



Téléorthophonie : l'éloignement met-il à distance la relation thérapeutique ?

Géraldine Riberi

► To cite this version:

Géraldine Riberi. Téléorthophonie : l'éloignement met-il à distance la relation thérapeutique ?. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01482241

HAL Id: dumas-01482241

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01482241>

Submitted on 3 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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

Par

RIBERI Géraldine
Née le 31 mars 1984 à Monaco

TELEORTHOPHONIE :
*L'éloignement met-il à distance la relation
thérapeutique ?*

Directeur de Mémoire : **BELLONE Christian,**
Orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **SISTAC Michel,**
Orthophoniste

Nice
Année 2015-2016

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

Par

RIBERI Géraldine
Née le 31 mars 1984 à Monaco

TELEORTHOPHONIE :
*L'éloignement met-il à distance la relation
thérapeutique ?*

Directeur de Mémoire : **BELLONE Christian,**

Orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **SISTAC Michel,**

Orthophoniste

Nice

Année 2015-2016

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier ici toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

*Tout d'abord, je remercie chaleureusement Monsieur **Christian Bellone**, mon directeur, de m'avoir suivie cette année. Son soutien, son écoute et son attitude positive vis-à-vis de mon travail m'ont été précieux. Je remercie Monsieur **Michel Sistac**, mon co-directeur, sans qui ce travail de recherche n'aurait pu voir le jour. Je leur suis extrêmement reconnaissante.*

Je remercie également tous les orthophonistes qui ont pris part à mon investigation. La qualité de leurs réponses et la richesse de leurs commentaires ont apporté des éclairages particulièrement intéressants à ce travail. Je les remercie infiniment pour leur collaboration. Aussi, je voudrais remercier les nombreux patients qui ont accepté de participer à cette étude. Ce travail n'aurait pas de raison d'être sans leur participation.

*Ensuite, je souhaiterais remercier infiniment mes maîtres de stage qui m'ont accompagnée tout au long de cette année. Merci à **Jérémie P., Bernadette S., Françoise F., Anne F., Magali P.**, au **Centre de Référence des Troubles des Apprentissages de Nice et toute son équipe** pour votre accueil, ainsi que la richesse de votre enseignement pratique et clinique.*

*Enfin, je voudrais remercier du fond du cœur toutes les personnes qui m'ont soutenue ces dernières années. Je pense, avec tout mon amour et toute mon affection, à ma famille, ma sœur **Karine, Emy**, qui par leur seule présence ont toujours su me réconforter. Je remercie **mes parents** qui m'ont permis de réaliser ces études, et particulièrement **ma mère** pour son soutien sans faille et la constance de sa tendresse. Je remercie **Raphaël** – qui a pris le train en marche – d'avoir accepté de m'accompagner durant ces années d'études. Merci infiniment pour ton amour et ta compréhension.*

*J'adresse une pensée particulière aux personnes qui m'ont encouragée à suivre cette voie et m'ont confortée dans mes choix. Je remercie mes amis proches pour leur présence, leur affection, leur écoute et leurs encouragements. Un autre merci à **Kevin** pour son amitié précieuse, lui qui, grâce à son humour et sa bonne humeur, a toujours su égayer mon quotidien. Un très grand merci à **Laura** de m'avoir accompagnée durant toutes les épreuves qui ont jalonné mon parcours, du concours d'entrée à l'École d'Orthophonie de Nice jusqu'au point final de ce mémoire. Merci d'avoir été à mes côtés dans les tourments et d'avoir partagé tous les moments de joie.*

*Je remercie enfin toutes les belles rencontres que j'ai pu faire au sein de cette école, et en particulier **Clélia**. Je leur souhaite le meilleur pour l'avenir.*

*À mon grand-père, **André**.*

SOMMAIRE

Remerciements	
SOMMAIRE.....	1
Introduction	4
PARTIE THEORIQUE	6
I. La télésanté.....	7
1. Rappels historiques.....	7
2. Définition de la télésanté	7
3. Les outils de la télésanté.....	7
4. Les objectifs de la télésanté	7
5. La télésanté, solution d'avenir ou à risque ?	8
II. La télésanté : pourquoi l'essor d'une telle pratique ?	10
1. Une réponse aux tendances démographiques actuelles	10
2. Quelles avancées technologiques ?.....	10
III. La télé médecine.....	13
1. Concept de télé médecine	13
2. Les applications de la télé médecine	13
3. Cadre légal et réglementaire de la télé médecine en France.....	13
IV. La télé orthophonie.....	14
1. Définition de la télé orthophonie	15
2. Comment fonctionne la télé orthophonie ?.....	15
3. Les objectifs de la télé orthophonie	15
4. Télé orthophonie et déontologie	15
5. Quelle protection juridique pour la télé orthophonie ?.....	16
6. Télé orthophonie et éthique	16
7. Les avantages de la télé orthophonie.....	17
8. Les inconvénients de la télé orthophonie	19
8.1. Des exigences techniques	19
8.2. La qualité de la communication.....	21
8.3. La distance physique	21
V. Le cadre thérapeutique.....	21
1. Définitions	21
2. Le cadre : que s'y passe-t-il ?	22
3. Le cadre thérapeutique selon les auteurs	22
4. Le cadre thérapeutique selon les orthophonistes	23
5. Les fonctions du cadre thérapeutique	23

6. Les caractéristiques du cadre thérapeutique	24
6.1. La permanence du cadre	24
6.2. Le contrat	25
6.3. Les éléments du cadre.....	25
7. Les évolutions du cadre thérapeutique	26
8. De l'exigence de cadre à l'exigence éthique	27
VI. La relation thérapeutique.....	27
1. Définition de la « relation ».....	27
2. Histoire de la « relation d'aide »	28
3. La « relation d'aide » selon les auteurs	29
4. La « relation d'aide », une relation de confiance	29
5. Le rôle thérapeutique de la relation	30
6. La « relation d'aide » : quelles exigences de la part du thérapeute ?	31
6.1. La congruence.....	31
6.2. La considération positive inconditionnelle.....	31
6.3. L'empathie.....	31
7. La relation thérapeutique	31
VII. L'entretien d'aide.....	32
1. Définitions	32
2. L'influence du contexte	34
3. Le positionnement dans l'espace	34
3.1. La proxémie.....	34
3.2. La relation à l'espace	35
VIII. La distance : quelle influence sur la communication ?.....	36
1. Le rapport de places.....	36
2. La dynamique langagière.....	37
2.1. La communication	37
2.2. La communication gestuelle et la communication verbale	37
2.3. Le paraverbal	37
2.4. La communication non-verbale	38
2.5. Le non-verbal : inducteur d'empathie affective	38
2.6. La communication affective non-verbale	39
3. L'écoute compréhensive.....	39
3.1. Définitions	39
3.2. Les interférences à la compréhension.....	39
4. Le transfert et le contre-transfert	40
4.1. Définitions	40

4.2. Transfert, contre-transfert et orthophonie.....	40
5. L'agitation	41
5.1. Définitions	41
5.2. Comment y faire face ?.....	41
PARTIE EXPERIMENTALE	42
I. Problématique et objectifs	43
1. Problématique	43
2. Objectifs.....	44
II. Choix de la population et du dispositif expérimental	44
1. Questionnaire adressé aux patients suivis par téléorthophonie	44
2. Questionnaires adressés aux téléorthophonistes.....	45
III. Analyse des résultats	47
1. Questionnaire adressé aux patients suivis par téléorthophonie	47
2. Questionnaire adressé aux téléorthophonistes.....	52
IV. Conclusion de la partie pratique.....	66
1. Discussion sur le dispositif expérimental	68
2. Réflexion amenée par les conclusions.....	70
Conclusion	73
Bibliographie	75
Glossaire	81
ANNEXES.....	83
Annexe I : Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009.....	84
Annexe II : Décret d'application n°2010-1229 de la loi HPST du 19 octobre 2010.....	85
Annexe III : Questionnaire Patients – questions préliminaires : votre prise en charge par téléorthophonie	89
Annexe IV : Questionnaire Patients – La relation avec votre téléorthophoniste.....	90
Annexe V : Questionnaire Patients – Les résultats de votre prise en charge	91
Annexe VI : Questionnaire Téléorthophonistes – Situation géographique et mode d'exercice.....	92
Annexe VII : Questionnaire Téléorthophonistes – Les patients.....	93
Annexe VIII : Questionnaire Téléorthophonistes – La relation thérapeutique	94
Annexe IX : Questionnaire Téléorthophonistes – Les résultats de la prise en charge ..	95

INTRODUCTION

« Deux enfants seuls dans une chambre de débarras, un grenier par exemple. Le mobilier mis à contribution pour l'occasion est détourné de ses fonctions : les chaises renversées et emboîtées font carrosse, le coffre est baptisé cheval, le fauteuil n'a pas de peine à passer pour un trône. Quelques oripeaux accommodés pour la circonstance deviennent parures royales. "Alors je serais le roi et toi la reine et je te dirais...Et moi je ferais ci et ça et toi tu...". C'est peut-être cela un cadre. Comme si tout cadre était cadre de théâtre, ou d'autre scène » (Rojas-Urrego, 2012, p.32).

En lui fournissant des outils toujours plus performants, la technologie permet à l'Homme de construire un univers socioéconomique propre et d'innover par rapport à cette construction. Aujourd'hui, l'ordinateur a changé la nature de la science et avec cela notre rapport au monde, où les technologies de l'information et de la communication jouent un rôle majeur et central.

Les réseaux de communication à distance ont remis en cause les relations de proximité et ont bouleversé l'organisation du territoire. A l'heure d'Internet et du virtuel, que va devenir notre rapport à l'espace physique ? N'est-on pas en train d'assister à une transformation de ce rapport comparable à celle créée par l'automobile ? La révolution des télécommunications et d'Internet ne porterait-elle pas à son comble le processus de dislocation des lieux amorcé par la révolution des transports depuis la deuxième moitié du XIX^e siècle ? Internet, ce vaste théâtre technologique, serait ainsi l'envers du théâtre classique qui avait sacralisé l'unité de lieu, de temps et d'action. Rien ne semble devoir arrêter la déterritorialisation des lieux de travail, de consommation, de loisirs et de sociabilité provoquée par l'abaissement des coûts de communication et l'enrichissement des formes de télécommunication. Ainsi, toute activité paraît pouvoir être conduite à distance : l'orthophonie est censée se transformer en téléorthophonie, « le travail en télétravail, l'entreprise en un réseau virtuel, l'hypermarché en cybermarché, l'enseignement en télé-enseignement, la santé en télésanté », etc. (Rallet, 2008, p.307). Aujourd'hui, la perspective d'un cybermonde généralisé alimente autant les espoirs intéressés des vendeurs de plates-formes électroniques et de services en ligne que les craintes de nombreuses personnes de perdre tout contact humain direct.

A contrario, Internet qui fut longtemps considéré comme l'instrument froid d'un espace sans frontières peuplé d'individus rivés à leurs claviers et à leurs webcams ne pourrait-il pas être le support de la reconquête d'une sociabilité de voisinage ? Internet pourrait autant servir à rompre l'anonymat des grands ensembles et la solitude des villes et des campagnes en favorisant la rencontre associative ou l'offre de services de proximité. En effet, la plupart des utilisateurs ne voient dans ce réseau qu'un canal complémentaire de communication (Rallet, 2008). Les télécommunications donnent l'impression de pouvoir s'affranchir totalement de l'espace. Ainsi, l'orthophoniste a désormais la possibilité de mener des séances d'orthophonie à distance par le biais des nouvelles technologies. Cette technique est nommée la téléorthophonie.

Mais tandis que la mobilité des informations apparaît sans limite car de nature immatérielle, cette révolution nous interpelle profondément sur notre rapport aux machines et notre humanité. Les nouvelles technologies sont-elles applicables à l'intégralité du système de soin ? A quel système de santé allons-nous faire face ?

Les traitements thérapeutiques, en général, requièrent une certaine stabilité du cadre, laquelle permet à la relation patient-thérapeute de se réaliser. Ces exigences se vérifient également dans le domaine de l'orthophonie. Ainsi, dans ce mémoire, nous exposerons les notions de cadre et de relation thérapeutiques et leur importance dans de nombreuses situations de soin.

Aujourd'hui, nous assistons à une extraordinaire diversification des lieux où se réalisent les soins. Les traitements à distance, dont la téléorthophonie, proposent un cadre différent et remettent en question les conceptions classiques des règles méthodologiques. C'est pourquoi nous nous interrogerons sur le sort de la relation thérapeutique dans un contexte marqué par une technicisation de la pratique médicale.

Ce travail aura pour objectif d'obtenir quelques pistes de réponses à ce questionnement. Nous décrirons dans un premier temps les différents éléments relatifs au cadre et à la relation thérapeutique. Pour tenter de répondre à ces interrogations, nous avons choisi l'élaboration de deux questionnaires, l'un à l'attention des orthophonistes ayant une expérience en téléorthophonie (soit téléorthophonistes), et l'autre à l'attention des patients suivis par téléorthophonie. La seconde partie exposera ces résultats.

Chapitre I
PARTIE THEORIQUE

I. La télésanté

1. Rappels historiques

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le patient appelé désormais « l'utilisateur » est devenu un acteur incontournable du système de santé.

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a créé le Dossier Médical Partagé (DMP), ce qui a constitué un tournant au sein système de santé : les données de santé circulent désormais sur Internet et sont stockées chez des hébergeurs privés autres que l'Assurance maladie. Puis, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de juillet 2009 a posé un cadre juridique pour la télémédecine.

Depuis le 13 août 2014, la position du e-patient, sa collaboration avec le professionnel de santé et son autonomie dans la gestion des maladies chroniques (télésurveillance, téléassistance, auto-soins) sont confirmées (Lamothe-Corneloup, 2015).

2. Définition de la télésanté

La télésanté concerne l'utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) pour l'ensemble des activités en rapport avec la Santé. Il s'agit aussi bien des applications telles que la télémédecine que des sites Internet dédiés à la santé, les forums de discussion, les articles et les conseils de santé trouvés sur le web, etc. Selon Vannier (2015), « elle concerne les trois axes de télémédecine, de e-rééducation et de e-formation ».

3. Les outils de la télésanté

En pratique, la télésanté comprend l'utilisation des technologies suivantes :

- La vidéoconférence en direct entre au moins deux emplacements comprenant chacun un ordinateur avec une caméra intégrée, un microphone et un logiciel permettant de communiquer à distance ;
- Les solutions de stockage et de retransmission pour saisir, stocker et transmettre des données, images ou vidéos à un clinicien spécialiste aux fins d'interprétation ;
- Des solutions de monitoring pour la gestion des maladies chroniques à distance et la transmission des données cliniques (Inforoute Santé du Canada, 2011).

4. Les objectifs de la télésanté

Selon des études menées au Canada, la télésanté permet une offre de soins de meilleure qualité de la part des cliniciens et accorde un accès aux soins plus aisé pour les

patients. Le partage des informations grâce au DMP permet d'épargner du temps aux patients et aux professionnels en réduisant le nombre d'analyses répétées inutilement ; les résultats des examens radiologiques sont entièrement numériques, permettant aux spécialistes d'échanger les résultats et poser rapidement un diagnostic. Cette fluidité d'échange d'informations permet des économies pécuniaires sur l'intégralité des réseaux de santé (Inforoute Santé du Canada, 2011). A ce sujet, une étude réalisée en France en 2014 auprès de 2000 français sur leur perception et leurs attentes concernant le système de santé a démontré que le DMP était, entre autres, un des moyens de limiter les coûts des visites chez le médecin et les examens médicaux redondants (Assoun, 2014).

La télésanté apparaît alors comme l'une des issues envisagées pour permettre au système de soins de s'ouvrir à de nouvelles perspectives (Belleret, 2015). Les applications informatiques se multiplient dans les services administratifs des établissements de santé et les professionnels de santé s'efforcent d'intégrer les NTIC au cœur de leur pratique professionnelle (Cazellet, 2011).

5. La télésanté, solution d'avenir ou à risque ?

5.1. Solution d'avenir

Il ne semble plus y avoir de frein technologique au développement de la télésanté qui est amenée à prendre de plus en plus de place dans notre quotidien. Elle permet des soins plus personnalisés pour le patient, mais aussi d'optimiser les moyens humains et financiers (Loumé, 2014). Lorsque la télémedecine permet d'accéder à des expertises ou à des compétences à distance quand le patient est dans l'incapacité de se déplacer, elle contribue dans ce cas-là à une évolution positive de la relation médecin-patient (Béranger, Le Coz, 2013). Privilégier l'« accès » aux soins serait donc l'un des premiers avantages de la télésanté. En effet, des études indiquent qu'elle favorise l'accès aux soins pour les personnes qui en sont privées à cause de la distance ou d'une pénurie de spécialistes dans leur région (Inforoute Santé du Canada, 2011).

La télésanté permet d'améliorer la « qualité » des soins car elle favorise une meilleure gestion des maladies chroniques et donc une amélioration des résultats. Au Canada, une mère et son enfant parcouraient plusieurs kilomètres chaque semaine pour consulter en phoniatry. Grâce à la télésanté, le rendez-vous se passe désormais depuis l'école, avec la participation de l'orthophoniste de l'école. Le phoniatre et l'orthophoniste peuvent ainsi collaborer pour coordonner leurs traitements (Inforoute Santé du Canada, 2011).

En termes de « productivité », les solutions de télésanté permettent aussi d'éviter aux patients comme aux réseaux de santé des coûts très importants relatifs aux déplacements : les patients économisent du temps, des frais de déplacement, et le recours aux remboursements de ces frais s'amenuise (Inforoute Santé du Canada, 2011). Aussi, selon une enquête sur le recours à la e-santé effectuée auprès de médecins, la mise en œuvre des dossiers électroniques aurait fortement augmenté la productivité au sein de leur pratique (pour 42% d'entre eux), et elle aurait également amélioré la qualité des soins (pour 65% d'entre eux) (Inforoute Santé du Canada, 2014).

Une équipe de chercheurs au Canada réalisa, en 2010, une étude sur le traitement psychothérapeutique du stress post-traumatique. L'expérience incluait des patients en lien avec le thérapeute par vidéoconférence et un groupe témoin constitué de patients en contact direct avec le thérapeute. Malgré les limites imposées par la distance, l'expérience montra que les résultats de la téléthérapie étaient comparables à ceux d'une thérapie en face à face. Les sujets ne furent aucunement affectés par la distance et n'exprimèrent aucun inconfort quant aux aspects technologiques de la procédure (Baril, 2010).

5.2. Solution à risque

Un tel bouleversement technologique débouche naturellement « vers de nouvelles responsabilités de la part du corps médical, mais aussi de la part des prestataires techniques des réseaux avec des impératifs de sécurité et de secret médical » (Béranger, Le Coz, 2013).

Le secret professionnel demeure l'un des principes qui garantissent une attitude efficace du thérapeute. Selon Mucchielli (2014), il s'agit de « la préservation des informations confidentielles concernant le patient ». Il est fondé sur un droit du patient et sur une obligation du métier. Lorsqu'un patient a affaire à un thérapeute et qu'il lui révèle des faits personnels, il a besoin d'être assuré du secret professionnel, ne serait-ce que pour s'exprimer complètement. De son côté, le thérapeute a lui aussi besoin d'être assuré de la confidentialité de ses propos envers son patient ; la relation de soin est un espace privé où les deux protagonistes échangent sans tabou, et il est important que ce moment particulier et privilégié soit préservé.

A cause de ces évolutions techniques, les patients craignent pour la confidentialité et la protection de leurs données médicales, et redoutent une fuite de l'information par la circulation des données privées. En effet, les instruments d'autogestion qui collectent des données numériques ne garantissent pas une totale sécurité de l'hébergement (Assoun, 2014). La remise de la carte Vitale en est l'illustration principale car elle a une valeur d'accord pour la télétransmission de la feuille des soins et pour l'accès à l'historique des remboursements des actes de l'Assurance maladie (Saout, 2010). Ces craintes porteraient sur l'atteinte à la réputation de la personne (car la maladie est dans de nombreux cas l'occasion d'une stigmatisation), la discrimination (car la maladie peut légitimer un refus dans le bénéfice d'un bien ou d'un service), ou l'atteinte à la sécurité des personnes (car les saisies de données informatisées peuvent être source d'erreurs non intentionnelles avec des conséquences délétères sur plusieurs domaines) (Saout, 2010). Dans ces conditions, les bases de la relation médecin-patient peuvent être perturbées par la remise en question du principe même du secret médical (Béranger, Le Coz, 2013).

Selon une étude menée au Canada au sujet de la confidentialité des données médicales, les canadiens sont en majorité (87%) favorables au Dossier de Santé Electronique (DSE). La plupart (79%) pensent également que leurs renseignements de santé sont modérément bien protégés, mais 37% d'entre eux sont d'avis qu'ils sont moins bien protégés qu'il y a cinq ans (Inforoute Santé du Canada, 2007).

Une étude similaire menée en 2012 a révélé que « les préoccupations au sujet de la sécurité des renseignements sur la santé et des renseignements personnels continuaient d'être au cœur des objections soulevées par les interrogés ». La confiance du public

envers les professionnels de santé pour ce qui est de garder en sécurité leurs renseignements personnels semble s'affaiblir (Inforoute Santé du Canada, 2012).

Du côté des médecins, l'obstacle majeur à l'adoption d'un système de gestion informatique des dossiers des patients serait la fiabilité et les problèmes techniques (Inforoute Santé du Canada, 2014).

II. La télésanté : pourquoi l'essor d'une telle pratique ?

« Le plus étonnant n'est pas l'incompréhension, mais que, compte tenu des espaces infinis qui nous séparent, nous parvenions parfois à nous comprendre » (Malraux as cited in Dortier, 2008, p.16).

1. Une réponse aux tendances démographiques actuelles

La désertification médicale est une réalité sociétale car certaines régions manquent de praticiens alors que d'autres en sont saturées. Cela se vérifie d'autant plus en dehors des agglomérations, dans les zones plus communément appelées « zones médicalement sous dotées ». Par conséquent, résider dans une zone rurale ou éloignée implique des difficultés pour accéder aux soins spécialisés.

En orthophonie, le gouvernement français a prévu la mise en place de solutions pour lutter contre les déserts médicaux. Ainsi, l'avenant n°13 à la convention nationale des orthophonistes libéraux prévoit un « Contrat Incitatif Orthophoniste » visant à favoriser l'installation et le maintien des orthophonistes libéraux conventionnés dans des zones très sous dotées en leur attribuant une aide forfaitaire (Caisse nationale de l'assurance maladie [CPAM], 2014). En outre, ces problèmes démographiques qui concernent toutes les professions de santé poussent à chercher des solutions, notamment dans l'intervention à distance. Mais la e-santé et les pratiques de e-rééducation font naître quelques craintes pour la qualité de la relation de soins (Vannier, 2015). Il s'agit de l'objet de ce mémoire.

2. Quelles avancées technologiques ?

« Explorer l'histoire des médias en sa pluralité conduit à s'interroger sur le statut évolutif des sphères que constituent les moyens de communication, sur leurs rapports et sur les acteurs qui les animent » (Pedler, 2005, p.36).

2.1. Vers une société de communication ?

« Cinq cent mille ans au moins séparent l'invention du langage de celle de l'écriture. Il faut encore attendre cinq mille ans entre la naissance de l'écriture et celle de l'imprimerie. Puis l'histoire s'accélère : un peu plus de quatre cents ans entre l'invention de l'imprimerie, du téléphone et de la radio. Seulement quarante ans plus tard, la télévision émet ses premiers programmes réguliers » (Dortier, 2008, p.8). La domestication de l'espace et du temps aura supposé et exigé, tout au long de l'évolution,

une série de médiations dont les écrans, les derniers en date, ont la vertu de « supprimer l'absence » (Debray, 1994). Internet s'est ensuite mis en place dans les années 70, d'abord à des fins militaires, puis afin d'assurer les échanges entre universités. Ce n'est qu'en 1991 que le World Wide Web est devenu accessible aux particuliers. « Les satellites de communication criblent la planète de messages et le téléphone portable fait son apparition dans les années 90. Les NTIC s'intègrent progressivement au mode de vie des usagers » (Philippe, 2008, p.74). Loin de se stabiliser, le phénomène est en pleine expansion, permettant d'imaginer qu'il ne peut que se poursuivre et s'intensifier.

