'a pas été conservée après utilisation pour recontacter les participants. Enfin, un dernier module facultatif était consacré à l'évaluation du questionnaire.

Le nombre total de questions, tous modules confondus (hormis la question d'acceptation du recueil de données), était de 37. La plupart des questions étaient fermées, afin de structurer l'affichage optionnel des questions et de faciliter l'analyse des données recueillies. Les questions filtrantes permettaient d'exclure celles qui ne concernaient pas le répondant et ainsi optimiser la durée de remplissage du questionnaire. Les questions étaient toutes avec obligatoires, à l'exception d'une dans le module « Pathologies en langage oral et / ou en langage écrit », une dans le module « La demande de soins en orthophonie », ainsi que toutes celles du module d'évaluation du questionnaire, car ce dernier a été rendu facultatif afin de ne pas faire perdre de temps aux répondants.

2.3 Procédure

Une phase de pré-test a eu lieu début novembre 2022, avant la diffusion à grande échelle du questionnaire. Ce dernier a été testé auprès de 5 orthophonistes anciens maîtres de stage. Les objectifs de ce pré-test étaient de s'assurer de la compréhensibilité et de la lisibilité du questionnaire, de confirmer la durée nécessaire pour répondre aux questions et de vérifier l'absence d'anomalie technique.

Le questionnaire a été diffusé à l'issue de la phase de pré-test par la transmission d'un lien internet permettant d'y accéder. Ce lien a été transmis par mail à des orthophonistes, ainsi que par l'intermédiaire de l'Association des Étudiants en Orthophonie de Lyon (AEOL). Il a également été posté sur le réseau Facebook sur six groupes (« Mémoires en Orthophonie », « Orthophoniste autrement », « Orthophonistes de l'Ain », « orthophonistes et étudiants orthophonistess », « Orthophonistes France », et « CFUO Lyon - Groupe Interpromo »). Le questionnaire est resté accessible en ligne pendant près de 4 mois, du samedi 5 novembre 2022 au mercredi 1er mars 2023.

Le logiciel FramoForms utilisé pour héberger le questionnaire permet d'exporter les résultats obtenus dans un format de feuille de calcul. Les réponses ont été transférées sur Google Sheet (équivalent partagé de Microsoft Excel), ce qui a permis d'analyser les données à l'aide de formules. Le logiciel JASP a également été utilisé pour effectuer différents tests statistiques. Enfin, le site internet SurveyMonkey a aidé à déterminer le seuil de représentativité de l'échantillon.

3 Phase 2 : entretiens semi-dirigés

L'administration d'un questionnaire possède certains inconvénients, notamment celui de privilégier des réponses courtes et non-argumentées. Afin de contourner cet écueil et de mieux comprendre les motivations et la façon de pratiquer des orthophonistes, des entretiens semi-dirigés ont été menés.

3.1 Population

Huit orthophonistes diplômés exerçant en France Métropolitaine ont participé aux entretiens semi-dirigés. Chaque participant a été anonymisé de Ortho1 à Ortho8. Cette population composée de huit femmes s'est constituée par contact direct via messagerie électronique, grâce à l'adresse électronique renseignée par le participant à la fin du questionnaire s'il souhaitait être recontacté pour passer les entretiens. Le questionnaire était destiné à tous les orthophonistes peu importe leur mode d'exercice clinique, cependant la modalité libérale est commune à toutes les participantes. En effet, il s'agit de la modalité la plus présente statistiquement dans la population. Les participantes ont été sélectionnées en fonction de leur zone d'exercice (désert médical ou non) et de leur pratique clinique (intensive ou non). Le type d'exercice « normal » correspond ici à un format de prise en soin hebdomadaire.

Tableau 1

Profil des orthophonistes interviewées

Orthophoniste	Type d'exercice	Zone d'exercice	Désert médical	Expérience clinique
Ortho1	Intensif	Sous-dotée	Non	2 ans
Ortho2	Intensif	Très sous-dotée	Oui	2 ans
Ortho3	Normal	Très sous-dotée	Oui	8 ans
Ortho4	Normal	Sur-dotée	Non	11 ans
Ortho5	Intensif	Très sous-dotée	Oui	6 ans
Ortho6	Intensif	Intermédiaire	Non	2 ans
Ortho7	Normal	Intermédiaire	Non	7 ans
Ortho8	Normal	Très sous-dotée	Oui	11 ans

3.2 Matériel

La trame d'entretien était composée de 8 questions réparties en trois groupes : le premier sur le lieu d'exercice, le deuxième sur la pratique clinique orthophonique et le dernier sur la prise en soin des pathologies du langage oral et du langage écrit. Afin de permettre d'observer un

phénomène de saturation des données, les 8 personnes interrogées se sont vu poser les mêmes questions, peu importe leur lieu d'exercice et leur pratique ou non de la prise en soin intensive. De ce fait, les questions ont dû volontairement être rédigées de façon générale, afin de proposer la même chose à toutes les participantes. L'un des entretiens réalisés est disponible en Annexe C.

Pour des raisons de faisabilité et pour permettre une diversité géographique, les 8 entretiens ont été menés à distance en visioconférence sur Cisco Webex. Chaque entretien a été retranscrit en temps réel. La trame d'entretien a été pensée pour que la passation n'excède pas 40 minutes.

3.3 Procédure

Lors de la passation du questionnaire, les participants ont eu accès à la notice d'information de cette étude et ont eu la possibilité de consentir ou non à être recontacté pour la phase d'entretien. Seules les personnes ayant indiqué leur consentement à participer à la phase 2 de cette étude ont été recontactées. Aucune autre démarche administrative n'a été nécessaire étant donné que les entretiens n'ont pas été enregistrés et ont été totalement anonymisés. Les noms de ville ou tout autre élément permettant d'identifier le lieu d'exercice des participants ne sont pas apparus dans les retranscriptions.

Le recrutement des participantes a eu lieu entre fin janvier et début mars 2023, afin de laisser le temps aux personnes concernées d'indiquer leurs disponibilités pour passer un entretien dans le courant du mois de mars 2023.

Les entretiens se sont déroulés de façon individuelle lors d'un rendez-vous choisi en concertation avec les participantes et ont eu lieu du 25 février au 24 mars 2023. L'entretien le plus court a duré 17 minutes, et le plus long 38 minutes.

A la fin de l'entretien, un temps d'expression libre était proposé si la personne interrogée souhaitait développer sa réflexion.

III Résultats

1 Population ciblée

Le questionnaire était à destination de tous les orthophonistes exerçant sur le territoire français, soit 26 882 orthophonistes au 31 décembre 2022.

1.1 Profils des répondants

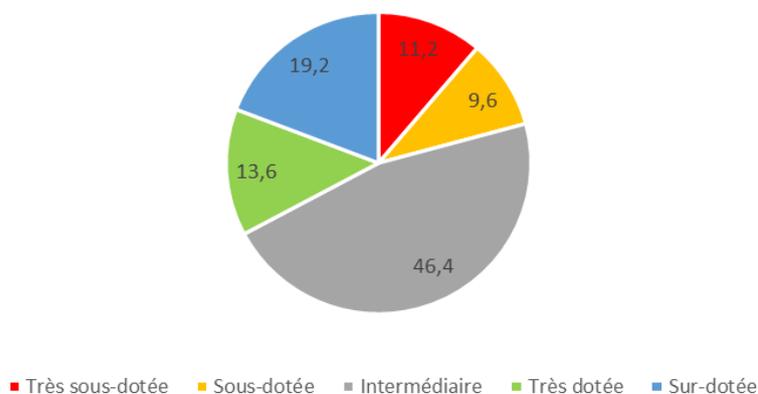
Le questionnaire a permis de récolter un échantillon représentatif de 125 réponses (0,46% de la population générale des orthophonistes), avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 10%. 122 (97,6%) répondants étaient des femmes et 3 (2,4%) étaient des hommes. Parmi eux, 101 (80,8%) travaillent en libéral, 7 (5,6%) en salariat et 17 (13,6%) ont un exercice mixte. Les répondants ont été diplômés entre 1973 et 2022. 25 d'entre eux (20%) exercent depuis moins de 5 ans, 29 (23,2%) ont entre 5 et 10 ans d'expérience, 20 (16%) ont entre 10 et 15 ans d'expérience, 21 (16,8%) ont entre 15 et 20 ans d'expérience, et 30 (24%) exercent depuis plus de 20 ans.

1.2 Distribution des lieux d'exercice

La majorité des orthophonistes ayant répondu au questionnaire exerce en zone Intermédiaire (58 réponses, soit 46,4%). 24 (19,2%) travaillent en zone Sur-dotée, 17 (13,6%) en zone Très dotée, 12 (9,6%) exercent en zone Sous-dotée et 14 (11,2%) travaillent dans une zone Très sous-dotée.

Figure 2

Répartition des zones d'exercice



Les raisons qui motivent le choix des orthophonistes de leur lieu d'exercice sont un rapprochement familial (pour Ortho1, Ortho7 et Ortho8), le cadre de vie (Ortho2, Ortho4 et Ortho6) et/ou pour des raisons économiques (Ortho1 et Ortho5). Pour Ortho3, il s'agissait d'une opportunité professionnelle.

2 Les pratiques autour des listes d'attente

Parmi les orthophonistes interrogés, 98 (78,4%) d'entre eux déclarent utiliser un système de liste d'attente papier ou informatisé. Parmi les 27 (21,6%) qui n'en utilisent pas, l'absence de besoin d'avoir une liste d'attente correspond à 22,2% des réponses, la surcharge cognitive à 48,1%, la culpabilité de voir leur liste d'attente s'allonger à 33,3%, et d'autres raisons sont évoquées dans 62,9% des cas. Ortho3 détaille ses motivations : « On en est à ne plus pouvoir en faire, ça ne rime plus à rien. [...] Les gens attendent éternellement en pensant qu'ils seront pris un jour et la tension monte. » La situation est similaire pour Ortho2 : « Au départ j'avais pris des noms, puis les gens disaient que je ne rappelais pas assez vite. » Elle ajoute : « On est embêtées et on est obligées de se protéger aussi donc j'annonce au répondeur que pour toute prise en charge [il faut] passer par [ma liste d'attente en ligne]. Ça permet aussi de filtrer certaines émotions. »

2.1 Quantification de la demande de soins en orthophonie et disparités territoriales

Les orthophonistes qui utilisent un système de liste d'attente papier ou informatisé déclarent en moyenne avoir 93,9 patients inscrits. Le nombre de patients inscrits sur ces listes est compris entre 5 et 500. Il y a en moyenne 153 inscrits en zone Très sous-dotée, 122 en zone Sous-dotée, 82 en zone Intermédiaire, 69 en zone Très dotée et 94 en zone Sur-dotée ; cependant la différence entre les zones n'est pas significative. Il n'existe ainsi pas de corrélation entre le nombre de patients inscrits sur les listes d'attente et la zone d'exercice des orthophonistes ($X^2 = 133.661$; $p > 0.1$). Il n'existe pas non plus de corrélation entre la zone d'exercice et les délais d'attente ($X^2 = 27.111$; $p > 0.1$).