Dans le domaine de la santé et notamment celui de l'orthophonie, nous voyons apparaître des applications, des logiciels de rééducation, des formations à distance via Skype (logiciel informatique gratuit permettant de passer des appels téléphoniques ou vidéo via Internet), des serious games (jeux pédagogiques informatiques), etc. Ces termes peuplent de plus en plus l'environnement professionnel des orthophonistes car ils sont le reflet de notre société avec le développement des « nouvelles technologies ». Au-delà des questions éthiques et réglementaires que cela soulève, leur utilisation au sein de la pratique orthophonique est pour le moment contrainte par les aspects légaux et par l'absence de cadre défini pour les mettre en œuvre. En outre, l'utilisation des « nouvelles technologies » fait l'objet d'une problématique au cœur des préoccupations pour toutes les professions de santé (Vannier, 2015).

2.2. Les médias : mort ou avenir de la communication ?

« On observe de façon caricaturale deux tendances concernant le rôle des médias : d'un côté, la dénonciation de l'asservissement des masses, et de l'autre, l'idéal communautaire » (Philippe, 2008, p.81). En effet, certains « leur reprochent d'anesthésier le public sous un flot d'informations dont il ne sait plus que faire, et de faire du monde un spectacle, engendrant une perte de réalité » (Philippe, 2008, p.81). D'autres considèrent les médias comme des garants de la démocratie et envisagent un « village planétaire » où la communication, universelle et transparente entre les hommes, « abolit les frontières et résout les problèmes sociaux et humains » (Dortier, 2008, p.12).

L'écoute des médias par les enfants épouse les rythmes scolaires et les rites familiaux (Dagnaud, 2003, p.9) : « lorsqu'il entre dans l'adolescence, il multiplie les expériences médiatiques (radio, musique, jeux, vidéo, internet) ». Selon une étude menée aux Etats-Unis sur les pratiques médiatiques des jeunes, la télévision et les livres représentent 75% du temps d'exposition aux médias. Mais, entre 8 et 13 ans, les activités se diversifient au profit du cinéma, de la musique et de l'ordinateur (Brodie, Foehr, Rideout, Roberts, 1999). Les médias ont redéfini tous les aspects de la vie sociale, mais « l'incertitude qui règne quant à leur influence réelle se retrouve quand on tente de synthétiser les recherches sur le thème enfants-médias » (Dagnaud, 2003, p.35).

2.3. La culture de l'écran comme refuge ?

Dans une société fortement encadrée par les notions de réussite, de travail et d'effort soutenu, les médias proposent des stimuli de décompression, une échappatoire ou une évasion dans l'imaginaire (Dagnaud, 2003, p.36). Ils seraient aussi les points d'ancrage de discussions entre adolescents pour des apprentissages sociaux ou

sentimentaux, des opportunités de liens au sein des familles (Jouët, Pasquier, 1999), et « innoveraient » une société d'ouverture et de contact physique » (Debray, 1994). En effet, les enfants apprécient le fait d'interagir via les nouvelles technologies ; ils adorent l'interaction avec la souris de l'ordinateur et tous les jeux proposés sur l'écran. Dans le cadre de la téléorthophonie, l'ordinateur constituerait un outil motivant qui encouragerait l'investissement des enfants dans la prise en charge (Fairweather, Hines, Lincoln, Martinovich, Ramsden, 2014).

Mais le bain médiatique dont il est question dénoterait une société où chaque individu, plus replié sur lui-même, serait désireux de « vivre par écran interposé » (Debray, 1994). En effet pour certains jeunes, la culture de l'écran représente le rapport principal au monde en matière d'information, de représentation et d'imaginaire social. Ce groupe marginal recouvrirait des élèves mal à l'aise dans le système scolaire, peu adaptés à la culture de l'écrit et à l'apprentissage par l'approche inductive/déductive. Ces jeunes vivraient l'empire des images comme un lieu refuge (Jouët, Pasquier, 1999).

2.4. Internet, source de dispersion ou d'agglomération ?

Puisque l'espace est si facile à franchir, il est désormais possible que des activités s'implantent dans des régions ou zones restées à l'écart du mouvement d'industrialisation. Ainsi, nous pourrions croire que dans un contexte d'une économie de plus en plus immatérielle, les télécommunications redonneraient une chance aux régions périphériques.

En fait, « il semblerait qu'une plus grande mobilité favorise au contraire la concentration des activités. De manière générale, plus les coûts de transfert dans l'espace sont faibles, plus la tendance à la concentration est forte » (Rallet, 2008, p.309). Autrement dit, la baisse des coûts de transport joue en faveur des métropoles car elle y favorise la concentration des sièges de multinationales qui peuvent faire transiter, à moindres coûts, leurs marchandises à travers le monde. Ces grands pôles économiques gagnent donc en puissance et l'absence d'obstacle au transfert des informations dans l'espace vient renforcer la puissance des forces d'agglomérations.

Nous sommes alors face à un paradoxe : moins l'espace est physiquement contraint, plus il est économiquement polarisé. Les télécommunications qui jusqu'à présent abolissaient l'espace entre les hommes ne viennent que renforcer leur éloignement. En d'autres termes, la télé santé dédiée à pallier les déserts médicaux ne contribuerait en fait qu'à creuser l'écart entre les zones médicalement sur dotées et sous dotées. Le monde virtuel ne supprime donc pas le monde physique mais déplace ses contraintes. Il faut donc relever à cet égard le caractère particulièrement pervers de l'argument consistant à présenter les télé services comme des instruments de rééquilibrage du territoire selon lequel « les télécommunications qui permettent de consulter un célèbre professeur de médecine ou d'assister à des cours de qualité sans se déplacer enrayeraient le dépeuplement des zones rurales » (Rallet, 2008, p.314).

Le début du XXI^e siècle fut donc le siège de nombreux bouleversements médiatiques dont le principal est lié à l'explosion des télécommunications, de la numérisation et des systèmes d'informations en tout genre qui peuvent être illustrés en santé par le développement de la télé médecine (Béranger, Le Coz, 2013).

III. La télémédecine

1. Concept de télémédecine

La télémédecine est l'une des composantes de la télésanté. Elle met en rapport entre eux, par la voie des NTIC, soit le patient et un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels un professionnel médical, soit plusieurs professionnels de santé parmi lesquels au moins un professionnel médical (Mascret, 2011).

En 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la télémédecine comme la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique. En 1998, elle a affirmé la nécessaire distinction entre télésanté et télémédecine en demandant que soit réservée l'appellation « télémédecine » aux seules actions cliniques et curatives de la médecine utilisant les systèmes de télécommunication. Un rapport d'évaluation médico-économique (Haute Autorité de Santé [HAS], 2013) précise que cette pratique ne se substitue pas à la pratique usuelle en face à face, mais qu'elle vient la compléter. « La télémédecine n'est pas une manière de remplacer des médecins et autres professionnels de santé, mais elle apporte des réponses intéressantes aux questions actuelles de baisse de la démographie médicale » (HAS, 2013, p.11).

2. Les applications de la télémédecine

La télémédecine comprend plusieurs applications : la téléconsultation, la télésurveillance, la téléexpertise, la téléchirurgie, la téléassistance médicale, les réseaux de soins, la téléformation et la régulation médicale (Lamothe-Corneloup, 2015). La rééducation kinésithérapique a aussi fait son entrée dans le domaine de la télésanté avec des outils de mesure de l'intensité de l'effort, ou encore avec des attelles en tissu intelligent pour vérifier le bon déroulement d'une rééducation post-opératoire (Belleret, 2015). Nous constatons alors qu'en matière de rééducation les thérapeutes peuvent, dans certains cas, s'affranchir de la distance physique. D'autres disciplines, comme l'orthophonie, pourraient-elles aussi s'ouvrir à de telles perspectives d'évolution ?

3. Cadre légal et réglementaire de la télémédecine en France

3.1. Définition légale de la télémédecine

L'article 32 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance maladie avait, pour la première fois, introduit dans le système juridique une définition de la télémédecine (De Lard, 2011). Puis, dans le cadre de la loi HPST n°2009-879 datant du 21 juillet 2009, elle a été reconnue comme une pratique médicale à distance mobilisant des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), et cette définition figure désormais dans le Code de la santé publique (art. R6316-1) (De Lard, 2011) (voir annexe I).

3.2. Cadre réglementaire de la télémedecine

Le décret d'application n°2010-1229 de la loi HPST, publié le 19 octobre 2010, est venu renforcer l'assise juridique de la télémedecine en précisant son organisation, la définition des actes de télémedecine, leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière, tout en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique. Ces conditions sont inscrites au sein des articles R.6316-1 à R.6316-9 du code de la santé publique (voir annexe II).

IV. La téléorthophonie

Comme nous l'avons vu précédemment, les NTIC jouent un rôle majeur dans le développement des professions médicales et paramédicales. Ces dernières années auront marqué l'ascension remarquable des outils de la télémedecine. Dans ces conditions, l'essor de la téléorthophonie ouvre le champ à de nombreux avantages mais également à de nouveaux risques et enjeux, mettant en lumière l'importance des exigences et des préconisations éthiques pour la mise en place et l'utilisation d'une telle pratique.

Depuis l'ascension de la télémedecine et l'apparition de son décret en octobre 2010, la téléorthophonie semble se développer. Parallèlement, certains orthophonistes participent à son évolution, tant pour faire face à la demande croissante de rééducations, que pour optimiser leur organisation afin de prendre en charge des patients éloignés géographiquement ou expatriés. Actuellement, ce type d'exercice demeure non conventionné. En effet, bien que cette nouvelle pratique n'existe pas dans la nomenclature du métier d'orthophoniste, elle se pratique déjà à minima et à mots couverts et ne manquera pas de se développer face à la réalité des difficultés d'accès aux soins et des déserts médicaux (Vannier, 2015).

Cependant, cette technologie oscille entre les nombreux avantages qu'elle apporte en termes de facilité de communication interpersonnelle, et une plus grande incertitude concernant la sécurité, la confidentialité, la protection des données et la qualité de la relation thérapeutique modifiée par l'entremise de la technologie. Aussi, dans les systèmes de santé, les textes n'interviennent que tardivement pour prendre acte, reconnaître et mieux réglementer les progrès de la science ou des techniques de soins. La téléorthophonie n'y fait pas exception car, à l'heure actuelle, elle ne dispose pas de cadre légal et réglementaire.

L'arrivée des nouvelles technologies interactives dans les échanges et les soins bouleverse de nombreuses habitudes. Les pratiques cliniques évoluent : de nouvelles relations sont à formaliser avec les patients et les autres intervenants professionnels, et l'ergonomie et la fiabilité de certains outils posent encore parfois certains problèmes. Pour connaître progressivement une diffusion généralisée, la téléorthophonie requiert une quadruple sécurité : juridique, économique, déontologique et éthique.

1. Définition de la téléorthophonie

La téléorthophonie entre dans le cadre de la téléréhabilitation puisqu'elle concerne l'usage de la télé médecine dans un but rééducatif (Cosnay, Gagniol, Lemaignan-De Rosa, Le Marrec, Quenouelle, 2013). Elle a été fortement inspirée du modèle canadien où ce genre de services existe déjà depuis plusieurs années. Elle permet d'offrir des séances de rééducation à distance à des patients géographiquement éloignés d'un cabinet. De telles prises en charge sont désormais envisageables grâce aux progrès effectués dans le domaine de la vidéoconférence. Des études menées au Canada et aux États-Unis ont démontré l'efficacité de ces prises en charge et les retours, en majorité positifs, de ce genre de dispositif.

2. Comment fonctionne la téléorthophonie ?

La téléorthophonie fonctionne grâce au principe de la vidéoconférence ; le thérapeute et le patient sont séparés géographiquement et communiquent via Internet. Ils peuvent se voir et se parler sur un écran d'ordinateur à l'aide de caméras et de microphones intégrés à celui-ci. Concernant le support de rééducation, les orthophonistes peuvent envoyer des fiches d'exercices à leurs patients ; ceux-ci peuvent les imprimer chez eux et travailler sur le même support que leur thérapeute. Parfois, les séances se déroulent sur « écran partagé » : le patient et l'orthophoniste interagissent sur leur propre écran et voient les interactions de l'autre en temps réel, comme s'ils travaillaient sur un même ordinateur ou s'ils jouaient à un jeu en ligne.

3. Les objectifs de la téléorthophonie

Le principal objectif de la téléorthophonie est d'offrir la possibilité à des patients de bénéficier de séances d'orthophonie, où qu'ils se trouvent dans le monde. Ce dispositif permet aussi aux orthophonistes expatriés dans un pays non francophone de continuer à exercer leur métier. Certains orthophonistes en France font également usage de la téléorthophonie pour des raisons personnelles et variées (pour expérimenter un autre mode de rééducation, pour suivre la rééducation d'un patient expatrié, pour des raisons de praticité, etc.). Cependant, rappelons que la téléorthophonie demeure un exercice non conventionné ; les actes ne sont pas remboursés et restent intégralement à la charge du patient. Le risque serait d'entrer dans un système de santé à deux vitesses, où seuls les patients qui ont des moyens financiers suffisants pourraient se permettre d'accéder à ce type de prise en charge.

4. Téléorthophonie et déontologie

Si l'enjeu de la téléorthophonie est d'être reconnue comme une activité à part entière par le système de soins, une telle implémentation ne pourrait se réaliser sans l'établissement de protocoles de bonnes pratiques dans la prise en charge orthophonique via les nouvelles technologies. Ces protocoles devraient, entre autres, « intégrer des bonnes pratiques à l'égard des droits des patients et satisfaire aux exigences éthiques et

réglementaires en termes de sécurité et de protection des données personnelles et médicales des patients » (Béranger, Le Coz, 2013).

Ce dispositif devrait répondre à des exigences législatives en termes de confidentialité et d'intégrité des échanges d'informations. Si les informations sur le patient sont facilement partagées oralement, en face à face ou par téléphone entre confrères, cette confidentialité devrait être aussi scrupuleusement préservée dans la téléorthophonie (Le Bœuf, Lucas, 2010). Il semble important que la relation patient-thérapeute soit basée sur l'assurance d'une sécurisation et d'une confidentialité des données médicales et personnelles contre toute divulgation frauduleuse. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, les inquiétudes relatives à la protection de ces données sont au cœur des préoccupations des individus.

En outre, l'intégration des actes de téléorthophonie à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) permettrait d'attester le bien-fondé de cette pratique et de lui accorder une plus grande légitimité.

5. Quelle protection juridique pour la téléorthophonie ?

La téléorthophonie fait partie du domaine plus large de l'e-orthophonie qui rassemble tous les outils d'aide à la rééducation orthophonique issus des nouvelles technologies (exercices sur ordinateur ou sur tablette, serious games, exercices interactifs, etc.). L'orthophoniste qui utilise ces outils fait de l'e-rééducation en présentiel, et ce en toute légalité. En revanche, l'e-rééducation en non présentiel (soit la téléorthophonie) n'est pas autorisée.

La téléorthophonie bénéficie, par extension, du décret relatif à la télémédecine et donc de son cadre juridique, ce qui lui permet de se développer en toute légalité. Cependant, l'exercice conventionné n'est pas protégé par cette loi. La téléorthophonie n'est donc pas illégale, mais demeure non conventionnelle. En effet, les textes qui régissent la profession d'orthophoniste sont le Code de la Santé Publique, la NGAP et la Convention Nationale. Les deux derniers textes cités ne prenant pas en compte les séances d'orthophonie en non présentiel, un orthophoniste conventionné ne peut pas faire une séance d'orthophonie en non présentiel.

6. Téléorthophonie et éthique

Ces progrès technologiques considérables présentent en contrepartie des risques éthiques en mettant en péril certains fondements d'ordre social et moral de la Médecine au sens large. Le risque d'oublier qu'il existe un humain derrière les chiffres et les pixels peut avoir comme conséquence le sacrifice de la prise en compte des aspects cliniques (Béranger, Le Coz, 2013).

Les obstacles au développement de la téléorthophonie pourraient résider, par exemple, dans son organisation ou son intégration au sein du dispositif de prise en charge, sa crédibilité chez les professionnels de santé et dans sa reconnaissance par les pouvoirs publics, ou enfin dans les dérives d'ordre éthique d'une pratique lucrative et non au bénéfice du patient. Il conviendrait donc d'étudier les exigences éthiques qui découlent de

l'usage de la téléorthophonie afin d'apporter un gain pour le soin du patient, car une telle pratique suscite inéluctablement de grands bouleversements entre le patient et le thérapeute et impose des exigences éthiques indispensables. En effet, cette technologie ne devrait pas remplacer, sans raison valable, une pratique humaine telle que celle de l'orthophonie, et bafouer les droits fondamentaux du patient (choisir son thérapeute, disposer d'une prise en charge de qualité, bénéficier du secret médical, du respect de la vie privée et de la confidentialité des données personnelles, etc.).

Le contact humain est l'essence même de la profession d'orthophoniste, et il serait dommageable de renoncer à cet aspect du métier. Lors d'un bilan par écran interposé, comment entrer en contact avec le patient pour faire connaissance avec lui, saisir tout ce qu'il communique de façon verbale et non verbale, percevoir ses émotions, réagir à tous ses propos ? De plus, sommes-nous vraiment authentiques lorsque nous communiquons sur un écran ? Aussi, lors d'une séance de rééducation, comment faire face à la souffrance exprimée par le patient si nous ne pouvons pas entrer en contact avec lui pour le rassurer, simplement en posant notre main sur la sienne ?

Les enjeux éthiques associés à la téléorthophonie résident donc principalement dans l'usage de la technologie ; l'objectif de cet usage étant de continuer à améliorer les soins et les services apportés au patient, il ne devrait cependant pas « dénaturer l'aspect humain des rapports entre le praticien et ses patients » (Béranger, Le Coz, 2013). En effet, la téléorthophonie a la particularité de séparer le thérapeute de son patient. A partir de ce constat, n'est-il pas légitime de se demander si cette pratique ne risquerait pas de perdre son essence du fait que les rapports interhumains soient perturbés ? Cette dématérialisation de la relation patient-thérapeute ne va-t-elle pas à l'encontre d'un renforcement des rapports humains et de l'amélioration de la communication interhumaine ? Le principal écueil de cette pratique consiste en la modification insidieuse de cette relation. L'intrusion de l'ordinateur ne devrait pas faire réellement « écran », car le risque est que l'orthophoniste devenu « virtuel » ne soit plus autant écouté par le patient et qu'inversement, l'empathie de l'orthophoniste soit amoindrie envers un patient « virtuel ». Les auteurs parlent ainsi d'un « risque de virtualisation du professionnel de santé et donc d'une banalisation de l'acte » (Béranger, Le Coz, 2013).

Comme nous l'avons vu précédemment, la téléorthophonie nécessite une formalisation de toutes les démarches qui lui incombent. C'est pourquoi, afin de ne pas altérer la qualité des prises en charge, les acteurs de cette pratique devraient apporter la plus grande attention à certains facteurs clés nécessaires à l'externalisation des séances orthophoniques et prendre en considération les enjeux déontologiques, éthiques, économiques et juridiques qu'une telle pratique suscite.

7. Les avantages de la téléorthophonie

7.1. Un accès aux soins plus équitable

La téléorthophonie contribue à l'amélioration du service de soins proposés aux patients et constitue un facteur d'équité dans l'accès à des prises en charge orthophoniques à distance. En effet, lorsque le patient est dans l'incapacité de se déplacer, que son domicile est trop éloigné d'un cabinet d'orthophonie, et que la prise en charge à

domicile n'est pas envisageable pour l'orthophoniste du fait de la distance, le patient ne peut bénéficier d'aucune prise en charge.

Rappelons que lorsqu'un enfant présente des troubles développementaux des apprentissages et qu'une prise en charge orthophonique paraît indispensable, l'impossibilité de trouver un thérapeute peut être une situation anxiogène pour l'enfant qui, face à son échec, s'aperçoit de ses lacunes et peut développer des mécanismes de compensation. Aussi, l'écart entre son niveau et le niveau théorique attendu pour son âge continuerait à se creuser. Dans ces circonstances, l'alternative d'une rééducation à distance paraît être l'un des moyens existants pour pallier de tels obstacles, éliminant ainsi les barrières géographiques et logistiques.

7.2. Un mode de rééducation plus ludique

Aujourd'hui, il semblerait que les enfants soient enclins à utiliser, dès leur plus jeune âge, les nouvelles technologies de la communication pour travailler, jouer ou communiquer avec leur famille ou leurs amis. D'ailleurs, ces technologies occupent une place relativement importante dans notre quotidien. Aussi, dans le domaine de la e-orthophonie, les jeux vidéo et les jeux sur tablettes numériques sont utilisés comme support car ils « constituent de nouvelles médiations thérapeutiques particulièrement riches » (Bach, Houdé, Léna, Tisseron, 2013, p.69). Ces interfaces confèreraient à la rééducation un aspect attrayant, ludique et auraient pour avantage de rendre les séances motivantes et interactives. La communication à travers un écran est ainsi devenue si familière que les patients, lors d'une séance de téléorthophonie, sont désinhibés et se sentent parfois plus à l'aise qu'en situation classique de rééducation. En effet, ils se trouvent la plupart du temps chez eux, dans un univers familier, avec leurs repères et leur propre matériel informatique (Connections Learning, 2011).

Une étude portant sur l'intérêt d'une plateforme de remédiation cognitive virtuelle à distance fut réalisée auprès de huit enfants souffrant de troubles cognitifs (fonctions exécutives et attentionnelles). En amont de cette enquête, les chercheurs avaient noté que les enfants qui présentaient des difficultés attentionnelles pouvaient en revanche se concentrer de longs moments chez eux sur des jeux vidéos : « en présence de situations environnementales attractives, ils parviennent à maintenir leur attention ». En conclusion, cette méthode de remédiation cognitive intensive et informatisée à domicile aura permis une amélioration significative des capacités d'exploration, de traitement et de discrimination visuelle, de raisonnement perceptif et d'attention soutenue (Cosnay et al., 2013). Il semblerait que parfois, les exercices effectués à domicile mènent à de meilleures performances.

Une autre étude fut menée auprès de trois patients adultes présentant des troubles de la mémoire de travail. Le but de cette étude était d'objectiver l'effet à court terme et les transferts d'un entraînement spécifique de la mémoire de travail en télé-réhabilitation. L'analyse des résultats aura permis de conclure en faveur d'une relative efficacité de l'entraînement sur la mémoire de travail (amélioration de la vitesse de réaction, de dénomination, meilleure compréhension orale et écrite). La télé-réhabilitation permettrait d'améliorer rapidement les déficits dans le cas où des troubles séquellaires résisteraient à une séance hebdomadaire de rééducation classique (Cosnay et al., 2013).