17 répondants (13,6%) annoncent moins de 6 mois d'attente, 19 (15,2%) annoncent entre 6 mois et 1 an d'attente. 13 (10,4%) annoncent entre 1 et 2 ans d'attente, 12 répondants (9,6%) annoncent plus de 2 ans d'attente, et enfin 49 (39,2%) déclarent ne pas annoncer de temps d'attente. Le délai d'attente est corrélé au nombre de patients inscrit sur liste d'attente ($X^2 = 296.944$; $p < 0.05$). Ortho1 dit recevoir « 10 appels par jour parfois ».

3 Diffusion de la pratique intensive dans l'exercice clinique des orthophonistes

3.1 Définition de la pratique intensive

A la question « Connaissez-vous la pratique intensive ? », 115 orthophonistes (92%) ont répondu « Oui » (67) ou « Je crois » (48). La majorité des répondants estime que la pratique dite « intensive » commence à partir de 3 séances hebdomadaires, ce qui concerne 74 réponses (59,2%). 26 (20,8%) pensent qu'il faut au moins 4 séances hebdomadaires, tandis que 21 (16,8%) en parlent à partir de 2 séances par semaine.

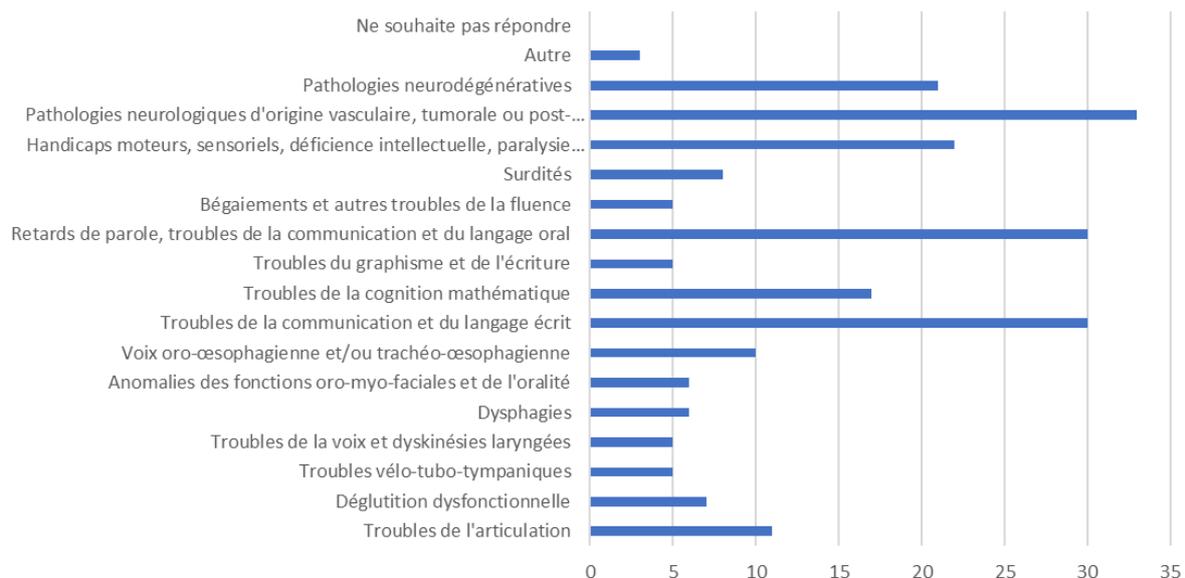
3.2 Application clinique de ce type de prise en soin

Parmi les répondants, 45 orthophonistes (36%) déclarent avoir une pratique intensive. En effet, seuls 39% de ceux qui la connaissent ou croient la connaître la pratiquent en réalité.

La pratique intensive est jugée pertinente pour les pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique (26,4%), les retards de parole et troubles de la communication et du langage oral (24%), ainsi que les troubles de la communication et du langage écrit (24%).

Figure 3

Pathologies pour lesquelles la modalité intensive est jugée pertinente



Il n'existe pas de corrélation entre la pratique intensive et la zone d'exercice ($X^2 = 3.176$; $p > 0.1$). En revanche, il semble y avoir un lien entre le nombre d'années d'expérience clinique et ce type de pratique ($t = 2.569$; $p < 0.05$). Parmi les orthophonistes qui ont une pratique intensive, 13 (28,9%) exercent depuis moins de 5 ans, 14 (31%) ont entre 5 et 10 ans d'expérience, 7 (15,6%) ont entre 10 et 15 ans d'expérience, 4 (8,9%) ont entre 15 et 20 ans d'expérience, et 7 (15,6%) ont plus de 20 ans d'expérience.

31 des 45 orthophonistes qui ont une pratique intensive (68,8%) ne la proposent qu'à certains patients, 11 (24,4%) la proposent à la plupart de leurs patients et 3 (6,6%) la proposent à tous leurs patients. Il existe également des périodes privilégiées pour l'intensif, avec 51,1% qui ont lieu en début de prise en soin et 44% qui ont uniquement lieu pendant les vacances scolaires. 40% sont organisées sur plusieurs courtes périodes durant la prise en soin. Enfin, seules 20% des prises en soins intensives durent du début à la fin d'une rééducation. La motivation du patient est un facteur déterminant dans la modalité de prise en soin intensive pour 113 répondants (91,4%).

4 La pratique intensive pour les pathologies du langage oral et du langage écrit

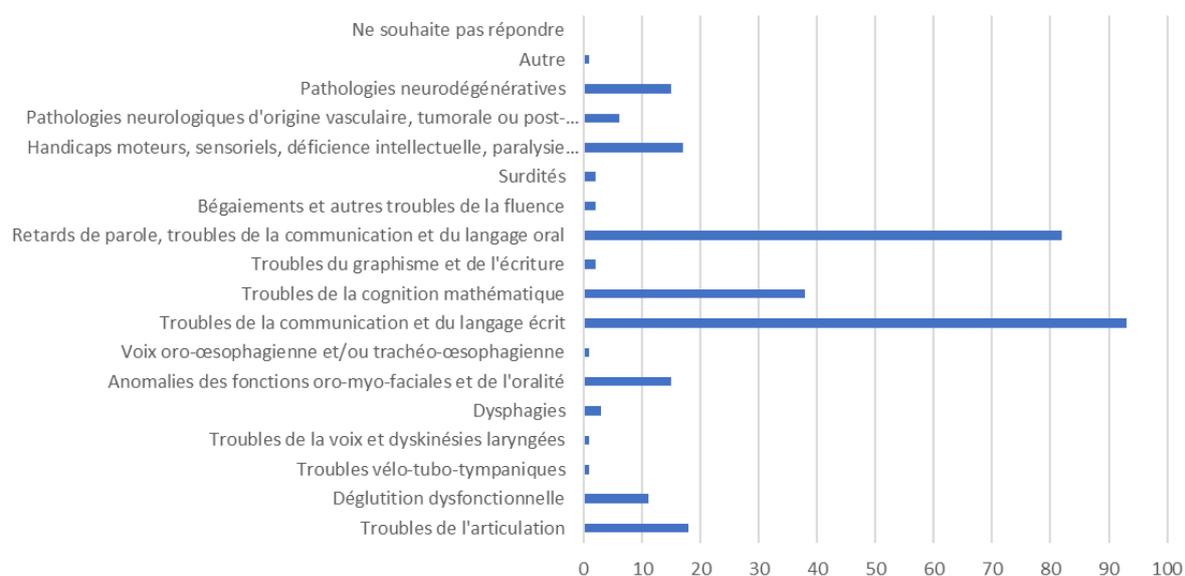
Ce module a recueilli 121 réponses sur les 125 participations enregistrées, car 4 orthophonistes ne prennent pas en soin les pathologies du langage oral et du langage écrit.

4.1 Prévalence et durée des prises en soin pour ces types de pathologie

Les patients sur liste d'attente sont inscrits majoritairement pour des troubles de la communication et du langage écrit (30,1%) ainsi que pour des retards de parole et troubles de la communication et du langage oral (26,6%). En moyenne, les pathologies du langage oral et du langage écrit représentent 61,4% de la patientèle actuelle des orthophonistes ; l'orthophoniste qui en reçoit le moins en compte 10% dans sa patientèle, et l'orthophoniste qui en reçoit le plus compte 100% de sa patientèle.

Figure 4

Motif d'inscription sur liste d'attente



Les orthophonistes interrogés déclarent en majorité que la durée d'une prise en soin pour les pathologies du langage oral est d'environ 2 ans, ce qui correspond à 47 réponses (38,8%). 30 (24,8%) répondants déclarent faire 1 an ou moins de rééducation, 26 (21,5%) 1 an et demi de rééducation, tandis que 18 (14,9%) déclarent faire plus de 2 ans de rééducation. En langage oral, il existe une tendance significative entre la pratique intensive et la durée de prise en soin ($X^2 = 10.948$; $p = 0.09$). Les orthophonistes qui ont une pratique intensive ont cependant plutôt tendance à faire 1 an et demi de rééducation pour les pathologies du langage oral ($X^2 = 4.538$; $p < 0.05$). Une prise en soin en langage écrit dure également environ 2 ans pour 52 répondants (42,9%), tandis que 29 (23,9%) déclarent faire plus de 2 ans de rééducation. 21 orthophonistes (17,4%) déclarent faire 1 an et demi de rééducation et 19 (15,7%) 1 an ou moins. La tendance significative entre la pratique intensive et la durée de

prise en soin pour les pathologies du langage écrit n'est pas retrouvée ($X^2 = 9.014$; $p > 0.1$). Pour Ortho1, « On peut réduire le temps, mais il faut bouleverser les pratiques. [...] Ça peut être bien plus court, 2 ans ça veut dire qu'on est des béquilles voire qu'on est inefficaces. Ça veut dire que notre boulot est inutile. » Ortho4 s'impose également des limites dans la durée de prise en soin : « Je pars du principe que je vois l'enfant toutes les semaines et au bout de l'année scolaire on s'arrête. Si les objectifs ne sont pas remplis c'est que ça n'imprime pas. » Elle détaille ensuite : « Quand je prends l'enfant toutes les semaines, je prends 1 an, quand je le vois tous les 15 jours c'est 1 an et demi. »

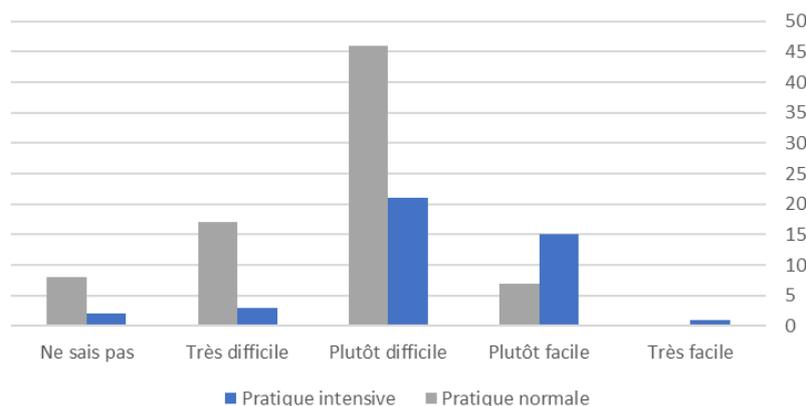
Les pauses thérapeutiques sont une modalité répandue chez les orthophonistes, avec 68 répondants (56,1%) qui déclarent en proposer à tous leurs patients et 45 (37,1%) qui en proposent à certains de leurs patients. Ortho1 raconte son fonctionnement : « Je ne vais pas au-delà des 50 séances qui représentent 5-6 mois [...] ; on fait une pause d'à peu près le même temps si on a besoin de se revoir. » C'est également le cas d'Ortho5 : « Je fais [des séances] pendant 2 mois, puis une pause de 2 mois, [et ainsi de suite]. » Enfin, une pause thérapeutique intervient majoritairement dans un contexte de lassitude du patient (27,5%), de l'orthophoniste (14,7%) ou de la famille à faire les trajets (14,7%). Elle a également lieu lors de la réalisation d'un objectif à moyen terme (19,1%) ou à court terme (13,9%), mais plus rarement pour les objectifs à long terme (5,7%). En revanche, il est important de rassurer les familles lors des pauses, comme le mentionne Ortho3 : « Je ne les laisse pas forcément partir dans la nature et me recontacter, ils savent que c'est tellement compliqué que ça les angoisse. [...] Ils repartent avec un nouveau rendez-vous, comme ça ils sont tranquilles. »

4.2 Application clinique de la pratique intensive pour ce type de prise en soin

Mettre en place un format de pratique intensive dans la rééducation des pathologies en langage oral ou en langage écrit est jugé « plutôt difficile » par une majorité de répondants, même parmi ceux qui ont une pratique intensive.

Figure 5

Mise en place d'une pratique intensive



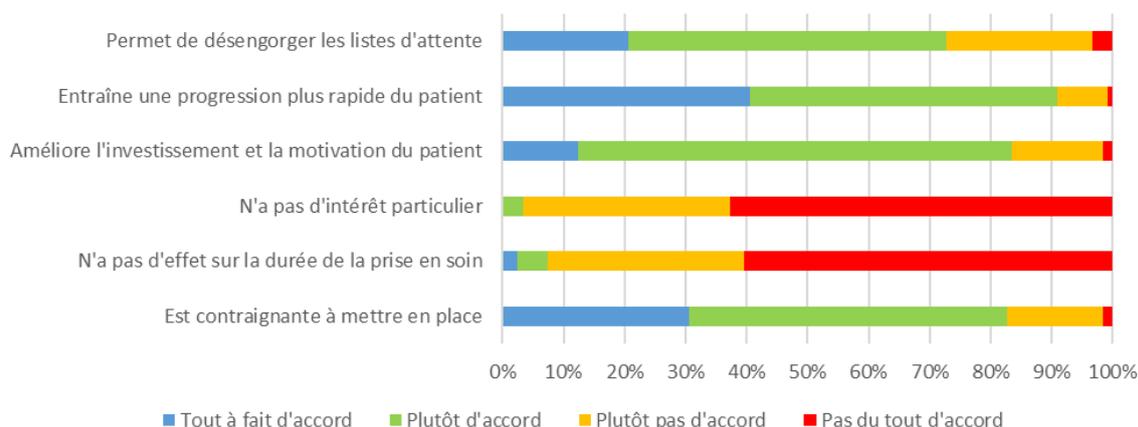
Cette difficulté s'explique en premier lieu par des contraintes liées à la disponibilité des familles (40,8%) et à l'agenda de l'orthophoniste lui-même (26,5%). Ortho7 témoigne : « j'ai une pratique assez classique malgré moi, je me disais que je voulais travailler complètement autrement [...] et je me suis heurtée à cette problématique de disponibilité d'emploi du temps. » Ainsi, Ortho1, Ortho2, Ortho5 et Ortho6, qui ont toutes déclaré avoir une pratique intensive, voient leurs patients « 2 fois par semaine ».

Les trajets parfois longs entre le domicile du patient et le cabinet représentent une contrainte supplémentaire (12,9%). Ortho5 raconte : « On est 4 sur le secteur, mais on n'épongeait pas la demande, on avait des gens qui faisaient plus d'1h [de route] pour venir nous voir. » Ortho8 se heurte aux mêmes inconvénients : « Parfois en fin de mois j'ai des séances suspendues parce que les gens n'ont pas eu leur salaire pour se payer l'essence pour venir. » Les difficultés peuvent également parfois être dues aux réticences des établissements à laisser sortir les élèves sur le temps scolaire (10,8%), ce qu'explique Ortho6 : « Ce ne sont pas les parents qui vont bloquer, mais l'environnement scolaire, et c'est très dépendant d'une école à l'autre et d'une année à l'autre. »

Néanmoins, malgré le fait que la modalité intensive soit contraignante à mettre en place (82,6%), la plupart des orthophonistes interrogés estime que la prise en soin intensive possède des intérêts non négligeables. En effet, 90,9% des répondants pensent qu'elle entraîne une progression plus rapide du patient, 83,4% trouvent qu'elle améliore l'investissement et la motivation du patient et 72,7% estiment qu'elle permet de désengorger les listes d'attente, ce dont témoigne Ortho5 : « depuis que j'ai mis des rééducations intensives je suis en train de vider ma liste d'attente, et là il me reste 2 patients sur ma liste d'attente. » Les répondants qui annoncent entre 6 mois et 1 an d'attente ont en effet tendance à avoir une pratique intensive ($X^2 = 3.972$; $p < 0.05$). Enfin, 7,4% des orthophonistes ayant répondu au questionnaire pensent que la pratique intensive n'a pas d'effet sur la durée de prise en soin, tandis que 3,3% n'y trouvent pas d'intérêt.

Figure 6

Degré d'accord sur des affirmations liées à la pratique orthophonique intensive pour les pathologies du langage oral et du langage écrit



5 Moyens pour répondre à la demande de soins dans les déserts médicaux

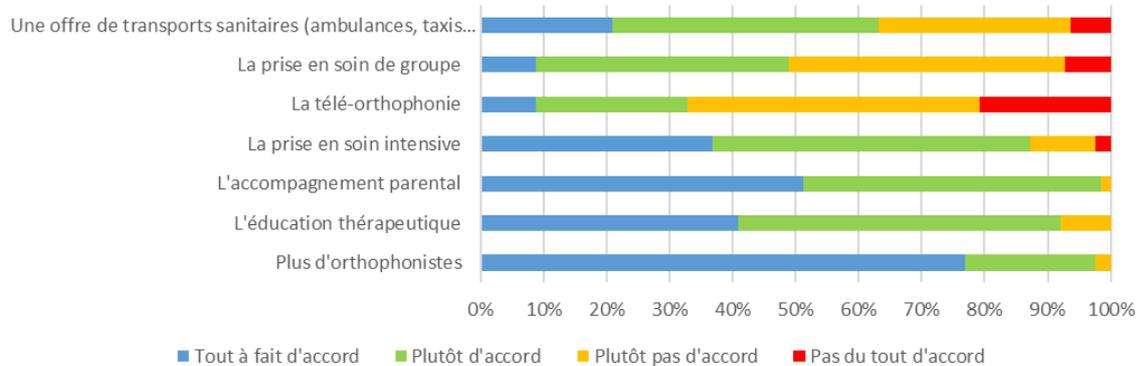
5.1 Avis des orthophonistes sur différents moyens proposés

Selon les orthophonistes interrogés, l'accompagnement parental est le premier moyen qui permettrait de mieux répondre à la demande (98,4%). Ortho2 mentionne son expérience : « Je fais de l'accompagnement parental en fin de séance [...] Au début je n'y pensais pas, mais j'ai vu que ça marchait super bien. » Ortho7 partage ce même fonctionnement : « j'essaie au maximum, de plus en plus, de faire entrer les parents dans le cabinet. » Une meilleure offre de soins avec plus d'orthophonistes (97,6%) serait également bénéfique, mais n'est pas une solution sur du court terme. Cependant, selon Ortho8, diplômer plus d'orthophonistes n'est pas forcément une solution : « Je travaille [dans un centre de formation], il y a plein d'étudiantes qui vont sortir et il y en a très peu qui vont s'installer en désert médical, elles veulent aller en centre-ville. » Elle ajoute : « Dans cette commune qui jouxte la métropole, il y a 19.000 habitants pour 2 orthophonistes. On traverse le fleuve et on trouve 14 orthophonistes par quartier ! C'est un calcul qui mérite réflexion. » L'éducation thérapeutique serait un moyen pour 92% des répondants, tandis que la prise en soin intensive le serait pour 87,2%. Selon Ortho1 : « Je pense que c'est à l'orthophoniste de poser ses conditions, beaucoup se disent « c'est infaisable, je ne trouverai jamais la place, mon planning est figé », mais si, c'est faisable ». Ortho5 détaille : « Je trouve qu'en tant qu'étudiant on n'a pas été suffisamment formé à cet aspect-là, qu'on n'était pas obligés de les voir 1 fois par semaine, [...] c'est ce qui manque un peu en formation initiale ». Ortho6 rejoint cet avis : « Quand j'ai fini mes études, on ne parlait pas de prise en charge intensive. [...] Je n'ai pas de connaissance de profs qui nous ont dit « allez-y, faites de l'intensif et ça marche bien », je trouve ça dommage. » Une

offre de transports sanitaires serait un moyen pour mieux répondre à la demande de soins pour 63,2% des répondants. 48,8% estiment que la prise en soin de groupe remplirait cette fonction. Enfin, 32,8% des orthophonistes interrogés considèrent que la télé-orthophonie serait un moyen de répondre à la demande.

Figure 7

Degré d'accord sur des affirmations liées à des moyens pour répondre à la demande de soins en orthophonie

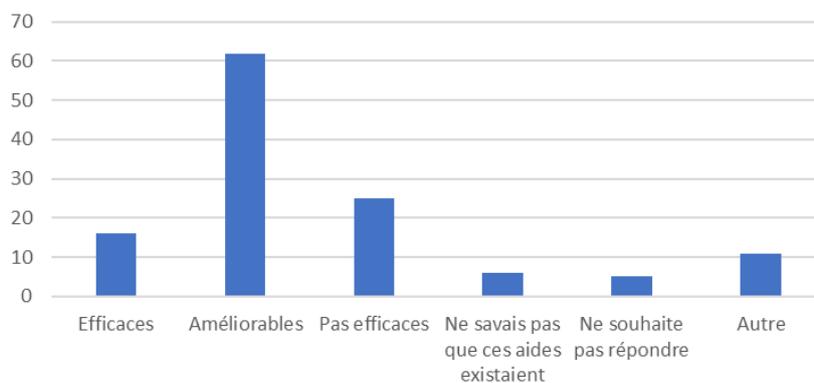


5.2 Aides à l'installation dans les déserts médicaux

Seuls 16 (12,8%) des orthophonistes interrogés estiment que les aides à l'installation sont efficaces. Parmi les 40 répondants qui ont détaillé leur réponse, les critères du zonage sont remis en cause dans 32,5% des cas et le montant des aides à l'installation dans 25% des cas. Les critères du zonage sont qualifiés comme ne correspondant pas à la réalité du terrain. D'après les réponses au questionnaire, les zones les moins dotées « restent toujours les mêmes » et les tensions autour de la demande de prise en soin sont présentes « partout ».