Cependant, des travaux scientifiques ont montré que le jeu limité à un écran pouvait limiter l'accès à l'imaginaire développé par le jeu symbolique. A usage prolongé et non raisonné par les parents, les écrans pourraient avoir des effets négatifs tels qu'un retard de langage, un déficit d'attention et de concentration, et un risque d'adopter une attitude passive face au monde. En effet, le jeune enfant « a besoin de mettre en place des repères spatiaux et temporels articulés sur le réel ... à travers toutes les interactions avec l'environnement qui impliquent son corps et ses sens » (Bach et al., 2013, p.7). D'après Maupas (2012), l'enfant a besoin d'explorer le monde de tout son corps, et l'écran est l'accès à une projection visuelle qu'il n'associe pas dans un mouvement ; cela peut engendrer des confusions et des incompréhensions qu'il n'est pas capable de formuler. Or, pour accéder à la pensée symbolique, « les enfants entre 2 et 6 ans doivent apprendre à privilégier alternativement le réel et le virtuel (le « semblant ») et à en jouer » (Bach et al., 2013, p.32).

L'utilisation de plateformes de rééducation présente donc un intérêt dans la mesure où elles sont employées en parallèle d'une prise en charge en présentiel et qu'elles sont adaptées en fonction du sujet (Cosnay et al., 2013).

7.3. Un suivi régulier

Au Canada, la téléorthophonie a été mise en place en milieu scolaire dans quelques régions éloignées où les orthophonistes, auparavant, ne pouvaient se rendre que quelques fois dans l'année. Grâce à la mise en place de ce nouveau service, les praticiens ont pu « offrir des programmes plus personnalisés et interagir avec les enfants régulièrement [...] ». Ils ont constaté que cela contribuait à maintenir une relation de confiance avec l'enfant et rendait le travail plus efficace (Inforoute Santé du Canada, n.d.).

8. Les inconvénients de la téléorthophonie

8.1. Des exigences techniques

La téléorthophonie requiert plusieurs exigences techniques. Il semble avant tout primordial que les séances puissent se dérouler au calme, dans une pièce silencieuse, et que le patient puisse se retrouver seul face à l'orthophoniste sur l'écran pour éviter tout élément perturbateur provenant d'une source extérieure. Le patient doit disposer d'un ordinateur relativement récent comprenant une caméra et un micro haut-parleur de bonne qualité, d'un réseau Internet haut débit et stable afin d'éviter les lenteurs de connexion, d'un logiciel de vidéoconférence permettant les conversations instantanées comme « Skype », et d'une imprimante pour éditer les documents qui lui sont adressés par l'orthophoniste pendant ou après les séances.

Mais de tels impératifs d'équipements ne contribueraient-ils pas à construire de nouvelles inégalités ? (Béranger, Le Coz, 2013). Si certains considèrent les médias comme des garants de la démocratie, d'autres comme Wolton (2008), soulignent par ailleurs les inégalités dans l'accès aux techniques. En effet, Internet se diffuse rapidement, mais les nouvelles innovations ajoutent toujours de nouvelles sources d'inégalité, notamment entre ceux qui ont un accès aux réseaux à haut débit et les autres.

« Il est donc possible que, lorsque les masses accéderont enfin en rangs serrés à l'Internet par téléphone, les élites de la planète se seront déjà retirées dans une plus haute sphère du cyberspace » (Allemand, 2008, p.320). La téléorthophonie, qui se veut être une alternative pour un accès aux soins plus équitable, requiert une logistique à laquelle certains individus n'ont pas accès.

Aussi, la téléorthophonie passe par le biais des réseaux Internet. Comme nous l'avons évoqué auparavant, ces réseaux ne sont pas tous sécurisés et ils ne garantissent pas la protection des données du patient, la confidentialité des conversations en ligne et la sauvegarde des documents partagés.

Des études ont été menées au Canada et en France au sujet des exigences techniques.

Au Canada, un projet pilote fut effectué dans une école en 2005 « pour développer le soutien à distance pour les services d'orthophonie ». Les principales difficultés avaient été situées au niveau technique, c'est-à-dire dans l'efficacité et la fiabilité des caméras et des ordinateurs. Les résultats du projet mirent en exergue deux points importants : « lorsque la technologie et les équipements n'étaient pas conformes, la réaction des utilisateurs était mitigée et il en résultait des pertes de temps. En revanche, lorsque la technologie était stable et les équipements informatiques conformes, la réaction était positive » (Caron, Drouin, Hébert, 2006, p.17).

En France, une expérience de visiophonie à l'Éducation Nationale fut menée entre trois collèges pour un enseignement d'allemand. Un cours d'allemand fut mis en place à partir d'un collège en direction des deux autres qui n'avait pas de professeur de cette langue. Au niveau technique et matériel, les acteurs de cette expérience ont rapporté que :

- d'assez nombreux incidents techniques se produisaient (erreurs de manipulation, manque de finition de l'outil technique) ;
- le champ de la caméra permettait d'investir un espace limité imposant une disposition spatiale particulière et un nombre restreint d'élèves présents ;
- lors des transmissions, il y avait une mauvaise synchronisation du son et de l'image avec un décalage d'environ trois secondes ;
- des effets Larsen et des effets d'écho dus à la faiblesse des microphones se produisaient (Mucchielli, 2008, p.202).

D'après Mucchielli (2008), tout se passait comme si les techniciens ne faisaient pas le nécessaire pour fournir un appareil performant. Cela permettait aux chefs d'établissements de garder un important pouvoir d'intervention et de bien montrer à la communauté enseignante que « ce n'était pas au point » et qu'il ne s'agissait là « que d'une expérience qui ne remplacera jamais la classe traditionnelle ». D'après l'auteur, ces ratés techniques servaient la communauté Éducation Nationale qui démontrait implicitement qu'on ne pourra jamais simuler parfaitement la situation de classe traditionnelle avec cette technologie. Dans ces conditions, les enseignants des collèges toléraient bien cette innovation puisqu'elle était là pour démontrer que les nouvelles technologies ne pouvaient être intégrées dans l'enseignement. Mais « les sciences de la communication existent bel et bien, et leur existence dérange les sciences établies »

(Mucchielli, 2008, p.208). C'est pourquoi, « l'inaction et le non engagement cultivent l'illusion des potentialités » (Mucchielli, 2008, p.207).

8.2. La qualité de la communication

Concernant la communication, l'efficacité de celle-ci fait l'objet de nombreux travaux. L'environnement physique et les supports de la communication auraient un rôle majeur dans le fonctionnement du système de circulation de l'information. L'agencement et les caractéristiques physiques des lieux de travail, leur éloignement, l'utilisation de telle ou telle technologie, etc. sont autant de facteurs qui participent du processus de communication (Cabin, 2008, p.166). Rappelons aussi que les réseaux de communication, tels qu'Internet, n'ont pas toujours un fonctionnement linéaire et les coupures lors des conversations instantanées peuvent être fréquentes et récurrentes, freinant ainsi le bon déroulement de la séance. Ainsi, dans le cadre de la téléorthophonie, il serait intéressant de s'interroger sur l'impact que de telles dispositions physiques auraient sur la communication.

8.3. La distance physique

Le manque de relation directe entre le patient et son thérapeute demeure finalement l'un des inconvénients majeurs de la téléorthophonie puisque l'orthophonie est un métier de communication. En effet, dans tout rapport entre individus, une relation interpersonnelle singulière s'instaure. Dans le cadre d'un rapport soignant-soigné, la relation thérapeutique doit rester le fondement même des soins. Ainsi, l'entremise de la technologie au sein d'une prise en charge thérapeutique ne viendrait-elle pas biaiser ce fondement ? A ce sujet, une enquête australienne se pencha sur la faisabilité d'une rééducation orthophonique à distance. Elle démontra cependant que l'intermédiaire de la technologie n'avait pas de répercussion sur la relation entre l'orthophoniste et les enfants, même lorsque ceux-ci étaient timides ou réticents (Fairweather et al., 2014).

V. Le cadre thérapeutique

1. Définitions

Le cadre, dans son aspect le plus concret, revêt une signification de maintien ou de charpente. Il a pour rôle d'encadrer et d'entourer en définissant des limites. Le mot « cadre » est employé couramment pour parler d'un tableau ou d'une peinture : il sert à en délimiter les bordures et il le maintient dans les frontières imposées par cet encadrement (Le Petit Robert, 2011). Une autre acception du mot « cadre » serait, au sens figuré, ce « qui circonscrit », et par extension, qui « entoure un espace, une scène, une action » (Le Petit Robert, 2011). On parle ainsi de « cadre » lorsqu'il s'agit d'un milieu physique dans lequel on se trouve. La structure et les limites du cadre sont ici imposées à la pensée par la réalité de la situation thérapeutique, à savoir le lieu de la consultation.

2. Le cadre : que s'y passe-t-il ?

Le cadre semble exister dans de multiples circonstances, et ce même dans les situations tout à fait banales. Lorsqu'on reçoit un ami en difficulté, on va s'isoler un temps avec lui, pour l'écouter mieux, et ainsi laisser dehors le train ordinaire des choses. Le cadre est donc un instant à part, où le reste du monde est dehors. C'est un espace « privé » où se déroule la rencontre faite de perceptions par les sens qui forment images et mots, et où s'écrit une histoire dans l'histoire (Martin, 2001/2).

Ici, pouvons-nous considérer Internet et ses dialogues instantanés comme privés ? D'un point de vue plus général encore, pouvons-nous parler de cadre dans la mesure où la rencontre n'a pas lieu dans un seul et même endroit, comme tel est le cas lorsque le praticien reçoit le patient en consultation dans son bureau ?

3. Le cadre thérapeutique selon les auteurs

Le cadre dont nous parlons ici est très différent d'un simple entretien avec un ami par exemple. C'est une notion issue de la pratique psychanalytique qui fut appliquée ensuite à de nombreuses pratiques. Il s'agit d'un cadre contractuel, entre le patient et son thérapeute, qui comprend un ensemble de méthodes dont le but est de soulager la souffrance du patient et de garantir l'efficacité des pratiques. La notion de cadre est fondamental dans des pratiques où l'événement relationnel est central (Martin, 2001/2).

Selon Martin (2001/2), la notion de cadre n'est pas obsolète, mais elle est plus que jamais nécessaire. La rencontre est l'événement inaugural qui instaure la relation d'aide ; la personnalité de l'intervenant et son expérience sont essentielles dans sa capacité à assurer cette rencontre. « Cependant, il y a des éléments de disposition internes et externes qui doivent le garantir dans son rôle et protéger l'intention dans la durée. Il en est ainsi de la mise en place des protagonistes de la rencontre, et le cadre en est un élément essentiel » (Martin, 2001/2, p.105). Les trois conditions de base pour assurer un suivi seraient donc une rencontre effective, un projet (ou une demande) et un cadre. Le cadre permet un balisage et possède des limites qui contiennent, assurent et protègent la formulation de la souffrance du patient dans l'espace de la rencontre.

Les interactions qui ont lieu à l'intérieur du cadre thérapeutique ne sont pas les mêmes que celles qui se déroulent à l'extérieur de celui-ci. Ces interactions, dont on peut déceler une origine intrapsychique (relation d'objet, de transfert, de contre-transfert), sont prises dans le champ thérapeutique comme venant de l'inconscient. Le cadre clinique permet de distinguer radicalement des comportements du thérapeute et du sujet dans l'espace du suivi de ceux qu'ils auraient dans la vie courante. Le cadre thérapeutique permet la rencontre entre un soignant et un soigné ; il délimite ainsi les frontières de la relation thérapeutique, par opposition à une relation sociale ou sentimentale. Aussi, aucun processus ne peut avoir lieu s'il n'y a pas quelque chose à l'intérieur duquel il peut se dérouler. Le cadre doit contenir le processus : un contenant pour maintenir un contenu (Bleger, 2013). Il doit être constant pour assurer une sécurité de fond au patient et plus il est stable, plus le processus peut se déployer. Le cadre est défini par sa stabilité : il donne au processus ses conditions de possibilité (Rojas-Urrego, 2012).

4. Le cadre thérapeutique selon les orthophonistes

Il est intéressant de savoir quelle définition les orthophonistes ont du cadre thérapeutique, et comment ils se sont attachés à le construire au sein de leur prise en charge. Dans son mémoire, Baron (2010) s'est penchée sur la vision du cadre des orthophonistes grâce à un questionnaire qui leur a été adressé. Deux dimensions générales du cadre thérapeutique ont été décrites.

Tout d'abord, les orthophonistes s'accordent sur le fait que le cadre se veut être un milieu « rassurant, bienveillant, confortable et ouvert », au sens où il a pour vocation de rassurer les patients pour qu'ils puissent s'exprimer le plus librement possible et ainsi accepter le travail demandé. C'est un « espace de confidences, un espace de travail lié à un handicap et des souffrances, lieu de chaleur et de valorisation » (Baron, 2010, p.87). Pour assurer un climat de confiance, le cadre doit être « souple ». En effet, chaque patient est unique et il nécessite une capacité d'adaptation pour chacun d'entre eux. Mais cette variable ne suffit pas. Pour que le cadre soit suffisamment rassurant, il se doit d'être respecté : « Le cadre, c'est le respect des deux parties ». Ce respect mutuel prend sa source au cœur du projet thérapeutique. Il s'agit d'un accord entre le thérapeute et son patient, lesquels s'engagent à respecter les rendez-vous et leur régularité, les horaires définis, et à prévenir à l'avance en cas d'annulation. Ainsi, les règles et les limites doivent être clairement posées pour que les deux parties soient dans des dispositions optimales pour fournir un travail abouti.

La construction du cadre, elle, se ferait « au travers d'explications des objectifs et du rôle de l'orthophoniste vis-à-vis du patient ». Pour d'autres, le cadre se mettrait « en place naturellement, en fonction de l'environnement, du temps, des circonstances, et des patients ». C'est pour cela que le cadre se veut être souple car « dans les échanges humains, rien n'est prédictible ou transposable d'une situation à l'autre ». D'autres orthophonistes ont expliqué avoir porté une grande attention à l'occupation spatiale de leur bureau, c'est-à-dire à la disposition des différents éléments qui le meublent. Nous retrouvons ici un élément qui semble revêtir une importance pour notre sujet. « J'ai défini des espaces dans le cabinet : l'espace patient (où il peut prendre les jeux)... et mon espace (ma partie bureau où on ne touche pas) » (Baron, 2010, p.86). Ainsi, pour certains orthophonistes, l'agencement de l'espace de travail n'est pas fortuit. Le choix des meubles et leur disposition sont pensés au préalable pour permettre la construction dudit cadre.

5. Les fonctions du cadre thérapeutique

Gilliéron (2004) a défini les fonctions du cadre thérapeutique, lequel se démarque des relations sociales habituelles. La première fonction concerne tous les paramètres spatio-temporels fixes d'une thérapie et leurs caractéristiques : lieu de la séance fixe, heure du rendez-vous, durée fixe, disposition des protagonistes et contraintes spatiales. En effet, les aspects matériels du cadre ont été clairement posés par Freud dès ses premiers écrits parmi ses conseils à l'analyste. Selon lui, pour qu'un processus puisse assumer son caractère analytique, certaines variables devraient se transformer en constantes (Horacio Etchegoyen, 2005). Puis, la fonction dynamique du cadre fait le lien entre le versant social (extérieur) et thérapeutique (intérieur). Si le cadre se délimite, même abstraitement,

dans l'espace et le temps, il se délimite également par rapport aux règles sociales : il y a établissement de nouvelles règles relationnelles très différentes des règles sociales et culturelles qui permettrait d'effectuer une différenciation avec le cadre extérieur. Cela est susceptible de remettre en question les fondements sur lesquels s'appuie l'équilibre du sujet et donc, de favoriser le changement thérapeutique attendu.

Il y a un rapport dynamique entre le cadre et la relation : le cadre est un champ de force auquel patient et thérapeute sont soumis. Les paramètres du cadre peuvent être vus comme les supports de la thérapie, et leur modification aura des conséquences sur la relation : la disposition du mobilier, la longueur et la fréquence des séances, la manière d'accueillir les patients, la disposition spatiale des interlocuteurs, sont autant de paramètres primordiaux de la relation. Prenons par exemple la position de face à face qui met en avant des éléments de type non-verbaux ; elle permet de voir des choses qui ne seraient pas perceptibles dans d'autres dispositions spatiales (la réaction de l'autre à ses propos par exemple). La fonction du cadre étant de permettre l'expression de l'autre libérée de toute pudeur, Gilliéron (2004) explique que cette position intensifie les échanges et augmente les potentialités de résistance du patient. Or, ce sont les résistances qui donnent des points d'ancrage pour la recherche du trouble. Green propose ainsi une image évocatrice du cadre thérapeutique :

La matrice active, composée de l'association libre du patient, de l'attention et de l'écoute flottantes, empreintes de neutralité bienveillante de l'analyste, et l'écrin, constitué par le nombre et la durée des séances, la périodicité des rencontres, les modalités de paiement...La matrice active est le bijou que contient l'écrin (Green, 2002, p.56).

6. Les caractéristiques du cadre thérapeutique

Le dispositif du cadre obéit à certaines caractéristiques essentielles à la stabilité du cadre des séances. Nous allons à présent en analyser quelques-unes.

6.1. La permanence du cadre

La permanence du cadre rassemble plusieurs notions de stabilité :

- La permanence du lieu : les séances doivent se dérouler toujours au même endroit et la disposition des meubles ainsi que la décoration demeurent inchangées (Horacio Etchegoyen, 2005) ;
- La permanence du temps : les séances doivent être fréquentes, régulières et de durée égale (Horacio Etchegoyen, 2005) ;
- Les modalités de paiement des séances : chaque séance effectuée donne lieu à un règlement. Le fait de payer ou non la thérapie influence la façon d'investir la relation (Martin, 2001/2).

Le cadre se maintient comme invariable, constant. Il est un facteur déterminant dans les phénomènes qui régissent les processus du comportement (Bleger, 2013). D'autres auteurs (Anzieu, 1985 ; Bleger, 2013) considèrent la relation analytique comme une

relation symbiotique ; la symbiose avec la mère (immutabilité du non-Moi) permet à l'enfant de développer son Moi. Le cadre aurait une fonction comparable : il agit comme support, comme étau. En effet, pour atteindre un objectif thérapeutique, il faut s'appuyer sur un dispositif – le cadre – comparable à un « contenant maternel ». L'établissement du cadre de la rééducation est donc important. Selon Deshayes (2013) « cela va constituer des repères pour le patient, contribuer à créer un climat rassurant, connu et prévisible, permettre de déjouer les malentendus, amener une dynamique relationnelle et faciliter la confiance ».

6.2. Le contrat

Le contrat de départ va comprendre un « engagement mutuel entre le client ou ses représentants et le thérapeute à œuvrer ensemble pour obtenir un état désiré défini en termes positifs, opérationnels » (Estienne, 2004, p.24). Le contrat passé entre le professionnel et son patient va constituer les fondations du travail d'aide. « Il faudra d'abord recueillir le consentement de la personne puis définir ensemble les objectifs de la prise en charge. Chacun va ensuite s'engager à faire sa part pour que la relation soit fructueuse » (Pont, 2011, p.40). Cependant, d'autres règles ne sont pas forcément mises en mots d'emblée par le praticien car elles sont parfois implicites. Il s'agit de la « déontologie, du secret professionnel, des règles socioculturelles, du respect de la personne physique du thérapeute » (Pont, 2011, p.40).

6.3. Les éléments du cadre

Mucchielli (2014) nous expose les différentes variables spécifiques du cadre lors de la situation d'entretien. Pour ce travail, nous nous arrêterons spécifiquement sur les variables « extérieures » d'espace-temps et de cadre social :

- Le temps : il revêt une importance et intervient selon deux aspects, à savoir le moment choisi pour l'entretien et le laps de temps consacré à celui-ci.
- Les conditions spatiales : deux aspects sont prépondérants en termes d'espace :
 - Le lieu (ou le local) où se déroule l'entretien « ne peut pas être n'importe où ». Le lieu favorable à tout entretien est celui qui permet le mieux l'écoute. Les lieux où des bruits parasites extérieurs risqueraient d'interférer sont exclus.
 - Les positions spatiales respectives des interlocuteurs relèvent aussi d'une grande importance : dans un entretien de face à face, « il est essentiel que la disposition favorise l'impression d'égalité des personnes et de coopération ».
- Le cadre décor et le cadre socio-institutionnel :
 - Le cadre « décor » (ou l'environnement) où se déroule l'entretien aurait un impact sur celui-ci. La taille de la pièce et son ameublement peuvent affecter l'entretien de façon favorable ou défavorable.
 - Le cadre socio-institutionnel de l'entretien aurait également une influence très forte. Il est important que le patient sache « à qui il s'adresse » et qu'il puisse situer le thérapeute « dans ses références institutionnelles exactes » (Mucchielli, 2014, pp.36-37).

En ce qui concerne la téléorthophonie, il semblerait que nous soyons loin de pouvoir garantir précisément ces critères, puisque les séances peuvent se dérouler à des endroits différents.

7. Les évolutions du cadre thérapeutique

Les progrès techniques sont venus renforcer l'évolution de la société, avec tous ses instruments d'appropriation du monde par l'image et les déplacements instantanés : ils permettent d'accéder à la bibliothèque du monde et le savoir se construit de façon virtuelle. Dans ce contexte, des notions aussi particulières que le cadre sont touchées. Un espace de pensée protégé et hors du flux du monde serait-il encore pensable, voire nécessaire ?

Les différentes modalités de relation de soins offrent des occasions de déplacements légers ou importants des critères du cadre. Freud admettait lui-même que le thérapeute, quel qu'il soit, se devait souvent d'être éducateur et conseiller. Donc, dans toutes les formes de thérapies, il pourrait y avoir un aménagement par rapport aux règles de la cure analytique (Martin, 2001/2).

Reprenons quelques critères du cadre analytique et précisons leur évolution due au mode de fonctionnement de la société contemporaine (Martin, 2001/2). Le cadre analytique doit garantir le repérage spatio-temporel (la fréquence, la durée, la localisation de l'intervention), et la position des personnes (aussi appelée setting). Le cadre assure la confidentialité et le secret des propos qui doivent être protégés des interventions extérieures. Il garantit également que l'adhésion au projet puisse être remise en question par le patient. Aussi, le rapport contractuel (le paiement des séances) et la règle de neutralité (aucun jugement, aucun conseil, aucune directive) sont des critères essentiels du cadre analytique. Mais la réalité d'un processus de soin offre en elle-même des opportunités d'ouverture. Ainsi, il semblerait que le repérage spatio-temporel puisse connaître quelques aménagements ; si la fréquence, la durée et la localisation de l'intervention ne devraient pas être modifiées, la position des personnes, quant à elle, pourrait aller du face-à-face à l'accompagnement en toutes sortes, de situations extérieures au bureau. La règle du secret, qui devrait toujours être pleinement garantie, se voit menacée par l'intrusion possible de facteurs externes (justice, informatisation, assurance, etc.). Quant au rapport contractuel, cette règle devient inadéquate dans son application stricte car il existe des conditions de subvention, voire d'exonération. La règle de neutralité, elle, peut être moins stricte lors des échanges au cours d'un dialogue entre un patient et son thérapeute (Martin, 2001/2).

Concernant notre sujet, d'aucuns pourraient penser que nous soyons quelque peu éloignés de ces notions issues de la psychanalyse. Néanmoins, il semblait important voire nécessaire de les mentionner pour comprendre à quel point une relation thérapeutique est une relation spécifique qui comprend des règles. Le bouleversement technologique que nous traversons risque de nous écarter des principes de base de nos pratiques. Ainsi, le rappel de ces fondements pourrait permettre de ne pas trop les perdre de vue.