Figure 8

Avis des orthophonistes sur les aides à l'installation dans les zones très sous-dotées



IV Discussion

1 Résumé des objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux de la diffusion de la pratique intensive chez les orthophonistes exerçant sur le territoire français. Une méthodologie mixte basée sur un questionnaire et des entretiens semi-dirigés a été utilisée, afin de répondre aux questionnements suivants : le lieu d'exercice et l'expérience des orthophonistes ont-ils une influence sur la nature de leur pratique ? Dans quelle mesure une rééducation intensive a-t-elle un effet sur le renouvellement de la patientèle en langage oral et en langage écrit ? Cette pratique peut-elle être proposée comme un moyen pour répondre à la demande de prise en soin dans les déserts médicaux ?

2 Synthèse des observations

2.1 Le lieu d'exercice et l'expérience des orthophonistes ont-ils une influence sur la nature de leur pratique ?

Le questionnaire a révélé que 39% des orthophonistes ont une pratique intensive. Ces chiffres sont à mettre en regard des données de la littérature sur l'absence de consensus terminologique autour de cette modalité de prise en soin. Les avis divergents recueillis durant le questionnaire au sujet du nombre de séances minimal pour parler de « pratique intensive » illustrent également l'absence de consensus extrait des données scientifiques. Néanmoins les réponses majoritaires vont dans le sens de la proposition de définition précédemment soumise, soit au moins 3 séances par semaine (Allen, 2013; Billard & Touzin, 2009; Delage, 2021; Derouet & Neumar, 2016; HAS, 2022; Kaipa & Peterson, 2016; Thomas et al., 2014). Pour autant, les participantes aux entretiens considèrent que l'intensif se fait à partir de 2 séances par semaine. Ces résultats sont peut-être expliqués par le caractère encore rare de la modalité intensive dans la pratique orthophonique courante, où une fréquence supérieure à une séance hebdomadaire paraît alors intensive.

Malgré le zonage de l'ARS permettant l'accès à des aides financières pour les zones les plus précaires, il n'existe pas de corrélation entre la zone d'exercice et le nombre de patients inscrits sur liste d'attente ($X^2 = 133.408$; $p > 0.1$) chez les orthophonistes qui en utilisent (78,4%), ou plus généralement au niveau des délais de prise en soin ($X^2 = 27.111$; $p > 0.1$). Ainsi, tous les orthophonistes, quelle que soit leur zone d'exercice, sont confrontés à une forte demande de prise en soin. Ce constat justifie le fait que la pratique intensive n'est pas plus développée en fonction de la zone d'exercice ($X^2 = 3.176$; $p > 0.1$).

S'il n'existe pas de corrélation entre la pratique intensive et la zone d'exercice, il existe en revanche un lien entre le nombre d'années d'expérience clinique et la pratique intensive. En effet, une tendance significative est observée chez les orthophonistes qui pratiquent depuis moins de 5 ans ($X^2 = 3.200$; $p < 0.08$) et chez ceux qui ont entre 5 et 10 ans d'exercice ($X^2 = 3.756$; $p < 0.06$). Cette distribution se retrouve également au niveau des participantes aux entretiens semi-dirigés, où toutes les orthophonistes qui ont déclaré avoir une pratique intensive exercent depuis moins de 10 ans (de 2 ans à 6 ans). La pratique intensive serait donc une modalité plus répandue chez les orthophonistes en début de carrière. Par ailleurs, ces résultats pourraient être mis en relation avec le passage de 4 à 5 années d'études pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste, qui a eu lieu en 2013. En effet, les recherches dans le sens de l'intensif abondent depuis ces dernières années et pourraient être abordées durant la formation des orthophonistes, ce qui peut participer à leur ouverture vers cette façon de pratiquer relativement novatrice. Cependant, cela ne semble pas être suffisant car la moitié des orthophonistes qui ont participé aux entretiens et qui déclarent avoir une pratique intensive estiment qu'il existe des lacunes au niveau de l'enseignement théorique au sujet de l'intensif.

2.2 Dans quelle mesure une rééducation intensive a-t-elle un effet sur le renouvellement de la patientèle en langage oral et en langage écrit ?

Les résultats obtenus sur la prévalence des rééducations des pathologies en langage oral et en langage écrit sont en adéquation avec les données de la littérature (ANAES, 2001; Billard & Touzin, 2009; HAS, 2022). Il s'agit en effet des pathologies les plus communes parmi la patientèle des orthophonistes, car elles représentent plus de la moitié des prises en soin (61,4%), ainsi que la plupart des motifs d'inscription sur liste d'attente (30,1% pour le langage écrit et 26,6% pour le langage oral).

Les pathologies du langage oral et du langage écrit font également partie des domaines les plus pertinents pour mettre en place une rééducation intensive (24% pour chaque domaine), après la rééducation des pathologies neurologiques, pour laquelle la littérature est par ailleurs la plus détaillée (Baker, 2012; Enderby, 2012).

En langage oral, il existe une tendance significative à faire des rééducations plus courtes que la moyenne ($X^2 = 10.948$; $p < 0.09$) chez les orthophonistes qui ont une pratique intensive. Cette tendance n'est cependant pas retrouvée pour les pathologies du langage écrit ($X^2 = 9.014$; $p > 0.1$), or c'est plutôt l'inverse qui apparaît dans la littérature scientifique. En effet, les préconisations en langage écrit vont dans le sens d'une pratique intensive (Ardanouy et al., 2022; Derouet & Neumar, 2016; Harrar Eskinazi et al., 2021). Ces résultats sont donc à mettre en perspective avec la faiblesse statistique de l'échantillon de répondants ayant une pratique intensive (45 répondants, soit 36%).

Par ailleurs, les fréquences de prise en soin intensive proposées dépendent des patients (68,8% des répondants les proposent à certains patients) et des périodes (51,1% en début de prise en soin ; 44% pendant les vacances scolaires). Ces éléments sont un facteur de variation important parmi les répondants qui proposent des rééducations intensives. Malgré cela, ces derniers ont tendance à annoncer entre 6 mois et 1 an d'attente ($X^2 = 3.972$; $p < 0.05$). Cependant, étant donné qu'une grande partie des répondants au questionnaire n'annonce pas de temps d'attente (39,2%), il est difficile de recontextualiser ces délais de prise en soin. En outre, proposer des pauses thérapeutiques n'est pas motivé par le type de pratique ($X^2 = 1.160$; $p > 0.1$). En revanche, les entretiens ont révélé que la moitié des orthophonistes qui ont une pratique intensive définissent des périodes régulières de rééducation qui ne vont pas au-delà de la limite de celles imposées par une ordonnance, ce qui correspond en général à 30 séances puis 20 de renouvellement si besoin. Elles proposent ensuite des durées de pause thérapeutique au moins égales à la durée de rééducation.

Enfin, même si les résultats précédents sont nuancés par un manque d'effectif de l'échantillon, la majorité des orthophonistes ayant répondu estime que la pratique intensive aurait des effets positifs sur la prise en soin (96,7% d'accord), et notamment sur la durée de rééducation (92,6% d'accord). De plus, elle participerait à une progression plus rapide du patient (90,9% d'accord) et améliorerait son investissement et sa motivation (83,4% d'accord). Enfin, elle permettrait de désengorger les listes d'attente (72,7% d'accord).

Les réponses aux entretiens semi-dirigés confirment les résultats du questionnaire et les tendances vers des durées de prise en soin plus courtes parmi les participantes qui ont une pratique intensive ainsi qu'un renouvellement de patientèle plus régulier et dynamique. Un lien semble en effet apparaître entre intensif et court selon les répondants et selon plusieurs études (Allen, 2013; Ardanouy et al., 2022; Harrar Eskinazi et al., 2021; Soares-Boucaud et al., 2007; Thomas et al., 2014).

2.3 La pratique intensive peut-elle être proposée comme un moyen pour répondre à la demande de prise en soin dans les déserts médicaux ?

La pratique intensive nécessite une réorganisation des pratiques que beaucoup d'orthophonistes estiment difficile à mettre en place, même parmi ceux qui l'appliquent déjà dans leur exercice clinique (82,6% des réponses). En effet, planifier 2 à 3 séances par semaine requiert une organisation spécifique. L'emploi du temps doit être élaboré en tenant compte de la disponibilité des familles (40,8%), des disponibilités restantes sur l'agenda des orthophonistes (26,5%), du temps de trajet des patients (12,9%) et du temps scolaire (10,8%). Or, pour ce dernier point, il est rappelé qu'« il n'y a pas lieu de s'opposer à des soins ou à des rééducations extérieurs à l'école pendant le temps scolaire » (Bulletin officiel du Ministère de l'éducation nationale n°6 du 7 février 2002, 2002). Les difficultés d'organisation

précédemment citées expliquent le fait que toutes les orthophonistes qui ont participé aux entretiens et qui ont déclaré avoir une pratique intensive font 2 séances par semaine. Néanmoins, certaines interventions ciblées ont obtenu des résultats significatifs en abaissant le nombre de séances hebdomadaire à 2 (Ardanouy et al., 2022; Namasivayam et al., 2015). Les résultats montrent que les difficultés d'accès aux soins ne concernent pas uniquement les déserts médicaux. D'une part, l'échantillon n'est pas représentatif de la distribution théorique des lieux d'exercice ($X^2 = 6.000$; $p > 0.1$), car les données théoriques sont anciennes (Atlasanté, 2019; DREES, 2019). D'autre part, la taille de l'échantillon de réponses recueillies ne permet pas de conclure spécifiquement pour les déserts médicaux. Néanmoins, d'après les résultats précédents et la littérature scientifique, la pratique intensive peut être proposée comme un moyen pour répondre à la demande de prise en soin en orthophonie (87,2% d'accord).

Cependant, l'intensité d'une prise en soin ne se mesure pas uniquement en nombre de séances hebdomadaires (Togher, 2012). Ainsi, il est possible, à travers d'autres moyens, d'obtenir un effet comparable. L'accompagnement parental permet d'assurer une continuité de la prise en soin entre le cabinet et le domicile du patient (Buschmann et al., 2009; Roberts & Kaiser, 2011). Il s'agit également, selon les réponses obtenues au questionnaire, du premier moyen permettant de répondre à la demande de soins en orthophonie (98,4% d'accord).

2.4 Mise en relation des résultats quantitatifs et qualitatifs

Les huit participants ayant répondu aux entretiens semi-dirigés ont été recrutés selon leur zone d'exercice et leur type de pratique, afin de récolter des données qualitatives variées. Les entretiens ont permis d'illustrer les résultats observés à travers les réponses au questionnaire. Néanmoins, leur apport principal repose sur l'émergence de nouveaux points de vue que la formulation de certaines questions et l'outil utilisé lui-même ne permettent pas d'observer dans le questionnaire, notamment concernant les différentes pratiques autour des pathologies du langage oral et du langage écrit. Les entretiens ont également permis de récolter des arguments minoritaires, qui enrichissent les résultats obtenus en permettant d'apporter des nuances.

3 Retours sur cette étude

3.1 Limites et perspectives

L'analyse du questionnaire a soulevé des limites à cette étude. En effet, il existe des biais de recrutement au niveau de cette population, notamment un biais de sélection, car les répondants sont des personnes volontaires. De plus, l'intitulé du questionnaire mentionnant la pratique intensive peut avoir limité le nombre de réponses obtenues, malgré la spécification

dans la notice d'information que tous les orthophonistes exerçant sur le territoire français pouvaient y participer.

L'absence de définition consensuelle de la pratique intensive est également une des principales limites de cette étude. Déterminer la ou les intensité(s) optimale(s) de prise en soin doit effectivement être l'objectif des prochaines recherches à ce sujet (Kaipa & Peterson, 2016; Warren et al., 2007). En effet, peu d'études comparent les effets d'un même traitement à différentes intensités cumulées, ou soulignent les potentiels effets secondaires d'une telle modalité de prise en soin (Enderby, 2012). Les recherches en santé font en effet partie des domaines scientifiques dont les études ont les méthodes les moins bien détaillées, selon Hoffmann et al. (2014). Devant cette problématique, ces derniers ont créé l'outil « Template for Intervention Description and Replication » (TIDieR) (modèle pour la description et la répliation d'interventions [traduction libre]). Il s'agit d'une grille de lecture qui permet aux chercheurs d'expliquer leur méthode de manière suffisamment détaillée et structurée pour permettre un meilleur travail de description complète et transparente de ce qui a été fait et des résultats obtenus. Cela permet à terme d'assurer la reproductibilité de l'expérimentation menée. Utiliser TIDieR pourrait alors permettre aux chercheurs de mener des études mieux structurées sur les effets de la prise en soin intensive, et aux lecteurs de repérer plus facilement les "ingrédients actifs" d'une intervention. Ainsi, une définition plus précise de la pratique intensive, au travers de futures recherches dédiées, pourrait permettre un meilleur échantillonnage. Par ailleurs, l'échantillon de répondants ayant une pratique intensive était réduit (36% des réponses) ; aussi, une nouvelle étude avec des échantillons plus équilibrés pourrait permettre de répondre à certaines questions et de confirmer certaines tendances observées.

La question « quelle est, en moyenne, la durée de rééducation dans les pathologies du langage oral ? » et son équivalent en langage écrit peuvent avoir donné des résultats biaisés selon l'interprétation de la question et aurait pu être formulée différemment. En effet, une question reprenant ces résultats et posée lors des entretiens semi-dirigés a suscité des difficultés d'interprétation, notamment si celle-ci portait sur la durée totale de rééducation ou bien sur la durée entre deux pauses thérapeutiques.

La notion de pratique « courte » n'a pas été clairement abordée dans le questionnaire, hormis lors des questions autour des pauses thérapeutiques, car elle ne s'est présentée que tardivement. En effet, un lien est apparu entre une pratique intensive et courte au cours de cette étude, c'est pourquoi il n'a pas été pris en compte dans l'axe de départ. Ce lien s'est manifesté de manière subtile dans la partie théorique et s'est précisé à travers les réponses obtenues lors des entretiens. Or, il serait intéressant de pouvoir objectiver cette donnée afin de proposer un meilleur cadre. Enfin, la fréquence à laquelle la pratique intensive est proposée

est trop différente entre les participants pour permettre d'en tirer des conclusions. C'est un paramètre qu'il faudra également prendre en compte dans les prochaines études sur le sujet. En outre, les critères du zonage des orthophonistes seront réévalués en 2023, les zones Sous-dotées et Très sous-dotées seront réunies en « zone Sous-dense » afin d'élargir l'éligibilité des orthophonistes aux différentes aides financières allouées (Arrêté du 1er mars 2023 modifiant l'arrêté du 31 mai 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'orthophoniste pour la détermination des zones prévues au 1o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, 2023). Ce mémoire a été réalisé pendant l'élaboration de ce nouveau zonage, donc certaines données concernant la répartition des zones d'exercice seront prochainement obsolètes. En effet, les zones identifiées comme étant des « déserts médicaux » sur le volet de l'orthophonie seront prochainement redéfinies, donc la population d'orthophonistes y exerçant sera différente. Cependant, il sera peut-être plus aisé d'obtenir un échantillon représentatif composé uniquement de cette population.

Enfin, cette étude souligne le déséquilibre entre la demande et l'offre de soin orthophonique, visible à travers la saturation des listes d'attente. En effet, les orthophonistes manquent de temps pour prendre en soin de nouveaux patients. Or, il serait pertinent d'objectiver, dans une prochaine étude, s'il existe un phénomène de « sur-adressage », c'est-à-dire des patients inscrits sur liste d'attente, mais qui pourtant n'auront peut-être pas besoin d'une prise en soins. Les bilans à la demande de l'Education Nationale pour le renouvellement des aides ou des aménagements en font notamment partie. Ces bilans sans rééducation nécessitent la réservation de plages horaires spécifiques qui pourraient être dédiées au suivi des patients. Cependant, l'accès direct aux soins en orthophonie ainsi que l'apparition du bilan de prévention, bien qu'avantageux pour la pratique professionnelle et la facilitation de l'accès aux soins, pourraient accentuer ce phénomène. Ainsi, des outils spécifiques à destination des professionnels susceptibles d'orienter les patients en orthophonie, comme les médecins ou les enseignants, pourraient permettre de ne recevoir que ceux qui en ont besoin.

3.2 Évaluation de l'impact pour le métier d'orthophoniste

Cette étude propose, avec les moyens actuellement à disposition des orthophonistes, une perspective pour répondre à la demande de soins en orthophonie. L'un des moyens choisis se trouve dans la pratique intensive. Ainsi, d'après les définitions, les recommandations de pratique clinique et les réponses au questionnaire, la fréquence de prise en soin optimale serait de 3 séances par semaine pour les pathologies du langage oral et du langage écrit. Or, dans la pratique, il est très difficile de planifier 3 séances. En cas de difficultés, cependant, il est possible d'abaisser à 2 séances par semaine et d'obtenir des résultats, d'après certaines

études ainsi que d'après les orthophonistes interrogées. La gestion de planning reste néanmoins le premier écueil dans le passage à la pratique intensive.

Dans tous les cas, l'inclusion de l'entourage du patient dans la prise en soin à travers l'accompagnement parental et familial est un élément clé de la rééducation intensive pour assurer la reprise des exercices au quotidien. En effet, plus que la fréquence des séances d'orthophonie, les effets de la prise en soin intensive reposent dans la durée cumulée de l'intervention directe et indirecte.

Enfin, les pauses thérapeutiques à intervalles réguliers aident le patient et sa famille à s'investir dans la prise en soin et à garder leur motivation malgré les lourdes contraintes organisationnelles de la modalité intensive. Il est en effet important d'établir dès le départ un début et une fin de suivi, aussi bien pour maintenir la motivation du patient et de sa famille que pour celle de l'orthophoniste, selon les réponses aux entretiens. Cela permet également de projeter une avancée dans la liste d'attente. Espacer les séances lorsque les objectifs sont atteints permet également de rassurer le patient et sa famille, en leur laissant la possibilité de revenir en cas de nouvelle plainte. La modalité d'exercice intensif permet d'atteindre plus rapidement les objectifs fixés à court et moyen terme, et donc de proposer des pauses thérapeutiques lorsque ceux-ci sont atteints. Les orthophonistes peuvent alors proposer la place vacante à d'autres patients, avec les mêmes modalités de suivi. Ce renouvellement plus dynamique de patientèle permet ainsi non seulement de désengorger les listes d'attente plus rapidement, mais également de reprendre un ancien patient en soin plus facilement si besoin. Les emplois du temps des orthophonistes seraient donc moins figés. Répondre à la demande de soins en orthophonie serait alors possible avec plus de facilité.

Pour conclure, bien que le format intensif de la pratique orthophonique implique de bouleverser les pratiques, les bénéfices envisagés pour les patients suivis et pour ceux en attente méritent de s'intéresser davantage à cette modalité particulière de prise en soin.

V Conclusion

L'orthophoniste raccroche le téléphone de son cabinet. Elle vient d'inscrire un patient de plus sur sa liste d'attente. Ses confrères et consœurs les plus proches se trouvent à plusieurs dizaines de kilomètres. Son emploi du temps, en revanche, n'évolue pas aussi vite que sa liste d'attente se remplit. Cette situation observée à plusieurs reprises durant des stages a motivé ce travail à travers le questionnaire suivant : comment, avec les moyens actuels, répondre à la demande croissante de prise en soin orthophonique dans les déserts médicaux ? L'objectif était de réaliser une enquête sur la diffusion de la pratique intensive en orthophonie sur le territoire français. Ce premier état des lieux a été effectué en utilisant une méthodologie mixte. Deux recueils de données quantitatives et qualitatives ont été menés via 125 répondants à un questionnaire et huit entretiens semi-directifs.

Tout d'abord, la première hypothèse concernant le lieu d'exercice et l'expérience des orthophonistes comme influençant la nature de leur pratique peut être partiellement validée. En effet, il n'existe pas de différence significative entre les différentes zones d'exercice en termes de demande de prise en soin, ce qui ne justifie pas le choix d'une modalité de prise en soin par rapport à une autre dans une zone donnée. En revanche, le nombre d'années d'expérience clinique serait un facteur à prendre en compte, puisque la prise en soin intensive est plus utilisée parmi les orthophonistes en début de carrière.

Ensuite, la seconde hypothèse concernant les effets de la prise en soin intensive sur le renouvellement de la patientèle suivie pour des pathologies du langage oral ou du langage écrit peut être validée. La prise en soin intensive permet en effet des rééducations plus courtes en langage oral. Même si cette tendance n'est pas observée statistiquement en langage écrit, les délais d'attente sont plus courts lorsque cette modalité de prise en soin est appliquée, ce qui suggère un renouvellement de patientèle plus dynamique.

Enfin, la troisième hypothèse suggérant la pratique intensive comme moyen de répondre à la demande de prise en soin dans les déserts médicaux ne peut être validée en ces termes. En effet, l'hypothèse de départ supposait une demande de prise en soin plus importante dans les déserts médicaux que dans les autres zones d'exercices des orthophonistes. Or, les résultats ont montré un déséquilibre entre la demande et l'offre de soins en orthophonie sur l'ensemble du territoire français. Néanmoins, la pratique intensive peut être proposée comme un moyen de répondre à la demande de soins en orthophonie de façon plus générale.

Ces résultats offrent de nouvelles perspectives d'études sur le sujet, car ce projet de recherche souligne notamment l'absence de définition consensuelle au sujet de la pratique intensive. Une qualification plus précise de cette pratique permettrait de mieux en saisir les effets et d'optimiser cette modalité dans la prise en soin en orthophonie.