8. De l'exigence de cadre à l'exigence éthique

Martin (2001/2) s'est interrogé sur l'éthique du cadre thérapeutique. Serait-elle encore plus fondamentale que la fonction maternelle précédemment citée, et finalement le seul cadre mental indispensable dans toute intervention ? En d'autres termes, serait-elle la référence dernière qu'il ne faut jamais perdre de vue et qui conduira l'intervenant en toute situation ? L'éthique moderne se fonde sur la notion de respect, comme un principe qui empêche de jamais employer l'autre pour ses fins à soi. Si l'on reconnaît que l'autre existe en lui-même et pour lui-même, et qu'il est soumis aux mêmes contingences que soi, il est nécessaire d'entendre, de voir, de reconnaître ce qu'il est, ce qu'il veut, ce qu'il peut et d'établir un pacte avec lui. L'engagement de non-agression est à la base de ce pacte, et il faut qu'il contienne le respect mutuel. L'éthique, ainsi que nous l'entendons ici, est l'ensemble des signes, des conduites, des contenus verbaux et non verbaux qui signifient cette reconnaissance et attestent de cette relation de respect. L'éthique se distingue ainsi de la morale, parce qu'elle s'étaye sur un désir et non sur une loi.

La relation d'aide, au sens où nous l'entendons ici, ne peut pas avoir lieu si cette position intérieure n'existe pas. Elle suppose une bienveillance, quelque chose de maternel et de chaleureux. Ce serait une imposture si la finalité était uniquement centrée sur l'intérêt de l'intervenant. Nous ne pouvons envisager de relation thérapeutique sans pacte, ni de cadre sans pacte. Le cadre doit être intériorisé et s'étayer sur une position éthique.

En définitive, si cette position éthique basée sur le pacte est consciente et demeure un souci permanent chez le thérapeute, et si la conscience du cadre dont le modèle théorique reste analytique mais intègre les aménagements issus de l'expérience des situations les plus variées, alors la liberté d'inventer de nouvelles formes de relation thérapeutique, adaptées à toutes sortes de situations aléatoires et non conventionnelles sera justifiée et défendable (Martin, 2001/2). Cette dernière réflexion vient corroborer celle que nous avons faite précédemment : garder à l'esprit les modèles théoriques du cadre permet à celui-ci d'évoluer.

VI. La relation thérapeutique

1. Définition de la « relation »

Parmi les nombreuses définitions du mot « relation », nous choisirons les suivantes pour exposer les idées dominantes qui se dégagent de la notion de relation et, plus particulièrement, de la relation entre personnes :

- La relation comme « caractère de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existent un lien » (Le Petit Robert, 2011). L'apparition d'une relation est d'abord la création d'un lien qui, au sens figuré, a vocation de relier ou d'unir entre elles deux ou plusieurs idées, objets ou personnes (Le Petit Robert, 2011) ;
- La relation comme « lien de dépendance ou d'influence réciproque entre des personnes » (Le Petit Robert, 2011). Dans l'investissement affectif des relations humaines, plus le lien est important, plus il est difficile de prendre de la distance et de se dégager des influences de cette relation ;

- La relation comme « fait de communiquer » (Le Petit Robert, 2011). Lorsque deux personnes sont en contact, il y a intrinsèquement communication entre elles et elles ne peuvent échapper à un échange continu de messages. En effet, nous communiquons indépendamment du désir que nous avons de le faire car il y a impossibilité de ne pas communiquer. Helmick-Beavin, Jackson et Watzlawick (2014) ont constaté qu'on ne pouvait pas ne pas communiquer, et que bloquer tout échange était encore communiquer ;
- La relation comme « connaissance, fréquentation d'une personne » (Le Petit Robert, 2011). Nous pouvons dire d'une personne que nous la connaissons pour signifier que nous avons conscience de son existence ou que nous sommes en relation avec elle ;
- La relation comme « tout ce qui, dans l'activité d'un être vivant, implique une interdépendance, une interaction » (Le Petit Robert, 2011). Ici, les termes de « dépendance » et d'« interaction » impliquent une notion de réciprocité, d'action et de réaction entre deux éléments.

En définitive, la relation est avant tout une rencontre qui implique une bilatéralité et une communication entre deux partenaires. A travers leurs échanges, ils se découvrent et s'influencent mutuellement tout au long de leur évolution conjointe. D'après Baron (2010), « si toutes les relations sont différentes, nous pouvons néanmoins distinguer des grandes catégories de relation comme les relations familiales, amicales, professionnelles, sociales, etc. ». La relation d'aide, dont il est question ici, ne serait que l'un des nombreux aspects que revêt la relation.

2. Histoire de la « relation d'aide »

La « relation d'aide » a émergé lentement au cours de l'histoire du service social. A l'origine, il s'agissait d'une affaire de charité dont le but était d'institutionnaliser un service adressé aux « mal-adaptés » (Mucchielli, 2014). Selon ce même auteur, l'aide privée fut, à partir de la Révolution française, l'affaire de la philanthropie et de la commission de l'Assistance Publique à la Convention. Au XX^e siècle, l'Assistance Publique engendra le service social comme institution et comme profession (Mucchielli, 2014). La prise de conscience de la relation d'aide est récente, et elle apparaît dans la confrontation des nombreuses définitions de l'action sociale de 1930 à 1960, dont voici les grandes étapes :

- 1930 : La relation d'aide exige sympathie, solidarité et coopération. Elle est une forme d'intercommunication où se crée un pont entre aidant et aidé, qui fait de leurs deux personnalités un Nous, ce qui engendre un sentiment de solidarité effective... Le travailleur social doit offrir un type de relation dépouillé de tout préjugé. C'est là-dessus que se construira l'action coopérative pour résoudre le problème.
- 1935 : La relation pose des objectifs au-delà d'elle-même. L'élément vivant est la relation dynamique entre le travailleur social et le client. L'interrelation doit aboutir, pour le client, à une assistance qu'il reçoit pour trouver son meilleur épanouissement. En d'autres termes, c'est la relation créée par le thérapeute qui représente la construction d'un nouvel environnement où le patient pourra chercher plus efficacement la solution de son problème.

- 1950 : L'aspect psychopédagogique passe au premier plan. L'entretien est le moyen par lequel le client est amené à poser son problème et par lequel le travailleur social l'amène à y voir plus clair lui-même.
- 1960 : La relation d'aide arrive à sa pleine définition. Il s'agit d'une relation professionnelle dans laquelle une personne doit être assistée pour opérer son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adaptait pas normalement. Ceci suppose que l'aidant est capable de deux actions spécifiques :
 - Comprendre le problème dans les termes où il se pose pour tel individu singulier dans son existence singulière ;
 - Accompagner l'aidé à évoluer personnellement dans le sens de sa meilleure adaptation sociale (Mucchielli, 2014, p.17).

3. La « relation d'aide » selon les auteurs

Mucchielli (2014), qui s'est appuyé sur les travaux de Carl Rogers, a ainsi défini la « relation d'aide » comme une relation dans laquelle l'un des deux participants cherche à favoriser chez l'autre un meilleur fonctionnement, une appréciation plus grande de ses ressources latentes internes et une plus grande possibilité d'expression.

Cette démarche requiert quatre qualités de la part du thérapeute : un intérêt authentique pour le sujet, une attitude bienveillante dans l'expression des sentiments sans jugement moral, la mise en place de limites déterminées que le sujet pourra utiliser pour progresser dans la conscience de lui-même et l'exclusion de toute forme de pression sur l'individu. Ces qualités sont à la fois un devoir et doivent être inhérentes à la personnalité du thérapeute car elles sont nécessaires à une bonne relation d'aide psychologique. L'orthophoniste doit certes posséder un savoir-faire, mais aussi un savoir-être qui lui « permet d'être disponible tout autant que de savoir se positionner face aux différentes situations » (Baron, 2010, p.47).

Grâce à ces définitions, nous constatons le passage progressif d'une effusion sentimentale à une réelle technique d'éducation sociale pour que le patient apprenne à se prendre en charge lui-même. L'auteur le souligne à juste titre en écrivant que « nul n'est mieux placé que le sujet lui-même pour savoir quels sont les problèmes ; l'important est de savoir comment celui-ci a intégré sa propre expérience » (Mucchielli, 2014, p.18).

4. La « relation d'aide », une relation de confiance

La « confiance » au sens d'« assurance de celui ou celle qui se fie à quelqu'un ou quelque chose » (Le Petit Robert 2011) évoque un sentiment de sécurité. Ainsi, celui qui a confiance en quelqu'un ou quelque chose se sent sécurisé, à l'abri des dangers et des menaces. L'individu confiant peut alors se livrer sans méfiance et sans peur du jugement. Dans la relation d'aide, la confiance est primordiale et elle en est le fondement. La volonté de gagner la confiance du patient devrait être à la base même de la rééducation.

Les premières entrevues entre le thérapeute et le patient sont primordiales pour la construction d'une relation de confiance. Mais lorsque les protagonistes sont géographiquement séparés et qu'ils se parlent sur écran interposé, la distance ne forme-t-

elle pas une barrière à la confiance ? Par le biais d'Internet, patient et thérapeute peuvent-ils s'assurer de la confidentialité de leurs propos ? A ce titre, nous avons évoqué auparavant que la principale crainte des patients se situait justement au niveau de la confidentialité des propos échangés et dans la transmission informatique des données. Dans un contexte tel que celui de la téléorthophonie, le problème de la confidentialité des échanges vient s'ajouter à l'enjeu initial de l'instauration d'une relation de confiance.

5. Le rôle thérapeutique de la relation

A présent, nous aborderons une autre approche de la relation thérapeutique afin d'appréhender en quoi celle-ci pourrait jouer un rôle dans le rétablissement des patients. Balint (1996) demeure ainsi à l'origine d'un mouvement médical qui reconsidéra totalement les relations soignant-soigné : il s'est demandé pourquoi la relation entre malade et médecin pouvait parfois être insatisfaisante. Alors que le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans sa relation avec le patient, soit « l'effet médecin », est connu depuis l'Antiquité (Boussageon, Figon, Girier, Moreau, 2006), Balint (1996), lui, l'a appelé le « remède médecin ». Selon lui, le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale serait le médecin lui-même. Autrement dit, ce n'est pas uniquement la prescription qu'il fait à son patient qui importe, mais la manière dont il la prescrit, c'est-à-dire l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris. Il n'existerait donc aucune pharmacologie de ce médicament essentiel...

Selon Boussageon et al. (2006), l'effet thérapeutique du « remède médecin » est attribué à la qualité de la relation soignant-soigné par l'intermédiaire de l'empathie, la réassurance, l'attention portée au patient, l'écoute active, l'explication, l'encouragement, l'attitude chaleureuse et authentique et la conviction dans l'efficacité du traitement. Des études ont montré que la satisfaction du patient était liée à la relation avec le médecin. Ces travaux se sont attachés à démontrer que « si la relation médecin-patient influait sur la satisfaction du patient, elle conditionnait aussi l'efficacité thérapeutique » (Tétart, 2014, p.16).

A Lyon, le département de recherche de médecine générale publia une méta-analyse des recherches en ce sens, évaluant en particulier les bénéfices d'une approche « cognitivo-émotionnelle » consciente de la part du médecin (Boussageon et al., 2006). Selon eux, trois composantes de « l'effet médecin » sont décrites :

- « Rassurer » permet de diminuer l'anxiété du patient, favorise une amélioration de son observance thérapeutique, diminue sa demande de médicaments et réduit le recours aux examens paracliniques ;
- « Conseiller » regroupe différents types d'intervention visant la modification de comportement à risque pour la santé. Cela nécessite de savoir écouter les représentations du patient pour comprendre sa perception de la gravité de sa maladie, des bénéfices qu'il y a à agir contre cette maladie et les obstacles l'empêchant d'agir ;
- « Expliquer » permet de rassurer et calmer l'anxiété légitime du patient. Il convient au préalable de l'aider à poser des questions et à exprimer ce qui l'habite (Bousquet, 2013, p.171).

6. La « relation d'aide » : quelles exigences de la part du thérapeute ?

Pour mener à bien sa séance, le praticien doit pouvoir posséder quelques qualités intrinsèques qui l'aideront dans sa démarche envers le patient. Ici, nous citerons trois d'entre elles qui nous paraissent particulièrement adaptées à notre sujet.

6.1. La congruence

Le thérapeute se doit d'être réel ou authentique dans son rapport avec le patient. Ce qu'il ressent en lui doit être présent dans sa conscience et réapparaître dans ce qu'il communique (Mucchielli, 2014). A contrario, la non-congruence relève d'une sorte de contradiction ou d'ambiguïté dans la communication. Prenons pour exemple une personne agacée par quelqu'un mais qui n'en a pas conscience : ses paroles communiqueront un certain message, mais cette personne communiquera aussi, d'une manière détournée, l'agacement qu'elle éprouve. Cette contradiction des messages serait subjectivement vécue par le patient comme une situation ambiguë et angoissante. Ainsi, « un individu qui reçoit deux messages contradictoires ou non congruents ne peut en réalité répondre à aucun des deux » (Vetter, 1972, p.162). En effet, notre façon de parler, notre voix, notre intonation, reflètent en partie nos émotions. C'est pourquoi ce que l'on veut consciemment partager doit être adapté à ce qui se dit « malgré nous ». La congruence est donc la correspondance exacte entre ce que l'on dit et les émotions que l'on dégage.

6.2. La considération positive inconditionnelle

Le thérapeute, appuyé sur lui-même, se centre sur le patient. Cela revient à dire que l'attention qu'il se porte est contrarié dynamiquement par l'attention qu'il prête à autrui. En d'autres termes, il importe que le thérapeute se distance suffisamment de lui-même pour prendre soin de l'autre (Mucchielli, 2014).

6.3. L'empathie

Le mot « empathie » vient de en- (dedans) et de -pathie, du grec patheia (ce qu'on éprouve) (Le Petit Robert, 2011). Il s'agit d'un mécanisme psychologique par lequel une personne peut comprendre les sentiments et les émotions d'autrui, sans les ressentir elle-même (Baron, 2010). Le thérapeute rejoint, dans une proximité subtile, l'expérience de son interlocuteur tout en sauvegardant son objectivité. A contrario, donner au patient une réponse d'évaluation ou de jugement ne ferait qu'induire chez lui une sensation d'inégalité morale. La désapprobation moralisante pourrait déclencher de l'inhibition, de la culpabilité, de la révolte, voire de l'angoisse (Mucchielli, 2014).

7. La relation thérapeutique

La relation d'aide dont il s'agit dans ce mémoire est une relation thérapeutique proprement dite. C'est une relation de soins entre deux acteurs au moins, c'est-à-dire entre

un patient en demande de traitement et un praticien. Par extension, la relation thérapeutique peut accueillir le médecin et son équipe, le patient et son entourage.

Comme nous l'avons vu précédemment, la rencontre entre deux individus – ici, un praticien et un patient – induit une forme de relation. Dans notre cas, la relation concerne « l'ensemble des actions et pratiques destinées à guérir » (Le Petit Robert, 2011) et l'objectif du thérapeute est de soigner par des actions. Mais l'instauration de la relation se fait aussi bien de la part du patient que du thérapeute. Le patient, de son côté, exprime une souffrance ; il cherche à y mettre du sens et à en être soulagé. Le lien sera porté par des vecteurs comme la parole, le geste, le toucher, le regard, l'examen, la prescription, etc.

Chaque relation thérapeutique s'instaure à partir d'une « rencontre » qui instaure une relation d'aide effective. Cet événement appartient en fait à tous les modes thérapeutiques, comme à toutes les relations intersubjectives. Que ce soit dans l'intimité d'un cabinet de consultation, à deux ou avec une famille, ou dans la confusion d'un service d'urgence par exemple, il s'agit bien de réussir quelque chose qui est de l'ordre de la « rencontre ». Cela repose sur un regard, une écoute, un état intérieur du thérapeute, sans lesquels la rencontre serait formelle et risquerait d'être vide de sens ou de ne pas tenir ses objectifs. Ce qui se passe lors de la rencontre, c'est sur quoi repose toute l'histoire (Martin, 2001/2). Selon Anzieu, « il faut cette suspension du contexte, du « bruit des autres » et des explications. C'est aussi au-delà de la séduction : c'est une attention absolument réservée, de l'un à l'autre, de l'un comme de l'autre » (Anzieu, 2013, pp. 32-34).

VII. L'entretien d'aide

1. Définitions

La relation thérapeutique est spécifique car elle diffère des autres genres d'interrelations humaines. L'entretien d'aide, appelé « entretien de face à face » par Mucchielli (2014) devient le moyen de la construire. Le thérapeute n'aura pas pour rôle d'apporter une solution toute faite au problème de son interlocuteur, mais il aura pour objectif d'utiliser les ressources de l'ego de son patient pour que ce dernier comprenne mieux sa propre situation et se comprenne mieux lui-même. En d'autres termes, il doit nécessairement faciliter l'expression d'autrui.

Pour comprendre au mieux les besoins du patient, l'entretien doit être exclusivement centré sur celui-ci. « L'entretien centré sur le client » est une notion qui fut lancée par Carl Rogers et reprise par Mucchielli (2014). Notons que nous préférons le terme « patient » à celui de « client ». La relation s'inscrit dans un rapport aidant-aidé et induit les notions d'assistance, de secours et de soutien alors que « client » implique une demande de service moyennant rétribution (Le Petit Robert, 2011). Cette centration sur le patient suppose logiquement plusieurs principes comme : une disponibilité intégrale sans préjugé ni a priori d'aucune sorte, une attitude de non-jugement, une attitude de non-directivité, une intention authentique de comprendre autrui dans sa propre langue, un effort continu pour rester objectif (Mucchielli, 2014).

L'entretien de face à face joue un rôle considérable d'un point de vue thérapeutique. Ici, nous ne sommes pas dans le cadre d'un rapport qui impliquerait une relation de force ou la présence de statuts dominant/dominé, inférieur/supérieur, enseignant/enseigné, comme par exemple dans les relations parent-enfant, maître-élève, etc. Ainsi, les enjeux principaux de l'entretien d'aide sont « la compréhension exacte de ce qui se passe pour l'autre, la découverte de la manière dont il éprouve la relation, et la clarification progressive de son vécu » (Mucchielli, 2014, p.12).

Pour illustrer ces propos, nous pouvons citer les résultats d'une enquête qui fut menée en France auprès de 1148 patients sur les raisons de changement de médecin généraliste. Aubrege, Boivin, De Korwin et Muller-Collé (2003) ont observé que le reproche essentiel des malades au sujet de la relation avec leur médecin concernait le manque d'attention. Les patients ne demandent pas que le médecin soit disponible en permanence mais ils souhaitent une plus grande concentration au moment même de la consultation. Selon Boussageon et al. (2006), les patients sont demandeurs d'écoute, d'une prise en compte de leurs soucis et d'explications tant sur le plan diagnostique que sur la conduite à tenir.

Afin de comprendre la notion d'« entretien d'aide », nous nous appuyerons sur quelques définitions par exclusion :

- « L'entretien d'aide n'est pas une conversation » : cependant, l'échange d'informations ou d'opinions au sein d'une simple conversation prend place dans la toute première phase d'un entretien d'aide pour « faire connaissance » ou assurer la confiance.
- « L'entretien d'aide n'est pas une discussion » : lors d'une discussion, les protagonistes cherchent à avancer des arguments et à parer des attaques, et ils se retrouvent « face à face » dans le sens de l'affrontement. La discussion est plus ou moins passionnée ou passionnelle et elle implique une forme de combat, puisque les partenaires sont affectivement impliqués. Par conséquent, la compréhension de l'interlocuteur est « bouchée » par les positions personnelles et la relation qui s'instaure n'est pas une relation de compréhension proprement dite. Notons que, pour réfuter les arguments d'un partenaire, il faut préalablement avoir compris sa pensée, son point de vue et son cadre de référence.
- « L'entretien d'aide n'est pas une interview au sens journalistique du mot » : bien que ce genre d'entretien de face à face soit centré sur la personne interviewée, il implique la présence pesante d'un troisième partenaire : le public. Dans ce contexte, il semblerait que l'objectif de l'interviewer ne soit pas la seule compréhension de son client, mais plutôt l'aspect spectaculaire pour intéresser et satisfaire la curiosité du public.
- « L'entretien d'aide n'est pas un interrogatoire » : ici, l'interrogé se retrouverait inévitablement en situation d'infériorité. Ce type de questionnement exercerait une pression relativement hostile sur l'interrogé qui se retrouverait dans une position de suspect, voire d'accusé, et son attitude défensive ne faciliterait pas non plus le dialogue. L'interviewer, quant à lui, serait plus captivé par les questions qu'il a à poser que par les questions que se poserait l'interviewé.
- « L'entretien d'aide n'est pas un discours de l'interviewer » : dans une discussion, celui qui prend le monopole de la conversation peut le faire dans un objectif conscient (pour faire admettre quelque chose à l'autre, etc.) ou inconscient (plaisir

narcissique à s'écouter parler ou peur de ce que l'autre aurait à dire, etc.). Dans tous les cas, le discours-monologue va à l'encontre de l'effort de compréhension d'autrui.

- « L'entretien d'aide n'est pas une confession » : dans ce contexte, le rôle de l'interviewer implique une évaluation morale de ce que l'autre dit et il incarne le rôle de détenteur d'une Règle morale qui le rendrait ainsi moralement supérieur. De son côté, l'interviewé se retrouve inévitablement coupable d'avoir enfreint la loi morale. Si l'entretien d'aide peut parfois prendre l'allure d'une confession, l'interviewer ne doit ni juger ni soulager la conscience de l'autre, mais simplement comprendre sa situation.
- « L'entretien d'aide n'est pas la recherche d'un diagnostic » : lors de l'établissement d'un diagnostic, le soignant a en tête un ensemble de « tableaux cliniques » et cherche à ranger son patient dans une « case ». Dans ce contexte, il a tendance à laisser échapper l'essentiel lors de son interview : le vécu du patient et sa singularité (Mucchielli, 2014, pp.13-16).

En définitive, la relation d'aide consiste en l'analyse de ce qui se passe ici et maintenant, dans la dynamique même du face-à-face, et c'est une situation privilégiée pour observer la manière dont un individu entre en relation avec autrui et la façon qu'il a de s'exprimer. Cette dynamique d'observations et d'analyse se déroule dans un environnement précis : il s'agit du cadre imposé par le thérapeute à son patient.

2. L'influence du contexte

Selon Marc (2008), l'analyse de la communication ne se limite pas à la compréhension des mécanismes interactionnels et de l'implication personnelle des protagonistes. Elle suppose aussi la prise en compte du « contexte » dans lequel elle se déroule. Ce contexte ne constitue pas seulement un décor qui situerait la scène dans l'espace et le temps : « il tend à structurer et orienter la relation, car il est porteur de schèmes relationnels, de codes et de rituels qui marquent profondément la communication » (Marc, 2008, p.53). Ainsi, on n'interagit pas de la même façon sur une plage ou dans un bureau (la nudité qui est vécue comme « normale » dans le premier cas sera ressentie comme choquante dans le second). Le contexte est fait de plusieurs dimensions qui coexistent et structurent en profondeur la communication. L'exemple précédent montre bien qu'il ne revêt pas seulement une importance matérielle et concrète mais qu'il est chargé de significations symboliques et culturelles.

3. Le positionnement dans l'espace

3.1. La proxémie

La proxémie est définie comme « une partie de la sémiotique qui étudie comment les êtres animés, et notamment l'homme, utilisent l'espace » (Le Petit Robert, 2011). Cette approche de l'espace fut introduite par Edward T. Hall en 1963 et elle désigne d'après lui « l'ensemble des observations et théories que l'Homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique ». Il a ainsi déterminé la distance publique (entre 3,60 et 7,50 mètres), la distance sociale (entre 1,20 et 3,60 mètres), la distance personnelle (entre

45 centimètres et 1,20 mètres) et la distance intime (entre 15 et 45 centimètres) (Twitchell Hall, 1971).