VI Références

- ADELI. (2023). *[Base de données]*. ADELI.
- Alexander, A. W., & Slinger-Constant, A.-M. (2004). Current Status of Treatments for Dyslexia: Critical Review. *Journal of Child Neurology*, 19(10), 744-758.
<https://doi.org/10.1177/08830738040190100401>
- Allen, M. M. (2013). Intervention Efficacy and Intensity for Children With Speech Sound Disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56(3), 865-877.
[https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2012/11-0076\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012/11-0076))
- ANAES. (2001). L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. *Acta Endoscopica*, 28(2), 151-155.
<https://doi.org/10.1007/BF03019434>
- Arrêté du 31 mai 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'orthophoniste pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, (2018).
- Arrêté du 1er mars 2023 modifiant l'arrêté du 31 mai 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'orthophoniste pour la détermination des zones prévues au 1o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, (2023).
- Ardanouy, E., Zesiger, P. E., & Delage, H. (2022). Entraînement explicite de la morphologie dérivationnelle chez des enfants avec trouble spécifique des apprentissages de 8 à 13 ans. In *Actualités du langage écrit: Actes 2022* (p. p.149). Orthoéditions.
<https://archive-ouverte.unige.ch/unige:165610>
- Atlasanté. (2019). *CartoSanté—Indicateurs: Cartes, données et graphiques*. CartoSanté.

https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=615149,6826720,466735,272304&c=indicator&i=zonage_conv.z_orthoph&view=map12

- Baker, E. (2012). Optimal intervention intensity. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(5), 401-409. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.700323>
- Baker, E., & McLeod, S. (2004). Evidence-based management of phonological impairment in children. *Child Language Teaching and Therapy*, 20(3), 261-285. <https://doi.org/10.1191/0265659004ct275oa>
- Benchimol, E., Dehêtre, A., Dutilleul, M., & Rives, D. (2022). La réponse à la demande de soins en orthophonie est un enjeu majeur de la santé publique mais reste un défi pour notre profession. *L'Orthophoniste*, 419, 22-32.
- Billard, C., & Touzin, M. (2009). Prise en charge de l'enfant et de l'adolescent dyslexique. *ANAE - Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 21, 263-273.
- Bulletin officiel du Ministère de l'éducation nationale n°6 du 7 février 2002, Pub. L. No. 6, 2002-024 (2002). <https://www.education.gouv.fr/bo/2002/6/encart.htm>
- Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Feldhusen, F., Pietz, J., & Philippi, H. (2009). Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay : A randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 94(2), 110-116. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.141572>
- Chevillard, G., & Lucas-Gabrielli, V. (2018). *Accessibilité aux médecins généralistes en France : Les méandres de la construction des zones sous-dotées*. 7.
- Delage, H. (2021). Efficacité des thérapies orthophoniques en langage oral : Données choisies de la littérature. *ANAE. Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:156252>
- Delage, H. (2022). Etudes de cas uniques sur l'efficacité d'une thérapie : Utilisation de lignes de base. Illustrations chez l'enfant. In *Manuel de recherche en orthophonie* (p. 138-148).

- Derouet, M., & Neumar, J. (2016). *L' amélioration de la voie d'assemblage chez l'enfant dyslexique par l'administration intensive d'un protocole grapho-phonémique : Comparaison avec une prise en charge bihebdomadaire* (p. PPN : 196690889) [Other, Université de Lorraine]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870195>
- DREES. (2019). *Les orthophonistes : Données statistiques* (FNO, Éd.).
- Edeal, D. M., & Gildersleeve-Neumann, C. E. (2011). The Importance of Production Frequency in Therapy for Childhood Apraxia of Speech. *American Journal of Speech-Language Pathology, 20*(2), 95-110. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/09-0005\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/09-0005))
- Enderby, P. (2012). How much therapy is enough? The impossible question! *International Journal of Speech-Language Pathology, 14*(5), 432-437. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.686118>
- FNPS - INSEE. (2022). *[Base de données]*. FNPS-INSEE.
- Frizelle, P., Tolonen, A.-K., Tulip, J., Murphy, C.-A., Saldana, D., & McKean, C. (2021a). The Impact of Intervention Dose Form on Oral Language Outcomes for Children With Developmental Language Disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 64*, 3253-3288.
- Frizelle, P., Tolonen, A.-K., Tulip, J., Murphy, C.-A., Saldana, D., & McKean, C. (2021b). The Influence of Quantitative Intervention Dosage on Oral Language Outcomes for Children With Developmental Language Disorder : A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 52*, 738-754.
- Harrar Eskinazi, K., Cara, B., Leloup, G., Nothelier, J., Caci, H., Ziegler, J., & Faure, S. (2021). *Dyslexie développementale et méthodes de remédiation (DDMR) : Présentation d'une intervention multimodale illustrée par une étude de cas*.
- HAS. (2013). *Quelles définitions pour la pertinence des actes ?* Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1499665/fr/quelles-definitions-pour-la-pertinence-des-actes
- HAS. (2022). *Recommandations de Bonne Pratique d'Évaluation, de Prévention et de*

Remédiation des troubles du langage écrit chez l'enfant et l'adulte.

- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A.-W., & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions : Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, *348*, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>
- Kaipa, R., & Peterson, A. M. (2016). A systematic review of treatment intensity in speech disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *18*(6), 507-520. <https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1126640>
- Maillart, C., & Durieux, N. (2014). *L'evidence-based practice à portée des orthophonistes : Intérêt des recommandations pour la pratique clinique*. *257*, 71-82.
- Martinez-Perez, T., Dor, O., & Maillart, C. (2015). *Préciser, argumenter et évaluer les objectifs thérapeutiques pour améliorer la prise en charge orthophonique*. *261*, 63-89.
- McFaul, H., Mulgrew, L., Smyth, J., & Titterington, J. (2022). Applying evidence to practice by increasing intensity of intervention for children with severe speech sound disorder : A quality improvement project. *BMJ Open Quality*, *11*(2), e001761. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2021-001761>
- Namasivayam, A. K., Pukonen, M., Goshulak, D., Hard, J., Rudzicz, F., Rietveld, T., Maassen, B., Kroll, R., & van Lieshout, P. (2015). Treatment intensity and childhood apraxia of speech : Treatment intensity and childhood apraxia of speech. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *50*(4), 529-546. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12154>
- Plante, E., Mettler, H. M., Tucci, A., & Vance, R. (2019). Maximizing Treatment Efficiency in Developmental Language Disorder: Positive Effects in Half the Time. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *28*(3), 1233-1247. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-18-0285
- Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language

- Interventions : A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 180-199. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/10-0055\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0055))
- Smith-Lock, K., Leitão, S., Lambert, L., Prior, P., Dunn, A., Cronje, J., Newhouse, S., & Nickels, L. (2013). Daily or weekly? The role of treatment frequency in the effectiveness of grammar treatment for children with specific language impairment. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(3), 255-267. <https://doi.org/10.3109/17549507.2013.777851>
- Soares-Boucaud, I., Cheynel-Alberola, M.-L., & Georgieff, N. (2007). La dyslexie développementale en pédopsychiatrie : Diagnostic et prise en charge. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(4), 220-225. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.06.002>
- Thomas, D. C., McCabe, P., & Ballard, K. J. (2014). Rapid Syllable Transitions (ReST) treatment for Childhood Apraxia of Speech : The effect of lower dose-Frequency. *Journal of Communication Disorders*, 51, 29-42. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2014.06.004>
- Togher, L. (2012). Challenges inherent in optimizing speech-language pathology outcomes : It's not just about counting the hours. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(5), 438-442. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.689334>
- Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. (2022). *Nomenclature Générale des Actes Professionnels* (NGAP). <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP05092022.pdf>
- Wagstaff, A. (2022). Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé. *Bulletin of the World Health Organization*, 2(80), 97-105.
- Warren, S. F., Fey, M. E., & Yoder, P. J. (2007). Differential treatment intensity research : A missing link to creating optimally effective communication interventions. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(1), 70-77. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20139>

- Wren, Y., Harding, S., Goldbart, J., & Roulstone, S. (2018). A systematic review and classification of interventions for speech-sound disorder in preschool children. *International Journal of Language & Communication Disorders, 53*(3), 446-467. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12371>
- Zeng, B., Law, J., & Lindsay, G. (2012). Characterizing optimal intervention intensity: The relationship between dosage and effect size in interventions for children with developmental speech and language difficulties. *International Journal of Speech-Language Pathology, 14*(5), 471-477. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.720281>

VII Annexes

Annexe A - Questionnaire « Pertinence et faisabilité d'une pratique orthophonique intensive et de courte durée dans les déserts médicaux »	1
Annexe B - Zonage conventionnel des orthophonistes.....	11
Annexe C - Entretien semi-dirigé.....	12

Annexe A - Questionnaire « Pertinence et faisabilité d'une pratique orthophonique intensive et de courte durée dans les déserts médicaux »

Début : 1 / 10

Notice d'information aux participants

Directeurs du mémoire : Bouchalais Alexis (doctorant en Droit de la Santé, IFROSS / ARS Auvergne Rhône-Alpes, alexisbouchalais@outlook.com) et Pottelain Maëlle, (orthophoniste en libéral, maelle.pottelain@yahoo.fr)

Etudiant : Chaillard Caroline (étudiante en Master 2 Orthophonie – Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation, UCBLyon 1, caroline.chaillard@etu.univ-lyon1.fr)

Responsables Recherche département d'Orthophonie UCBL : memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer de façon volontaire à un recueil de données sur les pratiques professionnelles en orthophonie. 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 pour 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) ou à la personne réalisant le recueil de données (l'étudiant).

But de l'étude : Cette étude a pour but d'évaluer la pertinence et la faisabilité d'une rééducation intensive et de courte durée dans les déserts médicaux afin de répondre à la demande de soins en orthophonie.

Déroulement de l'étude et méthode : Ce questionnaire à destination des orthophonistes sera diffusé de novembre 2022 à février 2023. Des entretiens téléphoniques ou en visioconférence seront ensuite proposés aux personnes qui le souhaitent et se dérouleront en mars 2023.

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 proposer un moyen éventuel pour répondre à la demande de soins en orthophonie dans les déserts médicaux.

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 !

Participation au recueil de données : *

- J'accepte
 Je refuse

Temps estimé pour le remplissage du questionnaire : moins de 10 minutes.

Saut de page : 2 / 10

Quel.le orthophoniste êtes-vous ?

Vous êtes : *

- Un homme
 Une femme
 Autre
 Ne souhaite pas répondre

Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? *

Actuellement, quel est votre mode d'exercice ? *

- Libéral
 Salariat
 Mixte

Cliquez pour accéder à la carte du [zonage des orthophonistes](#) (*Attention si vous êtes sur téléphone, il faut l'ouvrir dans un nouvel onglet. Si non, vous devrez malheureusement recommencer le questionnaire ! Si vous êtes sur ordinateur, pas de problème, il s'ouvre automatiquement dans un nouvel onglet*).

D'après le zonage ci-dessus effectué par les Agences Régionales de Santé, dans quel type de territoire exercez-vous ? *

- Très sous-dotée
 Sous-dotée
 Intermédiaire
 Très dotée
 Sur-dotée

Pratiques autour des listes d'attente

Avez-vous une liste d'attente ? *

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

Pour quelle(s) raison(s) ? *

- Pas besoin
- Surcharge cognitive
- Culpabilité
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

Plusieurs réponses possibles

Actuellement, combien de patients environ sont inscrits sur votre liste d'attente ? *

Quel(s) sont les 3 domaines les plus représentés parmi votre liste d'attente ? *

- Troubles de l'articulation
- Déglutition dysfonctionnelle
- Troubles vélo-tubo-tympaniques
- Troubles de la voix et dyskinésies laryngées
- Dysphagies
- Anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité
- Voix oro-œsophagienne et/ou trachéo-œsophagienne
- Troubles de la communication et du langage écrit
- Troubles de la cognition mathématique
- Troubles du graphisme et de l'écriture
- Retards de parole, troubles de la communication et du langage oral
- Bégaiements et autres troubles de la fluence
- Surdités
- Handicaps moteurs, sensoriels, déficience intellectuelle, paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme, maladies génétiques
- Pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique
- Pathologies neurodégénératives

- Autre
- Ne souhaite pas répondre

3 réponses maximum

Lorsqu'un nouveau patient vous contacte (hors AVC en phase aiguë, bégaiement, et autres urgences thérapeutiques), quel temps d'attente lui annoncez-vous en ce moment ? *

- Moins de 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- 1 an
- Entre 1 an et 2 ans
- 2 ans
- Entre 2 ans et 3 ans
- Plus de 3 ans
- Ne prends pas de nouveaux patients
- N'annonce pas de temps d'attente
- Ne souhaite pas répondre

Saut de page : 4 / 10

La pratique intensive

Connaissez-vous la pratique intensive ? *

- Oui
- Je crois
- Non

D'après vous, on parle de « pratique intensive » lorsqu'elle représente : *

- Au moins 1 séance par semaine
- Au moins 2 séances par semaine
- Au moins 3 séances par semaine
- Au moins 4 séances par semaine
- Plus de 5 séances par semaine
- Ne sais pas
- Ne souhaite pas répondre

La pratiquez-vous ? *

- Oui
- Non

Après de quel(s) type(s) de pathologies la pratique intensive vous semble-telle pertinente ? *

- Troubles de l'articulation
- Déglutition dysfonctionnelle

- Troubles vélo-tubo-tympaniques
- Troubles de la voix et dyskinésies laryngées
- Dysphagies
- Anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité
- Voix oro-œsophagienne et/ou trachéo-œsophagienne
- Troubles de la communication et du langage écrit
- Troubles de la cognition mathématique
- Troubles du graphisme et de l'écriture
- Retards de parole, troubles de la communication et du langage oral
- Bégaiements et autres troubles de la fluence
- Surdités
- Handicaps moteurs, sensoriels, déficience intellectuelle, paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme, maladies génétiques
- Pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique
- Pathologies neurodégénératives
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

Plusieurs réponses possibles

Parmi les patients suivis pour la/les type(s) de pathologie(s) sélectionnée(s) ci-dessus, à qui proposez-vous une rééducation intensive ? *

- Pour tous les patients
- Pour la plupart des patients
- Pour certains patients
- Pour les patients qui le demandent
- Pour aucun patient
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

Quand proposez-vous à ces patients une rééducation intensive ? *

- Du début à la fin de la rééducation
- Au début de la rééducation
- A la fin de la rééducation
- Uniquement pendant les vacances scolaires
- Sur une/plusieurs courte(s) période(s)
- Avant une pause thérapeutique
- Après une pause thérapeutique
- Jamais
- Autre

Ne souhaite pas répondre

Plusieurs réponses possibles

Selon vous, la motivation du patient est-elle déterminante dans le choix de réaliser ou non une prise en soin intensive ? *

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

Saut de page : 5 / 10

Pathologies en langage oral et / ou en langage écrit

"Langage oral" correspond aux rééducations des troubles de l'articulation, des retards de parole, et des troubles de la communication et du langage oral.

"Langage écrit" correspond aux rééducations des troubles de la communication et du langage écrit, du graphisme et de l'écriture.

Prenez-vous en soin des patients pour des rééducations en langage oral et / ou en langage écrit ? *

- Oui
- Non

Quelle est, environ, la part des rééducations en langage oral et en langage écrit dans votre patientèle ? *

50

En pourcentage

En moyenne, quelle est la durée de rééducation proposée en langage oral ? *

- 6 mois
- 1 an
- 1 an et demi
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- Plus de 4 ans

En moyenne, quelle est la durée de rééducation proposée en langage écrit ? *

- 6 mois
- 1 an
- 1 an et demi
- 2 ans
- 3 ans

- 4 ans
- Plus de 4 ans

En moyenne, quelle est la durée de rééducation proposée en langage écrit ? *

- 6 mois
- 1 an
- 1 an et demi
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- Plus de 4 ans

Proposez-vous des pauses thérapeutiques à vos patients suivis pour ces types de pathologies ? *

- Oui
- Non
- Uniquement pour certains patients
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

Si oui, dans quel(s) contexte(s) ? *

- Lassitude du patient
- Lassitude de l'orthophoniste
- Lassitude de la famille à faire les trajets
- Objectif à court terme réalisé
- Objectif à moyen terme réalisé
- Objectif à long terme réalisé
- Pas de contexte précis
- N'est pas concerné.e par la question
- Ne souhaite pas répondre

Plusieurs réponses possibles

Selon vous, mettre en place une rééducation intensive pour ces types de pathologies serait : *

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Très difficile
- Ne sais pas
- Ne souhaite pas répondre

Pour quelle(s) raison(s) ?

Facultatif

Selon vous, une rééducation intensive : *

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Est contraignante à mettre en place *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N'a pas d'effet sur la durée de la prise en soin *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N'a pas d'intérêt particulier *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Améliore l'investissement et la motivation du patient *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entraîne une progression plus rapide du patient *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permet de désengorger les listes d'attente *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Saut de page : 6 / 10

La demande de soins en orthophonie

Les moyens suivants permettraient de mieux répondre à la demande de prise en soin dans les déserts médicaux : *

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Plus d'orthophonistes *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'éducation thérapeutique *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accompagnement parental *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en soin intensive *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La télé-orthophonie *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en soin de groupe *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une offre de transports sanitaires (ambulances, taxis spécialisés) *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Il existe des aides à l'installation pour rendre les déserts médicaux attractifs. Qu'en pensez-vous ? *

- Efficaces
- Peuvent être améliorées
- Pas efficaces
- Ne savais pas que des aides existaient
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

Je souhaite développer mes réponses :

Facultatif

Saut de page : 7 / 10

Remerciements

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Afin de compléter ces recherches, de courts entretiens téléphoniques ou en visioconférence seront organisés.

Souhaitez-vous être recontacté.e ? *

- Oui
- Non

Si oui, quelle est votre adresse email ?

marie.dupont@domaine.com

L'étudiante vous contactera par mail afin de définir un rendez-vous.

Souhaitez-vous être informé.e des résultats de ce mémoire ? *

- Oui
- Non

Saut de page : 8 / 10

Évaluation du questionnaire

Facultatif

A combien de temps estimez-vous le remplissage de ce questionnaire ?

En minutes

Cette durée vous a semblée :

- Trop longue
- Adaptée

Le questionnaire vous a-t-il paru compréhensible ?

- Oui
 Non

Le questionnaire vous a-t-il paru lisible ?

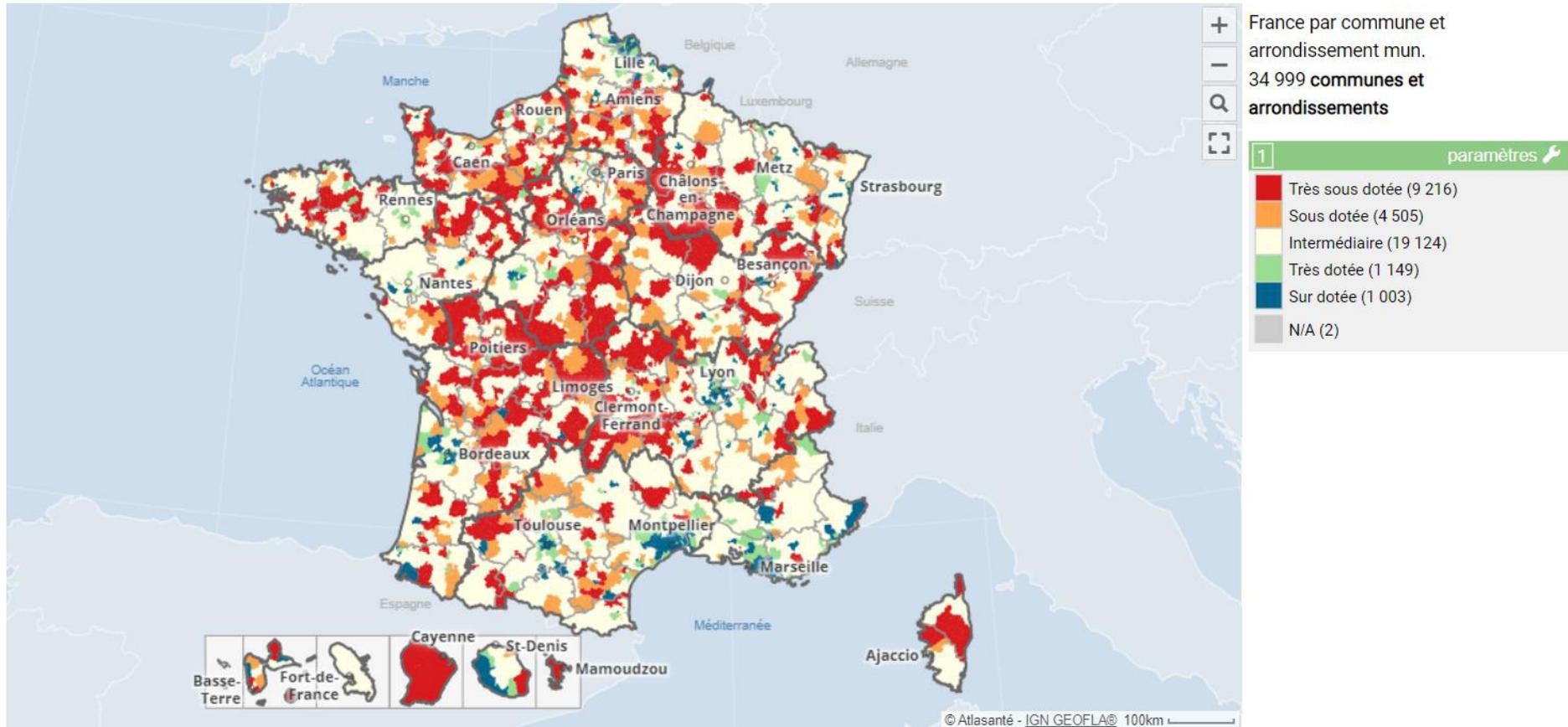
- Oui
 Non

Avez-vous remarqué une anomalie ou un dysfonctionnement ?