Lors d'une séance d'orthophonie en face à face, nous nous trouvons le plus souvent dans une configuration qui est de l'ordre de la distance personnelle. En effet, il s'agit d'une distance propice aux entretiens et elle permet d'utiliser le toucher pour établir le contact. Cependant, dans la relation soignant-soigné, cette distance est parfois totalement remise en question. Il peut arriver que l'on ait à rentrer dans l'espace intime de l'autre (lecture d'un livre, exercices de respiration, exercices vocaux, exercices de relaxation, essais de déglutition, etc.), et cela s'accompagne d'une certaine implication physique et d'un échange sensoriel élevé. Cette surface intime est un périmètre de sécurité individuel et une zone émotionnellement forte propre à chaque individu. Cette intrusion dans l'espace personnel de l'autre s'avère être souvent nécessaire dans la prise en charge de certaines pathologies ou dans la dynamique d'une séance de rééducation. Elle témoigne d'un comportement chaleureux et amical et peut parfois rassurer le patient en demande d'aide.

Lorsque patient et thérapeute sont séparés physiquement et interagissent sur écrans interposés, comment envisager une telle proximité ? Si le thérapeute est dans l'impossibilité de se rapprocher de son patient, il ne pourra pas le toucher pour le rassurer (dans une perspective d'encouragement), le canaliser s'il est agité, échanger des objets pour travailler et jouer avec lui, lui ôter le matériel des mains pour stopper une activité. En d'autres termes, le thérapeute pourrait rencontrer des difficultés pour cadrer la séance, lui donner un rythme et imposer ses limites.

3.2. La relation à l'espace

L'appropriation de l'espace et la relation aux lieux qui en découle n'est pas fortuite. Le positionnement des objets et leur utilisation ont des significations implicites. Ainsi, nous pouvons nous sentir bien ou mal selon la disposition des lieux, l'espace environnant, etc. (Baron, 2010). Dans son mémoire, Baron (2010) nous fait aussi part de l'importance des effets du positionnement des personnes l'une vis-à-vis de l'autre. Par exemple, la communication en face à face met en avant des éléments de type non-verbaux. Dans ce positionnement, nous pouvons observer plusieurs éléments qui ne seraient pas visibles si l'on était côte à côte ou dos à dos (la réaction de l'autre à son propos, les mimiques faciales suite à la proposition d'une activité, etc.), nous pouvons aussi détourner notre regard de la personne ou au contraire le croiser. Cette situation de face à face permet donc d'avoir une vue totale de l'autre, ce qui n'est pas forcément le cas lors d'une discussion par écrans interposés.

Des phénomènes sont donc déclenchés par la position spatiale. La relation est symboliquement différente, que l'on se trouve en face à face autour d'une table ou en face à face sur un écran. Cette variable n'est-elle donc pas à prendre en compte dans la représentation du cadre ? La situation spatiale, la distance à l'autre, notre placement vis-à-vis de lui sont autant de paramètres de la communication qui agissent sur la relation avec l'autre.

VIII. La distance : quelle influence sur la communication ?

Comme nous l'avons évoqué précédemment, être centré sur le patient au cours d'un entretien de face à face signifie comprendre ce qui se passe ici et maintenant dans la relation elle-même. Cela n'est possible que par une observation vigilante et informée car « savoir écouter est inséparable de savoir observer » (Mucchielli, 2014, p.23). Dans la configuration qu'impose une rééducation à distance, ne sommes-nous pas en droit de nous demander si cela est possible ? De plus, dans tout rapport interrelationnel, nos opinions, nos croyances, nos idées a priori, nos préjugés et nos sentiments opèrent des distorsions inapparentes mais puissantes qui nous empêchent de saisir les rapports objectifs inhérents au réel (Mucchielli, 2014). Il semblerait donc que nous soyons parfois tentés de donner un sens personnel à ce qui nous apparaît, ou de n'en saisir qu'un aspect. Par écrans interposés, l'observateur est-il dans les meilleures dispositions pour saisir les paroles de son interlocuteur et y attribuer leur sens exact ? Les obstacles imposés par l'entremise de la technologie ne gêneraient-ils pas la perception et l'observation des phénomènes et des interactions qui s'opèrent pendant la séance ?

1. Le rapport de places

La communication comporte le plus souvent deux visées distinctes : faire passer un contenu et définir la relation entre les interlocuteurs. La définition de la relation résulte d'un « rapport de places » qui structure la communication. Ce rapport peut être défini par :

- La symétrie et l'asymétrie : on parle ici des relations symétriques entre amis, ou au contraire des relations asymétriques parent/enfant, vendeur/client, etc.) ;
- La distance et la proximité : cet axe définit le degré de familiarité entre les protagonistes de la relation. La proximité caractérise les relations de familiarité, alors que la distance marque la relation à ceux dont l'écart de statut est important ;
- La convergence et la divergence : cette polarité peut s'exercer au niveau des opinions, des intérêts, des positions, des affinités, etc. (Marc, 2008, p.88).

Chaque rapport peut donc être défini par la position de la relation sur ces trois axes. Mais une position n'est pas forcément stable et exempte d'ambivalence. Lorsque ces rapports sont clairement définis, la communication l'est généralement aussi. S'il y a ambiguïté, la communication peut être plus complexe et source éventuelle d'embarras.

Ainsi, nous pouvons nous poser la question du rapport de places dans le cadre d'une communication par écran interposé. L'entremise de la technologie n'induit-elle pas une forme de distance entre les protagonistes ? La façon dont les relations sont vécues garantissent-elles une parfaite communication ? Autant de questions qui provoquent une certaine méfiance envers la légitimité de la place des nouvelles technologies dans les relations interhumaines.

2. La dynamique langagière

A présent, nous aborderons l'importance des différents paramètres qui accompagnent la parole. Selon Chabanne (1999), la communication est multicanale et pluricodique. A partir du moment où elle accorde priorité aux échanges oraux, la description doit prendre en compte non seulement le matériel verbal, mais aussi le matériel non-verbal. En effet, une interaction de face à face se réalise par la synergie de deux voies concomitantes : l'une discursive par laquelle est acheminée l'aspect signifiant de l'énoncé, et l'autre pragmatique qui en assure la maintenance et la régulation par le « processus de co-pilotage » (Cosnier, 2008).

2.1. La communication

La communication comprend tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances et des sentiments avec un autre individu. En linguistique, le langage propre à l'homme se distingue de la communication animale par cinq critères : la sémantique (les signes du langage verbal ou non-verbal ont une signification), l'interchangeabilité (un signe peut être remplacé par un autre de même signification), le déplacement (un signe linguistique peut représenter des objets non présents), l'ouverture (un signe linguistique peut fournir une signification autre que sa signification habituelle), et la prévarication (la non-utilisation du signe devient elle-même signifiante) (Dictionnaire d'Orthophonie, 2011).

2.2. La communication gestuelle et la communication verbale

La communication gestuelle et la communication verbale reposent sur des systèmes symboliques comme le langage oral, écrit ou gestuel. En plus de l'existence indispensable d'un émetteur, d'un récepteur et d'un code, la notion de communication fait appel à d'autres paramètres. Le message est transmis par un destinataire vers un destinataire dans un contexte de communication. Par la suite, la rétroaction (ou feed-back) donne des informations à l'émetteur sur la façon dont son message a été reçu, ce qui lui permet d'ajuster la façon dont il communique (Dictionnaire d'Orthophonie, 2011).

2.3. Le paraverbal

Matériel verbal et matériel paraverbal semblent naturellement liés : toute énonciation présente nécessairement un matériel articulé (des phonèmes) et un matériel paraverbal. Ils partagent le même support physique : des stimuli voco-acoustiques dont l'émission et la réception sont assurés par des organes spécialisés (Chabanne, 1999). De nombreux travaux ont été effectués sur les phénomènes propres au paraverbal (Hennel-Brzozowska, 2008). Ils recouvrent, en résumé, les phénomènes suivants : l'intonation, la prosodie, le débit, les pauses, les caractéristiques de la voix, les particularités individuelles et collectives de la prononciation (accents régionaux, sociaux, etc.), les aspects émotionnels (les émotions peuvent refléter nos ressentis si bien que les paroles énoncées peuvent être en décalage avec les émotions dégagées), etc. (Chabanne, 1999).

2.4. La communication non-verbale

En linguistique, la communication non-verbale se dit de l'aspect du message qui ne fait pas appel aux mots. Corraze (1992) applique le terme de « communication non-verbale » aux postures, aux gestes, aux particularités somatiques, voire aux organisations d'objets et aux rapports de distance entre les individus. L'approche du matériel non-verbal est différente car il n'est pas porté par les mêmes canaux matériels (Chabanne, 1999). Il est constitué de stimuli corporo-visuels comme :

- Les signes « statiques » : l'apparence physique, la coiffure, les vêtements, etc. ;
- Les signes « cinétiques lents » : dont les attitudes, les postures qui rendent compte des intentions d'accueil ou de rejet de l'autre, et la proxémie définie d'après les rapports spatiaux et les distances entre les interlocuteurs (Coquet, 2011) ;
- Les signes « cinétiques rapides » : les expressions faciales transmettent les états émotionnels, les gestes ont une valeur expressive, et le regard renseigne sur les dispositions affectives de l'autre et permet de réguler l'échange (Coquet, 2011). En effet, le parleur ne regarde pas en permanence le receveur, ce qui donne à son regard, quand il se produit, une valeur de signal à certains moments de son discours. Le regard est aussi utilisé pour suspendre ou reprendre la conversation, et pour désigner l'allocutaire quand l'interaction se fait à plusieurs (Cosnier, 2008).

Ces phénomènes jouent un rôle important dans le processus d'interprétation des signes linguistiques dont ils accompagnent l'énonciation. La réception d'un message relève donc d'une écoute attentive de celui-ci et d'une certaine analyse des manifestations physiques qui l'accompagnent pour une interprétation juste. Cela est d'autant plus important dans le cadre de la relation thérapeutique. L'objectif de l'orthophoniste est d'observer et travailler les différentes modalités de la communication. Ainsi, qu'il s'agisse des attitudes corporelles ou des manifestations de proxémie, le but est d'observer quels sont les schémas moteurs, les signaux vocaux et non-verbaux qui sous-tendent et accompagnent les pratiques langagières.

Dans le cadre de notre sujet, il paraissait essentiel de préciser l'importance que revêtent tous les éléments qui entourent la communication, car l'entretien contient une multitude de détails révélateurs sur le patient. Mais par écrans interposés, est-il possible d'opérer de telles manœuvres ? Le thérapeute qui dialogue avec son patient par le biais d'un ordinateur et qui de fait, n'a pas une vision globale de celui-ci, est-il en mesure de percevoir tous les paramètres précédemment cités pour interpréter conformément son discours ?

2.5. Le non-verbal : inducteur d'empathie affective

Un autre rôle du non-verbal serait de fournir un « modèle effecteur » au partenaire qui, par un mécanisme d'« échoïsation corporelle », vivrait en miroir l'état affectif de son vis-à-vis (par exemple les phénomènes de contagion du fou rire). Aussi, de nombreuses expériences ont montré que l'adoption par le corps de certaines configurations posturo-mimo-gestuelles induit des affects spécifiques. Le corps du « récepteur » entre en

résonance avec le corps de l' « émetteur » et ce phénomène permet par un mécanisme de feed-back d'attribuer à autrui des états mentaux (Cosnier, 2008, p.151).

2.6. La communication affective non-verbale

La capacité d'un médecin d'exprimer ses émotions serait corrélée positivement à la satisfaction du patient. Cette communication affective non-verbale peut transmettre de manière efficace attente et espoir de guérison qui interviennent dans l'effet thérapeutique. Une enquête fut menée à ce sujet auprès de 100 patients : ceux-ci étaient suivis par un médecin généraliste et consultaient en parallèle un « guérisseur ». L'étude démontra que les patients accordaient plus d'importance à la représentation qu'ils se faisaient du thérapeute qu'aux « remèdes » prescrits. La confiance qu'un patient accorde à la compétence de son médecin, aussi bien sur le plan technique que relationnel, est une des meilleures représentations contribuant à l'efficacité thérapeutique (Boussageon et al., 2006).

3. L'écoute compréhensive

3.1. Définitions

« L'écoute » va au-delà de la simple perception des bruits environnants. Mais pour « écouter », nous avons d'abord besoin d'« entendre ». Ainsi, « entendre » au sens de « saisir par l'ouïe » n'est que la perception par le sens de l'ouïe (Le Petit Robert, 2011). « Écouter », (du latin auscultare → ausculter) signifie « s'appliquer à entendre, diriger son attention vers des bruits, des paroles, etc. ». L'écoute induit donc une notion d'attention envers ce que l'on entend (Le Petit Robert, 2011). « Écouter, c'est d'abord donner la parole au lieu de la prendre à la place de l'autre. Cela implique donc un silence de l'écouter, un silence fait d'intérêt et d'attention pour ce que communique la personne aidée » (Pont, 2011, p.24).

3.2. Les interférences à la compréhension

Plusieurs variables sont susceptibles d'interférer sur la communication et d'en compromettre la compréhension (Mucchielli, 2014). Tout d'abord, envisageons la perception « intérieure » de ce que l'on a à dire. Celui qui va parler croit avoir une idée claire de ce qu'il a à dire, mais cette clarté n'existe que pour lui car son idée tient à un système préétabli d'opinions et de sentiments. Ce qu'il exprime n'est donc qu'un échantillon dont l'auditeur n'a pas le contexte qui en assurerait le sens (Mucchielli, 2014). Par la suite, l'émetteur va sélectionner ses mots en fonction du vocabulaire qui lui est disponible. Il devra parfois fournir un effort d'adaptation à son interlocuteur mais ce dernier ne sera peut être pas en mesure de comprendre ses paroles (Mucchielli, 2014).

Le canal de transmission lui-même peut aussi causer des distorsions de perception, et ce même dans le cas le plus simple où l'émission est verbale et dans le face-à-face. L'influence des circonstances externes (les bruits venant de l'extérieur, les dérangements, etc.) jouerait un rôle dans la communication. Les circonstances mêmes de la relation

auraient aussi un impact sur la qualité de l'échange verbal (le cadre dans lequel a lieu la communication, la distance physique, la position spatiale des partenaires, etc.) (Mucchielli, 2014). Ici, nous rejoignons le cœur de notre sujet, puisque nous comprenons dans quelle mesure la disposition spatiale des interlocuteurs joue un rôle prépondérant dans l'écoute compréhensive d'autrui.

Concernant la réception de la communication, les causes de perturbation abondent également. Notre subjectivité implique naturellement des difficultés à écouter de façon objective car nous risquons d'interpréter en fonction de notre vécu, de croire comprendre alors qu'on projette nos significations sur la situation du patient. La subjectivité consiste en fait à donner des significations personnelles à ce qui se dit ou se fait, pour « habiller » le réel au lieu de le percevoir tel qu'il est (Mucchielli, 2014). L'écoute pure et authentique demande un effort de contrôle de la part du thérapeute qui doit prêter une attention bienveillante sur ce que dit son interlocuteur au cours de la séance, sans distraction et sans erreur psychologique (Mucchielli, 2014).

Face à ces constats, nous comprenons que chaque situation de communication est influencée par une multitude de facteurs et que ceux-ci ont impact sur l'efficacité des échanges. Il est donc concevable que l'échange, livré au déterminisme de ces facteurs, n'aboutisse pas toujours à une compréhension parfaite. En conclusion, n'est-il pas légitime de se demander si l'entremise de la technologie au cours d'un entretien ne serait pas un obstacle supplémentaire aux obstacles nés des conditions mêmes de l'entretien ?

4. Le transfert et le contre-transfert

4.1. Définitions

En psychologie, le transfert affectif est le déplacement des émotions et des affects d'un objet sur un autre. Ce phénomène existe dans toutes les relations interhumaines, professionnelles, hiérarchiques, amicales ou amoureuses, mais dans la mesure où il n'y a pas de tiers pour les interpréter ; les phénomènes de transfert restent le plus souvent inconscients (Dictionnaire d'Orthophonie, 2011).

L'analyse et l'interprétation du phénomène de transfert sont en fait l'apanage de la psychanalyse. Il correspond au report des sentiments que le patient a éprouvés dans l'enfance à l'égard de ses parents, sur la personne de l'analyste. C'est un des aspects fondamentaux de la cure analytique, car la prise de conscience par le patient des affects positifs ou négatifs qu'il a construits dans l'enfance lui permet de comprendre les origines de sa névrose. A l'opposé, le contre-transfert est l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste en réponse au transfert de son patient.

4.2. Transfert, contre-transfert et orthophonie

Ces phénomènes de transfert et de contre-transfert doivent être reconnus dans toute situation thérapeutique, y compris en orthophonie. Le rôle de l'orthophoniste n'est donc pas d'analyser le transfert, mais il est important qu'il identifie les émotions de son patient et qu'il en soit conscient pour comprendre le mécanisme de ses réactions.

Par ailleurs, la considération des réactions de son patient lui permet d'adapter son comportement. Il ne s'agit pas non plus de réfréner les émotions, puisque celles-ci nous sont nécessaires pour être empathiques. Le thérapeute devra adapter ses réponses tout en gardant le recul nécessaire pour contrôler son impulsivité et ne pas se laisser envahir par les affects de son patient.

Dans le cadre de notre sujet, il nous semblait légitime de nous interroger sur ces mécanismes. A distance et dans des configurations si différentes de celles d'une séance d'orthophonie, le thérapeute est-il dans les meilleures dispositions pour percevoir ces phénomènes essentiels à la compréhension de son patient ?

5. L'agitation

5.1. Définitions

Par définition, l'« agitation » se dit de « l'état d'une personne en proie à des émotions et à des impulsions diverses, et qui ne peut rester en repos » (Le Petit Robert, 2011). Les personnes agitées ont des difficultés à mobiliser leur attention qui est une « capacité à se centrer sur quelque chose ou sur quelqu'un, à se situer dans un contexte donné et dans une relation précise à l'objet ou à l'interlocuteur, dans le but de recueillir des informations ou d'effectuer une tâche précise » (Dictionnaire d'Orthophonie, 2011). L'attention peut être touchée dans sa qualité ou dans sa durée ; on parle ainsi de troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité.

5.2. Comment y faire face ?

Face à cette situation déstabilisante, il conviendrait de « rester calme, détendu, d'utiliser éventuellement le contact physique (poser notre main sur celle du patient) pour solliciter l'attention du patient. Les activités proposées devront permettre éventuellement une mobilisation du corps » (Pont, 2011, p.53).

Dans le cadre de séances de rééducation en non présentiel, il semblerait que ces conseils soient difficiles à appliquer. Il se pourrait alors que le thérapeute rencontre des difficultés à canaliser l'attention de ses patients lorsque ceux-ci sont agités. Ainsi, l'absence de contact physique ne serait-elle pas un obstacle majeur à ce type de rééducation ? Comment imposer ses limites au cadre si l'orthophoniste n'a pas la possibilité d'intervenir physiquement ?

Chapitre II

PARTIE EXPERIMENTALE

I. Problématique et objectifs

1. Problématique

Les effectifs réduits d'orthophonistes dans les régions dépourvues de praticiens contraignent les patients à parcourir de longues distances pour aller chez le professionnel de santé. Mais lorsque les distances sont trop importantes, il arrive que les patients ne puissent bénéficier d'aucune prise en charge. La téléorthophonie est donc envisagée en France et de par le monde comme un moyen de pallier ces obstacles. En effet, la distance est la raison la plus fréquemment évoquée pour justifier la téléorthophonie (Deygas, 2014).

L'Internet engendre un régime de réciprocité et de nouvelles formes d'échanges dans différentes situations de communication. Il introduit un espace sans distance et un temps sans délai qui se superposent peu à peu à l'espace-temps « classique ». Il permet des modes de présentation de soi et de rapport à autrui inédits, sous la forme de mise en réseaux.

La pratique de la téléorthophonie est relativement récente. De nombreuses études ont été menées au sujet du soin à distance, et ce notamment au Canada où cette pratique est désormais courante face à l'immensité du territoire et les zones totalement dépourvues d'orthophonistes. La plupart des recherches sur la téléorthophonie étaient centrées, jusqu'à présent, sur sa faisabilité, c'est-à-dire les pathologies pour lesquelles elle est indiquée ou contre-indiquée, son efficacité, la possibilité de mener un bilan à distance, etc. Pour l'heure, les effets de ce type de soin s'avèrent être plutôt positifs en termes de résultats, puisque les téléorthophonistes (au Canada) affirment que les résultats des prises en charge sont favorables.

Cependant, aucune étude n'a été conduite au sujet de l'impact que la distance pouvait avoir sur la relation entre le patient et le thérapeute. Nous avons pourtant vu précédemment que, dans toute situation de soin, la mise en place d'un cadre était plus que nécessaire pour mener à bien une rééducation et qu'elle exerçait une forte influence sur la relation thérapeutique. En effet, la profession d'orthophoniste est un métier au sein duquel la relation patient-thérapeute occupe une place majeure. De la même manière, le cadre contribue justement à instaurer cette relation si particulière entre les deux protagonistes lors de la première rencontre et au fil des séances de rééducation.

Or, en ce qui concerne la téléorthophonie, la notion de cadre est quelque peu revisitée. Par conséquent, la relation thérapeutique et son rôle sont modifiés. Ainsi, dans quelle mesure le cadre peut-il être modifié au point de garantir des résultats semblables à une prise en charge en présentiel ?

A la lumière de ce que nous venons d'exposer, la problématique est la suivante : nous supposons que la téléorthophonie modifie la relation thérapeutique du fait de l'entremise de la technologie et du cadre qui s'en voit modifié. L'hypothèse que nous formulons alors est que l'absence de présence physique entraînerait une modification de la relation thérapeutique entre le thérapeute et son patient.

2. Objectifs

L'objectif de ce mémoire est donc de se questionner sur l'impact éventuel de la rééducation orthophonique à distance (par écrans interposés) sur la relation thérapeutique. Nous essaierons également d'analyser si le facteur « distance » a une influence positive ou négative sur les résultats de la prise en charge orthophonique. Il s'agit de recueillir le ressenti des téléorthophonistes et des patients au sujet de la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients ou leur téléorthophoniste via Internet.

II. Choix de la population et du dispositif expérimental

Les populations concernées par cette enquête sont les patients suivis par téléorthophonie et les orthophonistes ayant eu recours à la téléorthophonie lors de leur carrière professionnelle. Toutes les tranches d'âge étaient prises en compte. 46 patients suivis par téléorthophonie ont répondu au questionnaire qui leur était destiné et 12 téléorthophonistes nous ont adressé leurs réponses. Au total, 58 questionnaires auront été dépouillés.

Pour répondre à ces questionnements, deux questionnaires différents ont été rédigés. L'un d'entre eux a été adressé aux patients suivis par téléorthophonie et l'autre a été envoyé aux téléorthophonistes. L'avantage de ce type de modalité est l'anonymat des réponses et le fait de pouvoir atteindre un maximum de répondants.

Toutes les questions ont été pensées au fil des lectures d'ouvrages sur la relation et le cadre thérapeutiques, des consultations d'enquêtes sur la télémédecine en France et dans le monde, des lectures d'articles sur la télésanté et la téléorthophonie, etc., mais aussi grâce à l'entretien avec Michel Sistac, orthophoniste et fondateur de la société « Viziocare » spécialisée en téléorthophonie. Les questions de cette enquête ont été formulées à l'aide d'un ouvrage destiné à l'élaboration de questionnaires (De Singly, 2012). Les questionnaires eux-mêmes ont été saisis grâce à l'outil informatique « Google Forms » ; cette application a par la suite généré deux liens électroniques qui permettaient d'accéder aux questionnaires en ligne. Ces liens ont été transmis aux personnes interrogées via Internet, leur permettant ainsi de répondre de façon anonyme. Les résultats étaient réceptionnés directement sur l'application « Google Forms ».

1. Questionnaire adressé aux patients suivis par téléorthophonie

Un premier questionnaire a été adressé aux patients suivis par téléorthophonie. Ce questionnaire visait à obtenir leurs ressentis sur ce nouveau mode de prise en charge. Lorsque ceux-ci avaient déjà bénéficié d'une rééducation en présentiel, il était intéressant de pouvoir comparer les deux modes de prise en charge.

1.1. Modalités d'envoi du questionnaire

Les patients suivis par téléorthophonie ont pu être interrogés par l'intermédiaire du « fichier » de patients de la société Viziocare. Le lien du questionnaire leur a été envoyé

par e-mail et ceux-ci ont pu y répondre de façon anonyme. L'anonymat paraissait ici primordial dans la mesure où les réponses fournies par les patients pouvaient avoir une valeur de jugement quant au travail du téléorthophoniste et les résultats attendus.

1.2. Architecture du questionnaire

Le questionnaire comprenait trois parties :

- Questions préliminaires – votre prise en charge par téléorthophonie
- La relation avec votre téléorthophoniste
- Les résultats de votre prise en charge

Une première série de questions était adressée aux patients afin de cerner au mieux leur profil (voir annexe III) : les interrogés devaient indiquer leur tranche d'âge ainsi que la pathologie pour laquelle ils étaient pris en charge. Par la suite, ils devaient préciser la raison qui les avait poussés à choisir la téléorthophonie, et si une prise en charge en présentiel avait été privilégiée.

La deuxième partie s'intéressait à la relation thérapeutique (voir annexe IV). Les répondants devaient qualifier la relation établie avec leur téléorthophoniste et estimer s'ils se sentaient à l'aise avec leur interlocuteur, par l'intermédiaire de la technologie. Aussi, si les interrogés avaient déjà suivi une rééducation en présentiel, ils pouvaient préciser si la relation était meilleure en face à face ou à distance.

La dernière partie concernait enfin les résultats de la prise en charge par téléorthophonie (voir annexe V). Les patients pouvaient alors indiquer s'ils étaient satisfaits ou non des résultats. Ceux qui avaient déjà suivi une rééducation en présentiel pouvaient préciser si les résultats étaient meilleurs ou moins bons avec la téléorthophonie. Finalement, la dernière question qui leur était adressée concernait leur choix si, à l'avenir, ils devaient de nouveau faire appel à un orthophoniste : « Choisiriez-vous la téléorthophonie ? ».

La plupart des questions laissaient l'opportunité aux interrogés de laisser toute remarque éventuelle.

2. Questionnaires adressés aux téléorthophonistes

Un deuxième questionnaire était donc destiné aux téléorthophonistes. Il visait à cerner les impressions des orthophonistes au sujet de cette pratique.

2.1. Modalités d'envoi du questionnaire

Le lien de ce questionnaire a été envoyé sur les réseaux sociaux, sur des groupes de discussion tels que : « Orthophonistes sans frontières », « Les orthophonistes de l'Ile de la Réunion », « Toutes les logopèdes de Facebook », « Biblyortho », « Bilinguisme en orthophonie », « Logopédie-orthophonie », « Ortho-infos », « Orthophonie »,

« Orthophonie et recherche ». Le lien a également été envoyé spécifiquement à des téléorthophonistes travaillant pour la société « Vizicare », par l'intermédiaire de Michel Sistac.

2.2. Architecture du questionnaire

Le questionnaire comprenait quatre parties :

- Situation géographique et mode d'exercice
- Les patients
- La relation thérapeutique
- Les résultats de la prise en charge

La première partie du questionnaire débutait par des questions préliminaires (voir annexe VI). L'objectif de cette partie était de faire connaissance avec les téléorthophonistes pour découvrir leur mode d'exercice (libéral, salariat ou mixte), les raisons qui les ont poussés à pratiquer la téléorthophonie, l'endroit depuis lequel ils la pratiquent et dans quelle proportion.

La deuxième partie était ensuite consacrée aux patients (voir annexe VII). Il semblait intéressant, en premier lieu, de connaître la tranche d'âge la plus fréquemment rencontrée en téléorthophonie. Ensuite, les téléorthophonistes pouvaient citer les trois pathologies les plus fréquemment prises en charge par téléorthophonie et indiquer quelles étaient, selon eux, les pathologies qui en étaient exclues. Enfin, la dernière question de cette partie visait à savoir si les téléorthophonistes avaient déjà rencontré leurs patients in praesentia.

La partie suivante était de loin la plus intéressante dans le cadre de notre sujet car il s'agissait des questions relatives à la relation thérapeutique (voir annexe VIII). La première question visait à connaître l'opinion des téléorthophonistes sur la nécessité d'une rencontre en face à face au début de la prise en charge. Par la suite, une série de questions leur a été adressée au sujet de l'entremise de la technologie pendant la séance de rééducation, et plus précisément sur l'influence que l'interposition de l'écran avait sur la relation thérapeutique et la manipulation du matériel. Enfin, il semblait primordial d'interroger les téléorthophonistes sur le cadre des séances proprement dit : les questions portaient ainsi sur la régularité des séances et le lieu où elles se déroulaient.

La quatrième et dernière partie s'intéressait aux résultats des prises en charge par téléorthophonie, d'une part avec les enfants et d'autre part avec les adultes (voir annexe IX). Deux questions majeures leur ont été adressées : les avantages et les inconvénients de la téléorthophonie. Pour ne pas être catégorique dans leur prise de décision, les téléorthophonistes pouvaient modérer leurs réponses grâce à une échelle graduée d'opinion ; selon les propositions, ils pouvaient préciser s'ils étaient « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « ni en accord ni en désaccord », « plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ». La question finale qui leur était adressée concernait leur opinion sur une hypothétique substitution de la téléorthophonie à l'orthophonie.

Notons que, pour la plupart des questions, les répondants avaient l'opportunité de laisser librement un commentaire pour apporter davantage d'éclairages à leurs réponses.

III. Analyse des résultats

1. Questionnaire adressé aux patients suivis par téléorthophonie

1.1. Questions préliminaires – votre prise en charge par téléorthophonie

A la question I.1. – « Pour quelle(s) pathologie(s) avez-vous eu recours à la téléorthophonie ? » – les patients affirment avoir été pris en charge pour les pathologies suivantes :

	Nombre de répondants	Proportion
Langage écrit	22	47,8%
Langage écrit + dysgraphie	5	10,9%
Langage écrit + langage oral	4	8,7%
Dysphasie	3	6,5%
Langage oral	2	4,3%
Bégaïement	2	4,3%
Troubles d'articulation + langage oral	2	4,3%
Aphasie	1	2,2%
Troubles logico-mathématiques	1	2,2%
Troubles d'articulation	1	2,2%
Troubles d'articulation + langage écrit	1	2,2%
Dysphasie + langage écrit	1	2,2%
Dysphasie + troubles logico-mathématiques + dysgraphie	1	2,2%
Total	46	100%

Nous remarquons que la majorité des répondants (47,8%) sont suivis exclusivement en langage écrit (lecture et/ou orthographe). Les pathologies rencontrées par la suite sont la dysgraphie et le langage oral (retard de parole/langage) ; notons que leurs prises en charge sont accompagnées de celle du langage écrit.

Par ordre décroissant, les troubles les plus fréquemment cités par ces patients sont le langage écrit (cité 33 fois), le langage oral (cité 8 fois), la dysgraphie (citée 6 fois), la dysphasie (citée 5 fois), et les troubles d'articulation (cités 4 fois). Les troubles logico-mathématiques et le bégaïement n'ont été cités que 2 fois et l'aphasie qu'une seule fois. La déglutition, les troubles de la voix, la surdité, les troubles du spectre autistique, la dysarthrie neurologique, les maladies neuro-dégénératives et le handicap sensoriel, moteur et mental n'auront jamais été cités par les patients.

A la question I.2. – « À quel âge avez-vous été pris en charge ? » – deux tranches d'âge se détachent clairement des autres. Il s'agit des « 9 - 20 ans » (citée en majorité à

hauteur de 50%) et des « 3 - 9 ans » qui constituent 47,8% de la population étudiée. Un seul patient affirme avoir entre 20 et 50 ans (2,2%). Ici, aucun patient n'a plus de 50 ans.

Ainsi, nous pouvons en conclure que sur les 46 patients ayant répondu, 45 d'entre eux sont soit des enfants, soit des adolescents, soit des jeunes adultes puisqu'ils ont tous entre 3 et 20 ans.

A la question I.3. – « *Vous êtes pris en charge par téléorthophonie parce que...* » – nous devinons aisément qu'une grande majorité des répondants sont des français expatriés (91,3% de réponses à « vous êtes expatriés »). Une seule personne est prise en charge par téléorthophonie en France parce qu'elle n'a pas trouvé d'orthophoniste près de chez elle, et une autre personne l'a choisie sur proposition de son orthophoniste.

Notons que deux autres patients ont répondu « autres » à cette question. Peut être pourrions-nous supposer qu'ils auraient choisi délibérément la téléorthophonie, sans raison apparente.

A la question I.4., soit la dernière question de cette section – « *Auriez-vous préféré une rééducation classique en face à face ?* » – 20 répondants (soit 43,5%) ont répondu « oui, probablement », suivis de 12 autres (soit 26,1%) ayant répondu « oui, sans hésitation » : ils représentent la majorité des réponses. Autrement, 8 patients (soit 17,4%) ont répondu qu'il leur importait peu d'être pris en charge en face à face ou par téléorthophonie, et seuls 6 patients (soit 13%) ont répondu catégoriquement qu'ils n'auraient certainement pas préféré une rééducation classique en face à face.

En définitive, la réponse à cette question penche nettement vers le « oui », ce qui laisse présager que la téléorthophonie n'était pas un choix pour ces patients mais plutôt une obligation.

Les raisons qui justifient leur préférence pour le « face-à-face » sont : une meilleure concentration en présentiel, un contact « froid » par l'intermédiaire de l'écran, des problèmes de connexion qui interfèrent sur la prise en charge et un manque de manipulation du matériel. Voici leurs explications :

- « *Le face-à-face aurait permis de suivre attentivement les gestes liés à la concentration et de suivre de plus près le patient* » ; « *Le face-à-face aurait permis un meilleur suivi du patient et de sa concentration qui semble être de courte durée* ».
- « *Le contact par l'intermédiaire d'un écran reste froid par rapport à un contact en face à face* ».
- « *Il y a une certaine perte de temps due aux aléas de la connexion* ».
- « *Il manque aussi la manipulation pour les enfants* ».

Cependant, ils affirment que malgré ces inconvénients, la téléorthophonie demeure une alternative intéressante en l'absence d'autres solutions.

Les commentaires déposés par les patients qui défendent la téléorthophonie peuvent être classés en 3 catégories, à savoir la relation, la praticité et les résultats. Voici leurs commentaires :

- « *Mon fils a de bonnes relations avec son téléorthophoniste* » ; « *Une relation en face à face n'avait pas été concluante* » ; « *Moins intrusif que d'aller chez le praticien* » ; « *Notre fils n'appréciait guère l'orthophoniste qui le suivait en France et il apprécie beaucoup son téléorthophoniste* » ; « *La téléorthophonie peut sans doute aider les patients intimidés par un face-à-face dans un cabinet. L'écran peut servir de "bouclier" tout en permettant de partager les informations* ».
- « *Pour un adolescent, le fait que ce soit via Skype a été beaucoup plus facile* » ; « *Facilité pour l'enfant (possibilité de faire les séances sur le temps scolaire et/ou à l'école au lieu du soir ou le week-end à cause du décalage horaire)* » ; « *Commodité et souplesse du mode de fonctionnement* » ; « *Le fait de ne pas avoir à se déplacer est aussi appréciable, pour l'enfant comme pour les parents* » ; « *Extrêmement pratique d'avoir les séances à domicile* ».
- « *Nous l'avons fait pendant 2 ans et nous ne sommes pas déçus des résultats* ».

Dans leurs commentaires, les patients expriment clairement que ce n'est pas le support qui fait la relation mais plutôt l'interaction entre les personnes. Certains patients s'entendaient mal avec leur orthophoniste lors d'une rééducation en face à face, mais entretenaient de bons rapports avec leur téléorthophoniste. Nous en concluons que la relation peut parfois être meilleure à distance qu'en face à face et que la technique peut être un atout dans la prise en charge.

Nous notons aussi que la souplesse de fonctionnement est fort appréciée par les patients. Selon ceux-ci, le fait de devoir se déplacer pour aller chez l'orthophoniste chaque semaine serait une contrainte. Les avantages qui découlent de la téléorthophonie sont donc une possibilité d'adaptation à l'emploi du temps de l'enfant et sa famille, l'attractivité de l'interface informatique, et la possibilité de faire les séances à domicile.

En général, les patients qui étaient plutôt réticents à l'idée de faire des séances d'orthophonie à distance se sont révélés plutôt satisfaits de la téléorthophonie. Les commentaires qu'ils laissent expriment souvent un grand soulagement lorsque leur situation ne leur permettait pas de suivre une rééducation orthophonique en présentiel. En effet, nous avons vu à la question précédente que la majorité des répondants étaient des français expatriés. En l'absence d'autre solution, la téléorthophonie constitue une bonne alternative à l'orthophonie.

1.2. La relation avec votre téléorthophoniste

A la question II.1. – « *Comment qualifiez-vous la relation établie avec votre téléorthophoniste ?* » – plus de la moitié des répondants (67,4%) affirment que la relation avec leur téléorthophoniste est « excellente ». Tous les autres (32,6%) l'ont qualifiée de « plutôt bonne ». Enfin, aucun patient ne s'est senti mal à l'aise lors des séances de téléorthophonie et aucun patient n'a jugé la relation « mauvaise ».

Face à ces résultats, tous les commentaires apposés vont en faveur d'une très bonne relation instaurée entre les patients et leur téléorthophoniste : « *Relation excellente* », « *Relation de confiance* », « *Bienveillance* » sont autant de termes que nous retrouvons dans les réponses.

Malgré les quelques réticences à la téléorthophonie que nous avons notées à la question précédente, nous remarquons que la relation est à l'unanimité bonne, voire excellente. Les qualités relationnelles du téléorthophoniste semblent avoir une forte influence sur l'appréciation de ce mode de rééducation. De plus, les signaux non-verbaux étant difficiles à percevoir par l'intermédiaire d'un écran, il est important que le téléorthophoniste ait de bonnes qualités communicationnelles dans une configuration telle que celle-ci.

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce mémoire au sujet de « l'effet médecin », la personnalité du thérapeute ainsi que son attitude « non-verbale », si elle sont reçues positivement par le patient, peuvent avoir un effet bénéfique sur la prise en charge.

A la question II.2. – « *Si vous avez déjà suivi une rééducation classique, vous trouvez que la relation était...* » – nous constatons que la moitié des répondants n'ont pas de point de comparaison car ils affirment n'avoir jamais suivi de rééducation en présentiel. Parmi l'autre moitié des répondants, 26,1% affirment que la relation était bonne dans les deux cas, 15,2% trouvent que la relation était meilleure en face à face, et 6,5% pensent que la relation était meilleure par téléorthophonie.

Nous avons vu grâce à la question précédente que la relation patient-téléorthophoniste était en majorité « bonne ». Cependant, nous constatons ici que seuls 3 répondants trouvent que la relation était meilleure par téléorthophonie. Nous pouvons en conclure que malgré des réponses en faveur d'une bonne relation avec les téléorthophonistes, peu de répondants s'engagent à répondre que la relation est meilleure par téléorthophonie. Par conséquent, lorsque la relation n'est pas « bonne dans les deux cas », elle est avant tout « meilleure en face à face ». A ce propos, un répondant affirme que « *rien ne vaut le contact direct* » mais il nuance son propos en disant que « *les conversations par le biais d'une caméra impliquent une certaine concentration et que cette forme d'interaction permet à des patients timides de se sentir rapidement à l'aise* ». Ici encore, nous constatons que la téléorthophonie recèle autant d'avantages que d'inconvénients, et qu'aucun mode de pratique n'est parfait. Les goûts et les préférences appartiennent à tout un chacun. Ainsi, ce n'est pas l'aspect matériel qui caractérise la qualité de la relation, mais bien l'interaction entre les personnes selon leur personnalité. C'est donc en grande partie la relation instaurée entre deux individus qui détermine la qualité de la pratique. En effet, les commentaires sous-entendent que malgré les inconvénients liés à la distance, la relation ne dépend pas forcément de la technique mais avant tout de la personnalité du soignant. Ainsi, la relation qui s'établit entre le patient et l'orthophoniste est davantage importante que le support qui les met en relation. Si la relation avait été jugée mauvaise, les commentaires n'auraient pas été en faveur de la technique. Par conséquent, si la relation est bonne, le patient apprécie la technique.

A la question II.3. – « *Comment vous sentiez-vous lors des séances de téléorthophonie ?* » – les patients se sentent en majorité « A l'aise » (56,5%) ou « Très à l'aise » (39,1%). Seuls 4,3% d'entre eux ne se sentent « Pas à l'aise ».

L'objectif de cette question était de déterminer si l'interposition de l'écran entre les deux protagonistes n'allait pas en défaveur du confort du patient. Grâce aux réponses, nous constatons que les patients se sentent à l'aise lors d'une conversation par écrans interposés. Comme nous l'avons explicité dans la partie théorique de ce travail, les

discussions instantanées font aujourd'hui partie intégrante de nos modes de vie. Grâce aux nouvelles technologies, nous pouvons désormais converser en temps réel quel que soit l'endroit où nous nous trouvons. Il nous est également possible de voir la personne à qui nous téléphonons et inversement, et ce n'importe où dans le monde. Dans un tel contexte, il apparaît évident que ce genre d'interactions ne soit une surprise pour personne et qu'il prenne une tournure ludique de par son aspect novateur.

1.3. Les résultats de votre prise en charge

A la question III.1. – « Êtes-vous satisfait des résultats de votre rééducation téléorthophonique ? » – les patients sont, dans l'ordre décroissant, « Plutôt satisfaits » (63%), « Très satisfaits » (15%), « Pas satisfaits » (2,2%). Une seule personne affirme que les résultats ne sont « pas efficaces du tout » (2,2%). Ainsi, sur 46 répondants, 43 sont satisfaits des résultats.

A la question III.2. – « Si vous avez déjà suivi une rééducation classique, vous trouvez que les résultats sont... » – nous constatons toujours que la moitié des répondants n'ont pas de point de comparaison car ils affirment n'avoir jamais suivi de rééducation en présentiel. Parmi l'autre moitié des répondants :

- 34,8% affirment que les résultats sont équivalents,
- 6,5% trouvent que les résultats sont meilleurs avec la téléorthophonie,
- et seuls 4,3% pensent que les résultats sont moins bons avec la téléorthophonie.

Les résultats de cette question peuvent être corrélés avec ceux de la question II.2. (« Si vous avez déjà suivi une rééducation classique, vous trouvez que la relation était... »). De prime abord, nous constatons que la même proportion de patients (soit une nette majorité) pense que les résultats sont équivalents et que la relation est aussi bonne en face à face qu'à distance.

Par ailleurs, les patients qui pensaient que la relation était meilleure par téléorthophonie (6,5%) sont les mêmes qui estiment que les résultats sont meilleurs par téléorthophonie (6,5%). Face à ce constat, nous rejoignons l'hypothèse que nous avons formulée auparavant : la relation qui s'instaure entre les deux protagonistes détermine la qualité de la technique. A ce titre, un patient a déclaré que « s'il avait le choix entre un support en présentiel ou par téléorthophonie, il choisirait la personne qui lui apporte le plus ».

A la question III.3., soit la question finale du questionnaire – « Si vous deviez de nouveau faire appel à un(e) orthophoniste, choisiriez-vous la téléorthophonie ? » – la majorité des patients (52,2%) ont répondu « Pourquoi pas ». Autrement, tous les patients restants ont répondu « Sans hésitation » (47,8%). Aucun patient n'a répondu « Certainement pas » ou « Surtout pas ».

Certains commentaires laissés par les patients pourraient justifier cette importante proportion de réponses mitigées. En voici quelques-uns : « Je préfère l'orthophonie en présentiel, mais pour des raisons pratiques, je préfère continuer la téléorthophonie » ; « Cela dépend de la situation géographique » ; S'il n'y a pas de face-à-face possible, la

téléorthophonie est une aide précieuse mais qui connaît des difficultés avec des enfants en bas âge » ; « En cas d'urgence, la téléorthophonie est "mieux que rien" » ; « Le coût reste élevé » ; « Le contact à travers l'écran est moins spontané ».

Les autres réponses pour lesquelles les patients affirment qu'ils choisiraient « sans hésitation » la téléorthophonie sont corroborées par des commentaires que l'on pourrait scinder en deux catégories : les uns mettent en avant le fait qu'ils sont expatriés et les autres privilégient l'aspect pratique de la téléorthophonie : « *C'est pratique, très flexible et confortable de faire les séances à la maison* » ; « *L'organisation de la prise en charge est facile et il y a un grand choix d'exercices* » ; « *La téléorthophonie offre un certain confort (pas de trajet, horaires souples, l'enfant est chez lui)* ».

2. Questionnaire adressé aux téléorthophonistes

2.1. Situation géographique et mode d'exercice

La question I.1. du questionnaire – « *Quel est votre mode d'exercice ?* » – visait à cerner le mode de fonctionnement des orthophonistes interrogés. Tous les répondants, sans exception, affirment travailler en libéral.

A la question I.2. – « *Vous pratiquez la téléorthophonie...* » – la majorité des répondants (58,5%) affirme travailler « En France dans une région moyennement ou sur dotée ». S'ensuivent les orthophonistes expatriés (33,5%) qui pratiquent la téléorthophonie à l'étranger. Enfin, les orthophonistes qui habitent « En France dans une région sous dotée » sont ici en minorité (8%).

Nous constatons ici que ce sont les orthophonistes qui résident dans des régions moyennement ou sur dotées qui emploient le plus la téléorthophonie, contrairement à ceux qui habitent dans une région sous dotée. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers, devant faire face à une forte demande de prises en charge, n'auraient pas le temps de s'employer à la téléorthophonie.

Enfin, cette question nous permet de voir que les téléorthophonistes qui ont répondu au questionnaire sont plus nombreux à habiter en France qu'à l'étranger. Or, dans le questionnaire précédent, nous avons constaté que la majorité des patients étaient expatriés. Ainsi, cela nous fournit une indication : les patients expatriés sont plus susceptibles d'être pris en charge par des téléorthophonistes qui résident en France.

La question I.3. admettait plusieurs réponses. A cette question – « *Vous avez choisi la téléorthophonie...* » – nous nous apercevons que la majorité des répondants (50%) ont choisi la téléorthophonie « Pour expérimenter un autre mode de rééducation ». Ensuite, la plupart d'entre eux (42%) l'ont choisie pour « Prendre en charge des patients francophones expatriés ». Enfin, une minorité affirme l'avoir choisie pour développer sa patientèle (17%). Voici les raisons qui justifient leurs choix :

		Vous avez choisi la téléorthophonie pour :			
		Prendre en charge des expatriés	Développer la patientèle	Expérimenter	Autres
Pratique de la téléorthophonie	A l'étranger	4	1	3	0
	Région sous dotée	0	0	1	0
	Région moyennement ou sur dotée	1	1	2	5
	Total	5	2	6	5

Nous notons ainsi que :

- les orthophonistes résidant à l'étranger utilisent d'abord la téléorthophonie pour prendre en charge des patients expatriés, puis pour expérimenter un autre mode de rééducation ;
- les orthophonistes résidant en France dans une région sous dotée l'ont choisi pour expérimenter un autre mode de rééducation ;
- les orthophonistes résidant en France dans une région moyennement ou sur dotée l'ont choisi pour expérimenter un autre mode de rééducation, puis pour prendre en charge des patients expatriés ou développer leur patientèle. Une majorité de cette population justifie ce choix pour d' « autres » raisons. A la lecture de celles-ci, nous constatons que ces orthophonistes ont testé la téléorthophonie de façon fortuite, et qu'il ne s'agissait pas forcément d'un choix. Voici quelques justifications :
 - « pour alléger les listes d'attente de ma région d'origine sous dotée que j'ai quittée »,
 - « pour prendre en charge temporairement une patiente qui habite en région sur dotée mais qui n'a pas trouvé d'orthophoniste près de chez elle »,
 - « pour poursuivre la rééducation de mes patients lorsque j'étais expatriée »,
 - « parce que l'opportunité s'est présentée »,
 - « pour avoir facilement une patientèle au sein d'une ville sur dotée ».