- Oui
 Non

Remarques et commentaires

Annexe B - Zonage conventionnel des orthophonistes



Annexe C - Entretien semi-dirigé

Entretien n°1 – Zone sous-dotée / Pratique intensive

LO : langage oral ; LE : langage écrit ; CRBO : compte-rendu de bilan orthophonique

Comment avez-vous choisi votre lieu d'exercice ?

Je n'ai pas choisi dans le sens où c'est mon conjoint qui est originaire de [ce département], donc rapprochement conjugal. J'ai quand même essayé de regarder pour être favorisée dans mon installation et trouver une ZRR pour ne pas payer d'impôts, j'ai quand même fait attention à ça. J'ai changé 2 fois de lieu d'exercice et les 2 fois c'était pour ça. Raisons familiales et plus précisément économiques.

Quelles sont les contraintes autour de votre patientèle auxquelles vous vous heurtez dans votre pratique clinique ?

Comme je suis en zone rurale, on est très peu d'orthophonistes et on a énormément de demandes. Grosse contrainte c'est le nombre d'appels quotidiens, que j'arrive mieux à gérer maintenant parce que j'ai souscrit à Perfactive (liste d'attente informatisée). Je relève mon répondeur téléphonique, les personnes me laissent un numéro, je leur envoie un sms avec le lien. C'est moins une contrainte mais c'est une grosse charge mentale et beaucoup de culpabilité de voir la liste d'attente qui augmente... j'ai 10 appels par jour parfois.

Au niveau de mes patients, l'organisation de l'emploi du temps n'est pas simple. J'arrive à peu près à gérer mais ça reste un truc où tu te masturbes le cerveau. L'orthophonie c'est quand même des PEC régulières et c'est ça que les gens recherchent. Quand tu prends un nouveau patient ça peut arriver que les 2 créneaux qui restent conviennent pas, il faut alors bouger d'autres personnes.

Pensez-vous que les orthophonistes qui exercent dans un désert médical ont les mêmes contraintes ?

Et oui c'est compliqué car pour moi, très fort ressenti de désert médical ! Donc oui je pense qu'on a les mêmes contraintes.

Comment décririez-vous votre pratique clinique en quelques mots ?

Je la décris comme étant courte et intensive ! En tout cas j'aime à penser que c'est comme ça que je pratique la plupart du temps. Je fais un peu une généralité car actuellement j'ai beaucoup de neuro, avec qui je ne peux pas mettre de l'intensif en place. Mais pour le LE et le LO, qui représentent en ce moment pas énormément de patients, mais c'est parce que je suis enceinte. J'ai commencé en septembre avec ces patients car c'est 90% des demandes que j'ai, sauf que comme je ne vais pas au-delà des 50 séances de l'ordonnance, ça s'arrête à peu près maintenant. Mais comme je suis enceinte et que je ne vais pas être remplacée, je

ne prends pas de nouveaux patients comme eux car je vais les voir 2-3 mois et ils vont devoir patienter donc ça m'embête. Mais de façon générale j'ai quand même 50% de ma patientèle en LO/LE, et eux je fais que du court et de l'intensif, je les vois tous 2 fois par semaine. C'est obligatoire, sinon ciao.

Quels sont pour vous les avantages (s'il y en a) et les inconvénients (s'il y en a) d'une pratique intensive ?

Les inconvénients y'en a à mon sens très peu, c'est-à-dire quand il faut trouver 2 créneaux, pour l'un c'est bon mais pour le 2^{ème} c'est un peu plus galère, il faut s'arranger avec des familles où c'est un peu plus souple... mais je pense que c'est à peu près le seul.

Les avantages, c'est juste que ça avance plus que 2x plus vite en réalité, ça avance beaucoup plus vite, je trouve que je suis beaucoup plus investie auprès des patients que je vois 2 fois dans la semaine. Le patient que je vais voir 1 fois par semaine, par raison de commodité on a pas du tout trouvé 2 créneaux par semaine, du coup on faisait 1h d'affilée... mais j'ai l'impression de moins m'investir que pour tous les autres. Tu les vois plus, je pense plus à eux, eux aussi ils pensent plus à moi, ils font plus appel aux outils qu'on a vu pendant les séances, les choses qu'on voit sont plus vite mobilisées, et puis ça me permet de voir beaucoup plus de patients sur une année. Juste en me basant sur le nombre de dossiers, je suis à 250 patients à peu près, même si pour certains j'ai juste des bilans (déglutition), en l'espace de 2 ans et demi d'exercice. C'est quand même assez stylé. Je peux voir beaucoup plus de monde, il y a aussi des cas où je finis les 6 mois et ils me disent « mais ça me fait peur, il aura plus d'ortho, s'il a de nouveau besoin est-ce qu'on va de nouveau galérer ? » bah non je sais que je ne vais pas galérer à les placer, j'aurai forcément de la place qui va se libérer. Au pire je les ferai attendre 1 mois. J'ai cette assurance de voir mes anciens patients s'ils en ont besoin, et puis pouvoir voir encore plus de personnes. C'est quand même dur ce boulot où t'avances par micro-bout, si je les vois 1 fois par semaine je ne verrais rien bouger. Alors que là vraiment tu les vois bouger ! Je viens de finir une PES d'une petite en CE1, avec un énorme retard d'apprentissage, je l'ai vue 2x par semaine 45min, soit environ 3 séances par semaine facturées à la sécu, j'ai fini par un bilan de renouvellement et elle est sortie de la zone pathologique partout. Je pense que je peux écarter le diagnostic dyslexie/dysorthographe, tu te dis « t'as fait un super boulot » !

Comment travaillez-vous avec des patients suivis pour les rééducations en LO/LE ?

Dès l'appel téléphonique, je leur dis que voilà, ok on peut faire un bilan, par contre je vois tous mes patients 2 fois par semaine et je ne vais pas au-delà des 50 séances qui représentent 5-6 mois. Après ça, on fait une pause d'à peu près le même temps si on a besoin de se revoir. C'est à prendre ou à laisser. C'est plus lourd de venir 2 fois dans la semaine, mais on sait qu'il y a un début et une fin. On met toutes les chances de notre côté.

Je n'ai jamais eu personne qui me dit « oh je suis pas d'accord », mais est-ce que c'est parce qu'ils n'ont pas le choix ? Mais en général je pense que les gens sont d'accord. Les gens ont envie d'avoir un cadre. L'orthophonie ce n'est pas une béquille qu'on garde à vie, il y a toujours quelque chose à travailler.

L'enfant on le voit 3 ans mais ça veut dire qu'il ne peut pas travailler sans l'orthophoniste.

Après les gens ont des horaires particuliers, [dans le département où j'exerce] il y a beaucoup de gens qui travaillent dans le soin, dans des structures. Eux c'est parfois leur stress parce qu'ils ont des horaires atypiques. C'est plus dur pour eux à mettre en place, mais comme on est en zone rurale il y a toujours quelqu'un pour prendre le relais pour emmener les gamins. Dans mon CRBO j'essaie de fixer des objectifs thérapeutiques assez généraux, par exemple en LE ça va être « vitesse et fluidité de lecture », l'orthographe grammaticale, ça reste assez général, ou orthographe phonétique... orthographe lexicale c'est faisable aussi, bien que plus long. J'essaie de mettre des objectifs comme ça. Je ne trouve pas que je sois sur des objectifs vraiment petits, à part un peu en LO quand il y a beaucoup de choses à bosser et que c'est un travail sur le long cours, je me fixe des objectifs réalisables sur le temps que je me suis donné. Mais peut-être qu'il faudrait que je sois un peu plus spécifique mais je trouve ça difficile en LE. C'est plus facile d'être spécifique en LO. Par exemple pour un enfant LO dans le cadre d'une DI, il y a tellement de choses à travailler que j'ai vraiment vu très petit « parler en disant je » au bout de 6 mois de rééducation, etc... Mais c'est un des rares pour lesquels j'ai fait comme ça.

Dans ma pratique en LO/LE, je fais très peu de jeux. J'estime qu'ils ne sont pas là pour jouer. Je rajoute un truc ludique de temps en temps. Quand tu es sympa, les patients n'ont pas besoin de la carotte du jeu. En LE je les prends tous 45 min, même les petits en CP. Tout le monde tient. Par contre en LO j'ai plus de mal, les petits de 5 ans, 30 min c'est bien.

Je fais des fiches en LE, je demande à mes patients d'avoir un porte-vue pour que les patients aient le support en dehors. Et je prends beaucoup les parents en séance, comme ça ils peuvent généraliser. J'implique les parents donc ils voient à quoi servent les fiches.

En moyenne, d'après les réponses au questionnaire, une rééducation en LO/LE dure environ 2 ans. Pensez-vous qu'elle puisse être plus courte ? (pour quelle.s raison.s ?)

Bien sûr ! Je pense que c'est à l'ortho de poser ses conditions, son cadre, et il y a beaucoup d'ortho qui se mettent des barrières psycho « c'est infaisable, je ne trouverai jamais la place, mon planning est figé », mais si c'est carrément faisable. Je voulais faire 3 séances par semaine, mais je me suis vite rendu compte que c'était beaucoup demander, mais 2 c'est largement faisable, même quand le planning est bien rempli au final. C'est à l'ortho de poser les conditions. On peut carrément réduire le temps mais il faut bouleverser les pratiques. Même s'ils n'ont jamais été suivis en orthophonie, les gens ont des copines ou des copains dont les enfants sont suivis, qui ont leur petit créneau le lundi à 16h30 depuis 3 ans et demi

et ça ne choque personne. Ils s'attendent à trouver le même créneau. Je les fais raisonner au téléphone, « c'est utile de faire 1 séance par semaine pendant 3 ans ? si vous allez chez le kiné c'est pareil ? ». C'est justement en travaillant comme ça que ça me permet d'avoir beaucoup plus de monde sur une année. Mais par contre il faut être solide sur ses appuis. J'ai rarement eu des gens qui refusaient par souci de disponibilité. Il y a toujours moyen de se débrouiller. Ils sont toujours là pour le bilan, ils voient leur enfant en difficulté, ils ne se disent pas « laisse tomber on ne trouvera jamais 2 créneaux ». Ça peut être bien plus court que 2 ans, 2 ans ça veut dire qu'on est des béquilles voire qu'on est inefficaces. Ça veut dire que notre boulot est inutile.

C'est quand même fatigant de pratiquer comme je fais parce que j'ai tout le temps des trous, des PES qui s'arrêtent. Je suis tout le temps en train de rappeler des gens pour des bilans, je fais tout le temps des CRBO. C'est vrai que voir 50 patients pendant 2-3 ans c'est moins fatigant, il n'y a pas l'emploi du temps à refaire, les CRBO à rédiger tout le temps, mais pas la satisfaction de faire bouger le système et voir une évolution chez les patients. Est-ce que c'est juste un gagne-pain confortable, ou on se donne un peu plus les moyens pour que ce soit utile ?

C'est sans doute plus difficile de passer d'une pratique classique à intensive quand le planning est déjà fait que quand tu commences ton activité où tu peux le faire directement. Mais tout est faisable.

Avez-vous des craintes quant aux prises en charge intensives ?

Non.

Autres choses :

Je n'ai pas le temps de me lasser du patient, j'ai l'impression d'avoir du renouveau très souvent. C'est moins lassant.