En conclusion, nous notons que ces téléorthophonistes emploient davantage la téléorthophonie par expérience ou par nécessité (surtout en cas d'expatriation).

A la question I.4. – « Dans quelle proportion pratiquez-vous la téléorthophonie ? »
 – la majorité des téléorthophonistes (67%) déclare l'utiliser dans une proportion inférieure à un quart de la totalité de leur exercice. Par la suite, 25% d'entre eux dit l'utiliser dans une proportion proche de la moitié de leur exercice. Une minorité (8%) affirme l'utiliser à plus de 50%.

Nous constatons que c'est à l'étranger que la téléorthophonie constitue la part la plus importante de l'activité des praticiens, c'est-à-dire dans une proportion proche de

50% voire au-delà de 50%. En France, la téléorthophonie est employée dans une proportion inférieure à 25%.

2.2. Les patients

A la question II.1. – « *Dans quelle tranche d'âge se situent vos patients ?* » – où plusieurs réponses étaient admises, nous constatons que la majorité de leurs patients ont « entre 3 et 9 ans ». Puis, par ordre décroissant, les patients ont « entre 9 et 20 ans », « entre 20 et 50 ans » et « entre 50 et 70 ans ». Dans le cadre de cette étude, aucun téléorthophoniste ne prend en charge des patients de plus de 70 ans.

Nous observons ici que la plus grande partie des répondants prend en charge des patients âgés de 3 à 20 ans. Ce constat vient corroborer celui réalisé dans le questionnaire adressé aux patients : la plupart des patients concernés par la téléorthophonie sont soit des enfants, soit des adolescents, soit des jeunes adultes. En effet, une très faible proportion de patients est âgée de plus de 20 ans.

La question II.2. – « *Quelles sont les 3 pathologies que vous prenez le plus fréquemment en charge ?* » – nous permet de récapituler les réponses les plus fréquemment renseignées par les téléorthophonistes :

Pathologies/Troubles	Réponses
Langage écrit (lecture et/ou orthographe)	9
Aphasie	6
Retard de parole/langage	5
Troubles d'articulation	4
Bégaïement	3
Déglutition	1
Troubles de la voix	1
Maladies neuro-dégénératives	1
Handicap sensoriel/moteur/mental	1
Dysarthrie neurologique	0
Troubles logico-mathématiques	0
Troubles de l'écriture	0
Troubles du spectre autistique	0
Dysphasie	0
Surdit��	0

Nous constatons que les téléorthophonistes prennent majoritairement en charge les troubles du langage écrit et les pathologies neurologiques telles que l'aphasie. Par la suite, les troubles les plus fréquemment pris en charge sont, par ordre décroissant : les troubles du langage oral (retard de parole/langage), les troubles d'articulation et le b  ga  ement.

Ces r  sultats viennent corroborer ceux du questionnaire destin   aux patients qui   taient majoritairement pris en charge pour des troubles du langage   crit. Nous retrouvons   galement en grande partie les prises en charge pour les troubles du langage oral et de

l'articulation. Par contre, la dysgraphie, la dysphasie et les troubles logico-mathématiques qui étaient cités par les patients n'apparaissent pas ici.

Nous remarquons que ces téléorthophonistes prennent très peu en charge la déglutition, les troubles de la voix, le handicap sensoriel, moteur et mental et les maladies neuro-dégénératives. Ces résultats viennent renforcer le constat que nous avons effectué auparavant chez les patients qui ne précisaient pas être pris en charge pour ces mêmes pathologies.

Tout comme chez les patients, la surdité, la dysarthrie neurologique et les troubles du spectre autistique ne sont pas cités parmi les pathologies les plus fréquemment prises en charge par téléorthophonie. La question suivante nous permettra de comprendre pourquoi.

La question II.3. qui admet plusieurs réponses – « *D'après votre expérience, quelle(s) pathologie(s) est/sont exclue(s) du champ de la téléorthophonie ?* » – permet d'identifier les troubles que les téléorthophonistes n'envisagent pas dans le cadre d'une prise en charge à distance :

Pathologies/Troubles	Réponses
Surdité	6
Handicap sensoriel/moteur/mental	6
Troubles du spectre autistique	5
Déglutition	4
Troubles de la voix	4
Troubles logico-mathématiques	4
Maladies neuro-dégénératives	4
Troubles de l'écriture	4
Retard de parole/langage	3
B�galement	3
Dysphasie	3
Troubles d'articulation	2
Aphasie	2
Dysarthrie neurologique	2
Langage écrit (lecture et/ou orthographe)	1

Les réponses à cette question viennent logiquement vérifier celles des questions qui avaient été posées aux patients et aux téléorthophonistes : « Pour quelle(s) pathologie(s) avez-vous eu recours à la téléorthophonie ? » et « Quelles sont les 3 pathologies que vous prenez le plus fréquemment en charge ? ». En effet, nous avons observé qu'un faible nombre de réponses de la part des patients concernant certaines pathologies était corroboré aux réponses fournies par les téléorthophonistes. Voici le récapitulatif des troubles les moins mentionnés par les patients et les téléorthophonistes ainsi que les troubles qui seraient exclus du champ de la téléorthophonie :

	Réponses patients	Réponses téléorthophonistes	Troubles exclus selon les téléorthophonistes
Surdité	0	0	6
Handicap sensoriel, moteur, mental	0	1	6
Troubles du spectre autistique	0	0	5
Maladies neuro-dégénératives	0	0	4
Troubles de la voix	0	1	4
Déglutition	0	1	4
Troubles logico-mathématiques	2	0	4
Troubles de l'écriture	6	0	4

Nous voyons grâce à ce tableau que les pathologies les moins mentionnées par les patients et les téléorthophonistes sont naturellement celles que ces praticiens n'envisagent pas de prendre en charge à distance. Nous émettons l'hypothèse qu'elles sont exclues parce qu'elles mettent en jeu la manipulation et certains sens comme l'ouïe, le toucher et la vue.

La surdité est la pathologie qui n'est prise en charge par aucun téléorthophoniste interrogé et qui est considérée comme « exclue » du champ d'action. Sa prise en charge met en jeu fondamentalement le toucher, l'ouïe, la vue et le contact physique. Si orthophonistes et patients se trouvent par écrans interposés, nous devinons aisément que la communication est en quelque sorte entravée.

Le handicap sensoriel, moteur et mental qui concerne l'ensemble des manifestations neurologiques dues à des lésions non évolutives et non curables des tissus cérébraux, recouvre des troubles essentiellement moteurs, mais aussi visuels, auditifs et tactiles. La présence physique du thérapeute semble ici indispensable, notamment pour tout ce qui a trait au contact physique. Dans ce genre de prise en charge, l'orthophoniste a besoin de toucher le patient pour accompagner ses gestes, et il est important que la communication, déjà contrainte du fait du handicap, ne soit pas entravée davantage. A propos du contact physique, un téléorthophoniste avait trouvé « *difficile la prise en charge à distance du fait de l'absence de sensations kinesthésiques et des sensations visuelles réduites* », et un autre précisait « *qu'une interaction directe semblait nécessaire, soit pour une communication naturelle, soit pour avoir une meilleure perception du corps du patient (jeux musculaires, massages, etc.), soit dans un souci de manipulation* ».

Les troubles du spectre autistique qui affectent le développement, la communication et le comportement de la personne font partie des troubles qui sont exclus du champ de la téléorthophonie selon nos participants. Ici aussi, la communication qui est déjà naturellement affectée du fait du trouble neurodéveloppemental ne devrait pas être contrainte davantage par l'entremise de la technologie et ses imperfections (possibles délais d'émission du son, décalages son-image, lenteurs ou ruptures de connexion, etc.). Un téléorthophoniste affirmait que « *la faisabilité de la prise en charge des patients*

autistes en téléorthophonie dépendait du spectre autistique », et un autre pensait « qu'il était difficile de travailler avec de jeunes enfants car leur temps d'attention était généralement limité et l'interface de l'écran avait évidemment un impact sur les interactions ».

Les maladies neuro-dégénératives qui sont liées à la modification pathologique de la structure d'une cellule, d'un tissu ou d'un organe, concerne en majorité les sujets âgés de plus de 50 ans. Or, comme nous l'avons vu précédemment, aucun patient interrogé n'était âgé de plus de 20 ans et seul un orthophoniste prenait en charge un patient de plus de 50 ans. Aucun interrogé n'a affirmé prendre en charge ou être pris en charge pour ce genre de trouble. Pour communiquer, nous savons que les capacités communicationnelles (ouïe, voix, vue, attention, concentration, compréhension) ont besoin d'être opérationnelles. Pour communiquer sur Internet par écran interposé, ces aptitudes sont d'autant plus actives et mises à rude épreuve. Dans le cas de maladies neurologiques, nous supposons que cet exercice doit être d'autant plus difficile, si ce n'est infaisable. D'ailleurs, des praticiens soulignaient le fait que pour certaines pathologies, l'interaction physique entre le patient et le thérapeute était indispensable : *« je demeure persuadée que beaucoup de pathologies nécessitent d'être prises en charge en présence du patient (l'aphasie notamment) »*. Dans le cadre de ce genre de maladies, un téléorthophoniste précisait que *« la prise en charge de la SLA (Sclérose Latérale Amyotrophique) était impossible en téléorthophonie car une grande partie de la prise en charge était constituée de relaxation et de massages »*. Un autre précisait que *« pour travailler auprès d'adultes par le biais de la téléorthophonie, il était nécessaire que le patient soit relativement autonome, qu'il bénéficie de capacités attentionnelles satisfaisantes et ne présente pas de troubles cognitifs trop marqués »*. Enfin, une autre personne ajoutait que *« pour les adultes et les personnes âgées, la présence d'un aidant habitué aux nouvelles technologies pouvait aider au début »*.

La rééducation des troubles liés à la voix sont aussi difficilement envisageables à distance. Ici, l'orthophoniste a besoin de percevoir de la façon la plus intelligible possible les difficultés vocales de son patient, que ce soit pendant le bilan ou pendant les exercices. Aussi lors de sa rééducation, l'orthophoniste doit modéliser au mieux les exercices vocaux qu'il propose au patient, et ceux-ci doivent être perçus très précisément. Les aléas de la communication à distance n'empêcheraient-ils pas une telle perception ? Au sujet des troubles de la voix, un téléorthophoniste affirmait que *« les paralysies des cordes vocales ne pouvaient pas être prises en charge dans ce contexte car cela demandait parfois une manipulation »*.

Dans les cas de prise en charge de la déglutition et des troubles logico-mathématiques, nous faisons face encore une fois à des situations de rééducation où l'intervention physique du thérapeute est primordiale : le toucher, la modélisation d'exercices, la manipulation de matériel, etc. font partie intégrante des séances et pour les mêmes raisons que citées précédemment, l'entremise de la technologie pourraient être un frein à la prise en charge de ces troubles. Les commentaires laissés par les répondants viennent renforcer ce constat. Par exemple, les troubles logico-mathématiques *« demandent une installation particulière, c'est-à-dire deux webcams pour voir les manipulations »*, *« le recours à Skype rend impossible l'utilisation de cartes ou plateaux de jeux car les activités de manipulation posent problème »*.

D'une manière plus générale, un téléorthophoniste précisait que « *le contact était essentiel, ne serait-ce que pour la mise en place de la relation* » et que « *toutes les pathologies gagnaient à être rééduquées en présence du patient et que certaines (troubles de la voix, troubles logico-mathématiques, troubles de l'écriture, bégaiement, troubles du spectre autistique, handicap sensoriel/moteur/mental, maladies neuro-dégénératives, surdité) étaient particulièrement impraticables à distance du fait de l'importance du contact physique* ». Selon lui, « *l'écran est une réelle barrière entre le praticien et le patient et ces troubles ne peuvent pas supporter cet obstacle : une main posée sur l'épaule pour rassurer et recentrer l'attention, une scansion de syllabes sur la main du patient, un échange de manipulation de jetons ou une réadaptation de posture sont autant de choses que l'écran interdit* ». Les autres inconvénients en rapport avec l'entremise de la technologie étaient : « *un coup l'image est trop sombre* », « *un coup le son est mauvais* », « *avec du matériel classique, il est très dur de regarder l'autre dans les yeux* ».

Cependant, un autre téléorthophoniste précisait à juste titre que « *de nombreux facteurs étaient à prendre en compte avant d'exclure une pathologie du champ de la téléorthophonie* » et que « *chaque situation devait être évaluée au cas par cas* ». Ces paroles pertinentes nous permettent de conclure cette question en admettant que la téléorthophonie est appropriée selon les cas et en fonction des différentes situations qui se présentent. Il conviendrait alors de la proposer au cas par cas, après évaluation des troubles de chaque patient et de leurs capacités sensorielles, cognitives et attentionnelles.

A la question II.4. – « *Avez-vous déjà rencontré vos patients pris en charge par téléorthophonie ?* » – 50% des praticiens avouent n'avoir jamais rencontré leurs patients. L'autre moitié des répondants est divisée en deux parts égales : 25% précisent en avoir rencontré quelques-uns et 25% indiquent les avoir tous rencontrés. Ainsi, nous pouvons en conclure que dans la majorité des cas, la rencontre patient-thérapeute n'a pas lieu.

2.3. La relation thérapeutique

A la question III.1. – « *Pensez-vous qu'une rencontre en face à face au préalable est nécessaire ?* » – plus de la moitié des répondants (58,5%) estime que « *cela dépend des patients* », sous entendu que certains troubles et/ou certaines personnalités pourraient s'en affranchir et d'autres non. Par la suite, 33,5% pensent qu'une rencontre est nécessaire pour améliorer la relation thérapeutique et une nette minorité (8%) juge qu'une rencontre n'est pas indispensable.

Face à un si faible nombre de réponses franches en faveur de « *non, une rencontre au préalable ne change rien à la relation thérapeutique* », nous pensons que la plupart des répondants seraient favorables à une rencontre initiale. Les commentaires en faveur de ce constat sont les suivants : « *la relation thérapeutique par le biais de Skype ne peut remplacer l'authenticité d'un réel échange en face à face : l'écran induit une distance que l'on ne peut contourner* », « *si une rencontre est réalisable, c'est préférable* », « *cela dépend surtout de la pathologie* », « *un début de rééducation en face à face avec les enfants faciliterait beaucoup le travail à distance par la suite* », « *connaître davantage le patient permet d'orienter les exercices, de les adapter en fonction de la personne, sa vie et ses attentes* », « *il est agréable de poursuivre une prise en charge après un premier entretien réel* ».

A contrario, les téléorthophonistes défenseurs de l'inefficacité d'une première rencontre justifient leurs propos en ajoutant que « *présenté de façon positive et enthousiaste, on installe facilement une relation de confiance : il faut rester simple, pragmatique, détendu* », « *la relation s'établit très bien quand même sans rencontre* », « *avec mes objectifs oui, mais pour une prise en charge francophone à l'étranger, les objectifs ne sont pas pareils...* ». Ce dernier constat nous ouvre de nouvelles perspectives. En effet à la question précédente, nous avons constaté que la majorité des téléorthophonistes n'avaient pas rencontré leurs patients. Or, nous observons ici que la majorité d'entre eux aurait préféré les rencontrer avant de commencer la rééducation. Ainsi, lorsque la rencontre est impossible, la prise en charge prendrait une autre tournure ; l'orthophoniste serait disposé à passer outre certains principes pour remplir sa mission thérapeutique et soulager la souffrance du patient. Néanmoins, si le thérapeute a conscience de l'existence du cadre et que son modèle théorique est intériorisé, cette nouvelle forme de relation non conventionnelle peut être justifiée. Il est primordial que le thérapeute garde à l'esprit cette position éthique basée sur le respect mutuel avec le patient. Nous parlons ici des notions de respect, de bienveillance et de l'établissement du cadre qui garantissent, entre autres, la qualité de la relation patient-thérapeute.

A la question III.2. – « *La technologie influe-t-elle sur la relation avec le patient ?* » – nous observons que les avis sont mitigés. En effet, nous voyons que 33% pensent qu'« elle ne change rien », 25% jugent qu'« elle l'améliore », 25% estiment qu'« elle la dégrade », et 17% n'ont pas d'avis sur la question.

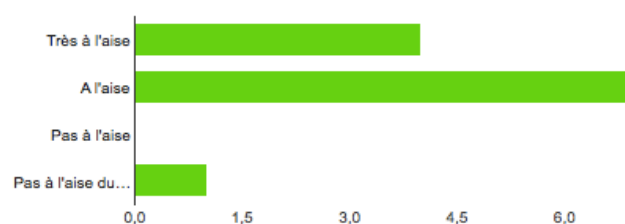
En l'absence de réponses nettes, force est de constater que seuls 25% des répondants (soit une minorité) affirment que l'informatique a une influence négative sur la relation patient-thérapeute. En revanche, nous pouvons interpréter que ceux qui pensent qu'« elle ne change rien » et ceux qui jugent qu'« elle l'améliore » ne sont pas réfractaires à l'interposition de la technologie entre le patient et le thérapeute.

Donc, malgré le fait que la majorité des répondants aurait préféré rencontrer leurs patients en face à face (question III.1.), la relation n'est pas forcément dégradée par l'interposition de l'écran entre les protagonistes.

La question III.3. était scindée en deux parties. Il s'agissait de sonder l'avis des téléorthophonistes sur le ressenti qu'ils avaient de leurs patients concernant la relation thérapeutique et la manipulation du matériel.

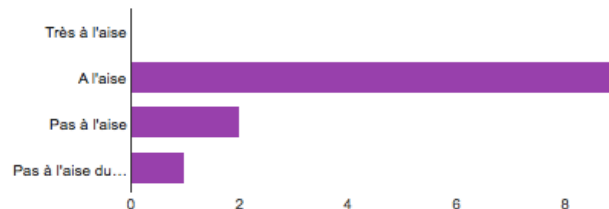
Concernant la relation thérapeutique, la majorité (58%) estime que les patients sont « à l'aise » voire « très à l'aise » (34%). Une faible minorité (8%) pense qu'ils ne sont « pas à l'aise du tout ». Ainsi, la majorité des répondants s'accorde sur le fait que l'entremise de la technologie n'est pas un obstacle à l'établissement de la relation thérapeutique.

La relation thérapeutique [Comment situez-vous vos patients concernant :]



A propos de la manipulation du matériel, la majorité des répondants estime que les patients sont « à l'aise » (75%), mais aucun ne juge qu'ils sont « très à l'aise ». En revanche, nous voyons que d'autres personnes considèrent que les patients ne sont « pas à l'aise » (17%) ou « pas à l'aise du tout » (8%).

La manipulation du matériel [Comment situez-vous vos patients concernant :]



D'après ces réponses, l'écran informatique ne gênerait les patients ni dans leur relation avec le thérapeute ni dans la manipulation du matériel. Cependant, nous observons que les thérapeutes sont moins convaincus de l'aisance de leurs patients envers la manipulation du matériel, comme en témoignent les deux graphiques ci-dessus.

Les questions III.4., III.5. et III.6. avaient pour objectif de cerner les avis des répondants concernant le cadre des séances de rééducation et leur déroulement (régularité et lieu fixe).

Concernant la fréquence des séances, 100% des téléorthophonistes affirment que celle-ci est « plutôt régulière ».

A propos du lieu où se déroulent les séances, voici les réponses données :

	Oui	Non
Effectuez-vous vos séances toujours dans la même pièce ?	58%	42%
Vos patients se trouvent-ils toujours dans la même pièce ?	67%	33%

Nous observons ici qu'il existe un certain décalage entre la régularité de la fréquence des séances et la régularité du lieu où elles se déroulent. En effet, contrairement à la question précédente où nous avons remarqué que les séances avaient une fréquence régulière, nous devinons ici que le cadre, au sens propre du terme, est parfois mis à mal ; près de la moitié des thérapeutes (42%) affirme ne pas dispenser les rééducations toujours dans la même pièce. Aussi, une proportion non négligeable de patients (33%) ne suivrait pas toujours les séances au même endroit. Pourtant, nous avons vu dans la partie théorique que le cadre permettait de définir la relation thérapeutique et qu'il instaurait les modalités relationnelles entre soignant et soigné ; sa stabilité conditionne les possibilités du processus de soin.

2.4. Les résultats de la prise en charge

La question IV.1. comprenait deux parties, car il s'agissait d'obtenir une estimation des résultats des prises en charge téléorthophoniques à la fois pour les adultes et pour les enfants. Nous en avons extrait les résultats suivants :

	RESULTATS (en %)					TOTAL
	Très satisfaisants	Satisfaisants	Insatisfaisants	Très insatisfaisants	Pas concerné	
ADULTES	16,7	33,3	0	8,3	41,7	100
ENFANTS	41,7	33,3	0	8,3	16,7	100
TOTAL	58,4	66,6	0	16,6	58,4	

Cette question nous permet de réaliser plusieurs constats.

Tout d'abord, nous observons que 41,7% des répondants ne travaillent qu'avec des enfants (car non concernés par les adultes), et que 16,7% d'entre eux ne prennent en charge que des adultes (car non concernés par les enfants). Encore une fois, la téléorthophonie concernerait principalement la population « enfant ».

Ensuite, nous constatons que les résultats des prises en charge par téléorthophonie sont en majorité « satisfaisants » (66,6%), voire « très satisfaisants » (58,4%). Ces résultats sont appuyés par certains commentaires laissés par les personnes interrogées : « *C'est un mode d'intervention que je trouve très satisfaisant, dans une réalité autre que celle du cabinet typique français* ». En ce qui concerne les résultats négatifs, nous voyons que les répondants insatisfaits n'ont pas répondu que les résultats étaient « insatisfaisants » mais plutôt « très insatisfaisants » (16,6%). Une mauvaise expérience en la matière les aurait-elle conduits à exprimer leur mécontentement de la sorte ?

Aussi, nous pourrions ajouter que les résultats « très satisfaisants » seraient plutôt l'apanage des prises en charge « enfants » que les prises en charge « adultes ».

Parmi ces résultats relativement positifs, nous avons relevé un certain nombre de commentaires mitigés de la part de quelques téléorthophonistes. En voici les extraits :

- « *Pour les enfants, un certain niveau de maturité reste indispensable pour envisager une rééducation par Internet. Si je ne faisais pas de « sélection » en début de prise en charge par rapport à la maturité de l'enfant, j'aurais des résultats globalement insatisfaisants* ».
- « *Je suis malgré tout satisfaite du déroulement des séances. Évidemment, c'est plus compliqué et mes repères ne sont pas les mêmes qu'en présence du patient* ».
- « *Dans le cas de l'aphasie de l'un de mes patients, si celle-ci avait été massive, tout aurait été plus compliqué, voire infaisable* ».
- « *Les seules difficultés rencontrées étaient d'ordre technique* ».

Nous comprenons grâce à ces extraits que la téléorthophonie fonctionne, mais sous certaines conditions. D'une part, la maturité de l'enfant semble avoir un rôle important

dans la réussite de la prise en charge. La sévérité de la pathologie aussi semble être déterminante dans les résultats des rééducations. Ce dernier constat se rapproche de la question II.3. qui concernait les pathologies qui pouvaient être exclues du champ de la téléorthophonie. Les téléorthophonistes avaient précisé que certains troubles ne pouvaient guère être pris en charge à distance. La téléorthophonie semblerait donc difficilement envisageable pour certaines pathologies, mais aussi en cas de troubles sévères. D'autre part, le côté technique est relativement important puisqu'il est le garant du bon déroulement des séances. En effet, comment envisager une séance d'orthophonie à distance si le son est mauvais, s'il est décalé par rapport à l'image, ou tout simplement si la réception de l'image est saccadée ? Imaginons une séance de rééducation d'un trouble d'articulation. Si l'image et le son sont décalés, il sera difficile de comprendre et reproduire le schéma articulatoire du patient. Inversement, le patient aura du mal à modéliser son articulation sur la nôtre. Dans la même idée, nous avons cité la rééducation des troubles de la voix où la qualité de la transmission sonore est d'une importance capitale aussi bien pour l'orthophoniste que pour le patient.

La question IV.2. listait quelques avantages relatifs à la téléorthophonie. Les téléorthophonistes étaient invités à juger s'ils étaient d'accord ou pas avec ceux-ci. Pour visualiser les résultats de manière plus prégnante, nous avons opté pour l'élaboration d'un tableau pour mettre en relief uniquement les réponses qui étaient données en majorité :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Ils sont plus à l'aise chez eux		50%			
Exercices ludiques			42%	33%	
Ils sont plus attentifs		25%		33%	
Communication facilitée			42%	33%	
Pour les expatriés	58%	33%			
Pour pallier les déserts médicaux	67%	25%			
Pour développer la patientèle			33%	25%	
Nouvelles perspectives pour le métier	33%	42%			

« *Les patients sont plus à l'aise dans leur environnement* » : La majorité des répondants (50%) sont « plutôt d'accord » sur ce point. Notons aussi que la plupart d'entre eux était soit « ni en accord ni en désaccord » soit « plutôt pas d'accord ». Il est fort probable que la personnalité du patient soit déterminante sur ce point.

« *Les exercices semblent plus ludiques, le patient les effectue plus volontiers* » : Les réponses à cette question penchent nettement en faveur du désaccord. Les répondants sont soit « ni en accord ni en désaccord » soit « plutôt pas d'accord ». Notons qu'un téléorthophoniste avait précisé que les exercices étaient parfois plus rigides et difficilement adaptables en fonction de la situation car la téléorthophonie requiert une

préparation des exercices au préalable. Aussi, la configuration des séances de rééducation à distance rend plus difficiles le jeu et la manipulation.

« *Les patients sont plus attentifs* » : La majorité des répondants pense que les patients ne sont pas forcément plus attentifs en travaillant depuis chez eux sur un écran. Notons tout de même que la plupart des autres répondants estime que l'attention des patients est plus canalisée quand ils travaillent par écrans interposés.

« *Elle facilite les capacités de communication du patient* » : La majorité des répondants (42%) n'est « ni en accord ni en désaccord » avec cette assertion. Aussi, une grande proportion d'entre eux n'est pas d'accord avec le fait qu'elle facilite la communication du patient. L'interposition de l'écran n'est donc pas forcément un facteur qui favorise ou inhibe l'aisance en communication, puisque les réponses sont en majorité neutres.

« *Elle permet de poursuivre la rééducation d'un patient expatrié* » : A l'unanimité, les réponses vont en faveur de cet avantage de la téléorthophonie. Cette technique s'impose comme l'alternative incontournable en matière de rééducation orthophonique lorsque le patient n'a pas d'orthophoniste francophone près de chez lui.

« *C'est un moyen de pallier les déserts médicaux* » : D'après les répondants, la téléorthophonie serait un moyen d'enrayer la faible démographie des régions sous dotées, puisque tous les répondants affirment être « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » sur ce point. Cette réponse soulève un nouveau questionnement. Si à terme la téléorthophonie devient le seul et unique moyen de rééducation pour les personnes qui résident dans ces zones, alors ces individus n'auraient d'autre choix que le recours à cette technique. En d'autres termes, ils seraient désavantagés de ne pas avoir le choix entre une rééducation en présentiel et une rééducation à distance. D'autre part, si la technique vient au secours des déserts médicaux et que cette tendance s'accroît, cela ne viendra que renforcer l'hégémonie des grandes villes et encourager leur attractivité. Comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce mémoire, l'absence d'obstacle au transfert d'informations renforce la puissance et la concentration des agglomérations. Ainsi, les NTIC qui avaient pour dessein de rapprocher les hommes ne font que renforcer leur éloignement. En conclusion, il ne faudrait pas que la téléorthophonie devienne la solution pour pallier les déserts médicaux car nous risquerions de générer un système de santé à deux vitesses où l'accès aux soins paramédicaux ne serait pas équitable. Enfin, cette solution ne ferait qu'accroître le côté peu attractif des zones sous dotées.

« *Elle permet de développer sa patientèle* » : Les répondants sont en majorité en désaccord sur ce point. La téléorthophonie n'est donc pas forcément un moyen de recevoir de nouveaux patients. Cependant, notons que quelques téléorthophonistes ont répondu qu'ils étaient « plutôt d'accord » voire « tout à fait d'accord » avec le fait qu'elle permettait de développer la patientèle. Pour ceux-là, la téléorthophonie s'avère être un atout si l'orthophoniste est installé soit à l'étranger, soit dans une zone avec une faible demande ou dans une zone avec une offre très importante.

« *Elle ouvre de nouvelles perspectives au métier d'orthophoniste* » : Ici, les répondants s'accordent sur le fait que la téléorthophonie est une solution d'avenir pour le métier d'orthophoniste car plus de 70% d'entre eux sont d'accord sur ce point. Les téléorthophonistes sont d'avis que la téléorthophonie est avant tout un moyen de suivre

une rééducation à distance en cas d'expatriation ou de désert médical. Malgré certaines limites, la téléorthophonie s'avère être solution alternative pour les patients qui n'ont pas d'autre choix.

La question IV.3. listait quelques inconvénients qui pouvaient être causés par l'entremise de la technologie. Les téléorthophonistes étaient invités à juger s'ils étaient d'accord ou pas avec ceux-ci. Pour faciliter la lecture des résultats, nous proposons aussi un tableau pour mettre en relief uniquement les réponses données en majorité :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Mauvaise perception du non verbal	33%	42%			
Le manque de contact physique est un obstacle	17%	33%	25%		
Exercices difficiles à réaliser		25%		33%	
Attention difficile à canaliser		25%		33%	
Communication du patient inhibée			25%	42%	
Difficultés du patient augmentées				33%	33%
Prise en charge plus longue			42%	25%	
Attention et communication de l'orthophoniste diminuées				33%	25%
Capacités d'empathie inhibée					50%

« *Les comportements non verbaux sont difficiles à percevoir* » : 75% des répondants sont d'accord sur ce point : la communication par écran interposé rend difficile la perception des aspects non verbaux du message. Pourtant, comme nous l'avions expliqué dans la partie théorique, ces aspects sont aussi importants que le matériel verbal proprement dit. L'interprétation d'un message ne passe pas uniquement par la réception et la compréhension des mots, mais aussi par tout ce qui accompagne ceux-ci : les attitudes de l'interlocuteur, ses postures, ses expressions faciales, ses gestes, son regard, etc., sont nécessaires à la compréhension du discours de l'autre. Dans une discipline telle que l'orthophonie qui est dédiée au langage dans son expression et sa compréhension, le praticien doit avoir accès à toutes les facettes du langage de son patient pour mener à bien l'évaluation, le diagnostic et le traitement de ses troubles. Or, dans un contexte tel que celui de la téléorthophonie, cette perception semble difficile pour certains thérapeutes.

« *Le manque de contact physique est un obstacle à la rééducation* » : 50% des répondants s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'un obstacle à la rééducation. En

orthophonie, le contact physique peut se révéler une aide précieuse : montrer un geste articulatoire, faire sentir les vibrations des cordes vocales, aider à percevoir la décontraction des muscles lors des exercices de relaxation, féliciter un enfant en posant la main sur son épaule, rassurer quelqu'un en posant notre main sur la sienne, etc., sont autant de gestes qui témoignent de la bienveillance de l'orthophoniste envers son patient.

« *Les exercices sont difficiles à réaliser (manque de maîtrise du matériel)* » : A cette question, les avis sont partagés puisque les personnes en accord avec cette difficulté sont aussi nombreuses que les personnes en désaccord. Nous avons évoqué, grâce aux commentaires, que la réussite d'une rééducation par téléorthophonie dépendait du patient, de sa maturité (s'il s'agit d'un enfant), de la sévérité de son trouble et de ses capacités cognitives. Ainsi, les exercices sembleraient difficiles à réaliser en fonction des patients. Cette question, peut être trop généraliste, aurait mérité un développement au cas par cas pour laisser les personnes interrogées exprimer leur point de vue. Concernant les exercices eux-mêmes, certains téléorthophonistes affirmaient qu'il y avait « *moins de variabilité des supports pour les rééducations avec la téléorthophonie* » et de ce fait, « *la pratique perdait en richesse et en diversité* ». Aussi, ils pensaient que « *l'usage de l'ordinateur limitait les potentialités, l'espace utilisé, la possibilité d'adapter les exercices à la dernière minute* », et que « *le cadre de la rééducation était de ce fait beaucoup plus rigide* ». En effet, la téléorthophonie exige bien souvent une certaine préparation des séances car il faut envoyer les exercices par e-mail au patient afin qu'il les imprime chez lui avant de débiter la séance.

« *L'attention du patient est difficile à canaliser* » : A cette question, nous retrouvons la même problématique qu'à la question précédente : les avis sont mitigés car il y a autant de personnes « d'accord » que de personnes « pas d'accord ». Pour les mêmes raisons, nous supposons que l'attention est difficile à canaliser selon les patients, leur maturité, leurs troubles, leur motivation et leur investissement dans la rééducation. D'ailleurs, un téléorthophoniste expliquait à juste titre que « *certains patients se permettaient d'être moins attentifs à distance (car distraits par ce qu'il se passe chez eux)* » et que « *d'autres, au contraire, étaient très attentifs* ». Nous avons évoqué aussi que certains praticiens pensaient que la téléorthophonie n'était pas envisageable avec tous les patients, et qu'il fallait décider au préalable si une rééducation avec cette technique était faisable ou pas. Le cas échéant, nous devinons que le patient trop « immature » pour suivre une rééducation par téléorthophonie n'a d'autre choix que de se tourner vers un orthophoniste pour une rééducation en présentiel. Cette remarque nous ouvre la réflexion suivante : la téléorthophonie est-elle au même pied d'égalité que l'orthophonie au point de pouvoir s'y substituer totalement ?

« *L'entremise de la technologie inhibe les capacités de communication du patient* » : La majorité des répondants (58,4%) affirme que la technologie n'inhibe pas les capacités de communication du patient, et 25% sont « ni en accord ni en désaccord » avec cette affirmation. A la question IV.2. – « La téléorthophonie facilite les capacités de communication du patient » – nous avons vu que les téléorthophonistes étaient d'avis qu'elle ne facilitait pas la communication. Ici, ils affirment qu'elle ne l'inhibe pas non plus. Dans les deux cas, une grande proportion des répondants est « ni en accord ni en désaccord ». Face à de tels résultats, nous constatons que l'interposition de l'écran ne joue pas un rôle prépondérant dans l'aisance en communication et que cela peut dépendre des individus.

« *La téléorthophonie augmente les difficultés du patient* » : 67% des répondants, soit la majorité, sont d'avis que les difficultés ne sont pas exacerbées par la distance et l'absence physique du thérapeute.

« *La prise en charge est plus longue* » : A cette question, nous observons que la majorité (50%) ne pense pas que la prise en charge est plus longue par téléorthophonie, et 42% ne sont « ni en accord ni en désaccord ». La rééducation par le biais de cette technique ne semble donc pas être un facteur de prolongation de la prise en charge, surtout si les séances sont « plutôt régulières », comme nous l'avions vu à la question III.4.

Les deux dernières propositions concernaient les téléorthophonistes, leur attention, leurs capacités de communication et d'empathie. Les personnes interrogées ne sont pas d'accord avec le fait que la relation à distance inhibe leur attention et leur communication (à hauteur de 60%), ainsi que leur empathie (à hauteur de 67%). Ils parviennent donc en majorité à rester authentiques et à s'adapter à ce mode de rééducation.

A la question IV.4., question finale de notre questionnaire – « *Finalement, pensez-vous que la téléorthophonie pourrait se substituer à l'orthophonie ?* » – les interrogés ont répondu en majorité « de façon ponctuelle » (58%), ou « non » (33%).

Certains commentaires viennent renforcer l'hypothèse que nous avons proposée, partant du principe que la téléorthophonie n'était pas envisageable pour tous, mais qu'elle pouvait être employée au cas par cas : « *la téléorthophonie n'est pas faite pour tout le monde mais en fonction des patients, de la maturité de chacun, des pathologies, des capacités d'attention et de concentration* », « *chaque question mérite un développement car il y a des exceptions, des généralités et toutes sortes de facteurs selon les personnes* », « *la téléorthophonie n'est toutefois pas envisageable pour tous les patients* ».

Cependant, nombre de téléorthophonistes considèrent ce mode de rééducation comme une bonne alternative à l'orthophonie : « *j'envisage la téléorthophonie comme une solution alternative car une interaction virtuelle ne peut se substituer à une relation en chair et en os* », « *ce pourrait être un outil parmi d'autres, pouvant intervenir afin de débloquer certaines situations exceptionnelles (urgence, désert médical)* », « *c'est une solution adaptée dans les pays étrangers sans possible prise en charge en présentiel* », « *elle reste une possibilité pour certains patients expatriés et peut se révéler tout à fait bénéfique* », « *si la téléorthophonie permet d'éviter une perte de temps en situation d'urgence (après une aphasie par exemple), c'est à considérer malgré tout* ».

IV. Conclusion de la partie pratique

Notre questionnement initial portait sur l'éventuel impact que la distance pouvait avoir sur la relation thérapeutique. Ainsi, à la lumière de ce que nous avons observé dans la première partie de ce mémoire, nous avons formulé l'hypothèse que l'absence de présence physique entraînait une modification de la relation entre le thérapeute et son patient. Pour confirmer ou infirmer cette hypothèse, nous avons rédigé deux questionnaires ; l'un était à l'attention des patients suivis par téléorthophonie, et l'autre à l'attention des téléorthophonistes.

Les résultats de l'étude vont à l'encontre de l'hypothèse énoncée. Nous avons observé que le cadre n'était pas toujours immuable mais que cet écueil était sans conséquence sur la qualité de la relation thérapeutique. En effet, les ressentis relatifs aux aspects de la relation instaurée à distance sont en majorité positifs.

D'après les commentaires des patients, nous en avons conclu que ce n'était pas le support qui déterminait la qualité de la relation, mais bien l'interaction entre les protagonistes – selon leur personnalité – qui définissait la qualité du support de rééducation. Aussi, nous avons remarqué que le tempérament du praticien jouait un rôle majeur dans l'appréciation de cette nouvelle pratique. Par conséquent, la qualité de la relation influence fortement l'évaluation de la technique de rééducation. Aussi, nous avons vu que l'interposition de l'écran pouvait parfois être un atout dans la prise en charge.

Nous avons également interrogé les téléorthophonistes sur la première rencontre avec leurs patients ; nous nous sommes rendu compte que celle-ci n'avait pas lieu et que cela était préjudiciable pour l'instauration de la relation et la passation du bilan initial. Ainsi, nous en avons déduit que lorsque la rencontre était impossible, la prise en charge était envisagée sous un autre aspect : l'orthophoniste serait disposé à passer outre certains principes pour remplir sa mission thérapeutique et soulager la souffrance du patient. Si le thérapeute a conscience de l'existence du cadre et que son modèle théorique est intériorisé, cette nouvelle forme de relation non conventionnelle semble justifiée. Il est ainsi fondamental que le thérapeute préserve cette position éthique basée sur le respect mutuel avec le patient. Nous parlons ici de l'établissement du cadre qui détermine, entre autres, l'instauration de la relation thérapeutique. Le cadre, dont la constance et l'immuabilité sont essentielles au processus de soin, est souvent mis à mal dans la configuration d'une prise en charge téléorthophonique. Les résultats de l'enquête ont démontré cependant que la qualité de la relation thérapeutique n'était pas diminuée pour autant.

D'un point de vue général, la téléorthophonie est un moyen de rééducation apprécié pour son aspect pratique, notamment par les patients. D'une part, elle permet de prendre en charge des patients qui n'ont pas la possibilité de suivre une rééducation orthophonique lorsqu'ils sont expatriés dans un pays non francophone ou installés en France dans une zone dépourvue d'orthophonistes. D'autre part, elle permet à des orthophonistes francophones de pratiquer leur métier à l'étranger. Dans ces cas-là, la téléorthophonie demeure un outil adapté à la rééducation lorsque patients et orthophonistes n'ont pas d'autre choix.

En ce qui concerne l'avis des patients, nous avons noté qu'ils avaient choisi la téléorthophonie car leur situation d'expatriés ne leur avait pas permis de suivre une rééducation en présentiel. Ils précisaient que la téléorthophonie n'était pas un choix mais plutôt la seule solution qui s'offrait à eux dans leur situation particulière. Nous avons constaté que certains regrettaient de ne pas avoir pu suivre une rééducation en présentiel, malgré leurs commentaires en faveur de la téléorthophonie d'un point de vue qualitatif et quantitatif. En effet, ces patients se montraient très reconnaissants envers cette technique qui leur avait permis de résoudre leur problème jusqu'alors insoluble.

Enfin, les résultats en majorité positifs des prises en charge téléorthophoniques nous avaient permis de conclure qu'en matière d'efficacité, la téléorthophonie semblait être un moyen de rééducation placé au même rang que l'orthophonie.

Du point de vue des téléorthophonistes, nous avons observé que ces derniers résidaient en majorité en France dans des régions moyennement et sur dotées, et qu'ils utilisaient cette technique davantage pour expérimenter un autre mode de rééducation et pour prendre en charge des patients expatriés. D'après leurs témoignages, la téléorthophonie s'avère être une bonne alternative de rééducation pour les patients qui n'ont pas d'autre choix. Cependant, certaines limites sont imposées par la distance et l'entremise de la technologie ; les pathologies qui mettent en jeu la manipulation, l'ouïe, le toucher et la vue sont très difficiles à prendre en charge. Aussi, interagir sur les écrits du patient semble être une tâche laborieuse qui compromet parfois l'intervention du thérapeute. Nous avons vu également que la téléorthophonie semblait être appropriée en fonction des cas, et qu'il était bon de juger si les capacités sensorielles, cognitives et attentionnelles du patient permettaient l'emploi de cette technique. La maturité de ce dernier, sa personnalité et la sévérité de son trouble jouent également un rôle prépondérant dans le succès d'une telle prise en charge.

Aussi, nous avons mentionné que la performance du matériel informatique permettant les communications était d'une importance capitale en matière de rééducation à distance. En effet, celui-ci se doit de fonctionner de manière irréprochable pour ne pas entraver le bon déroulement des séances, d'autant plus que les comportements non-verbaux sont difficiles à percevoir.

Un autre problème avait été soulevé concernant l'emploi de la téléorthophonie. Si elle est utilisée pour poursuivre la rééducation d'un patient expatrié, elle est aussi employée pour pallier les déserts médicaux ; nous avons conclu que cela présentait le risque de renforcer le côté peu attractif des zones médicalement sous dotées et de générer un système de santé à deux vitesses.

En définitive, nous avons conclu grâce aux commentaires des personnes interrogées que la téléorthophonie pouvait se substituer à l'orthophonie uniquement de façon ponctuelle, lorsque tous les facteurs de réussite précédemment cités pouvaient être réunis.

1. Discussion sur le dispositif expérimental

Il semblerait que l'intérêt de ce mémoire réside dans la considération d'une nouvelle forme de pratique orthophonique peu connue et dont l'utilisation n'est pas encore généralisée. De plus, la relation thérapeutique n'est pas l'objet principal des autres études menées à ce sujet. C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité nous pencher davantage sur ce sujet. L'analyse des réponses aux différents questionnaires nous aura permis d'aller au-delà du simple recueil de données. Cependant, cette étude présente certains biais.

Tout d'abord, nous pensons que la **population** ayant répondu aux questionnaires, notamment les téléorthophonistes, n'était pas assez étendue. En effet, les répondants étaient en nombre trop réduit pour que les variables interindividuelles de l'étude soient véritablement significatives. De fait, il était difficile de rendre compte de la téléorthophonie dans son ensemble.

Aussi, nous regrettons de ne pas avoir touché davantage de patients qui avaient suivi une prise en charge en présentiel au préalable. En effet, ces patients-là auraient pu comparer d'autant plus ces deux modes de prise en charge, ce qui aurait conféré plus de précision aux interrogations de notre recherche.

Il aurait été également intéressant de pouvoir interroger des patients qui, ayant le choix entre une rééducation en présentiel et une rééducation à distance, auraient choisi délibérément la téléorthophonie. Leurs commentaires nous auraient permis de comprendre leurs choix et leurs motivations dans une telle démarche, tout en apportant un éclairage supplémentaire à notre travail.

Au-delà de ces variables aléatoires, nous pensons qu'une étude à plus large échelle permettrait de rendre compte, d'une manière plus significative encore, de l'effet de la distance sur la relation thérapeutique. Un même thérapeute pourrait tenter l'expérience de mener des séances de rééducation, sur le long terme, à deux types de populations analogues : le premier type de population correspondrait à des patients suivis en présentiel, et le second type de population rassemblerait des patients – aux profils sensiblement comparables – suivis par téléorthophonie. Ainsi, au terme de son expérimentation, ce même thérapeute pourrait émettre ses ressentis subjectifs quant à la relation instaurée d'une part avec son groupe de patients témoin, d'autre part avec son groupe de patients pilote, leurs convergences et leurs divergences.

Nous pouvons également mettre en évidence d'autres biais. Les premiers sont relatifs aux **questionnaires** eux-mêmes. Les questions relatives à cette étude étaient non seulement figées mais aussi fermées, et laissaient peu libre cours à la transmission des ressentis subjectifs. Notons cependant que chaque question offrait la possibilité de laisser un commentaire, mais que ce dernier pouvait être implicitement orienté par la question préalablement posée.

Concernant la forme des questionnaires, ceux-ci avaient peut-être le défaut d'être longs, notamment celui destiné aux téléorthophonistes.

Enfin, les questionnaires ont été diffusés dans un temps limité pour permettre le recueil des données. S'ils avaient été diffusés plus longtemps, les tendances des réponses auraient peut-être été différentes.

Les seconds concernent l'**étude** elle-même. Nous lui reprochons son aspect quelque peu figé puisqu'il s'agissait de fixer les ressentis à un instant précis, alors que tous les aspects de la relation au sens large du terme sont modulables et évolutifs. En effet, la difficulté principale en communication réside dans le fait que ce que l'on dit n'est pas toujours le fidèle reflet de ce que l'on pense. Aussi, l'interprétation qu'en fait notre interlocuteur confère parfois à nos propos une signification différente de ce que nous voulions initialement exprimer. Cette étude ne paraît donc pas généralisable dans la mesure où les ressentis concernant la relation dépendent du vécu émotionnel et relationnel de chacun, et que ceux-ci sont labiles et évolutifs.

Quant à la relation thérapeutique elle-même, notons qu'il s'agit d'une notion implicite non quantifiable et difficilement qualifiable, et que sa mise en mots n'est pas chose aisée. Il s'agit d'une notion quelque peu abstraite dont chacun possède une définition personnelle et dont l'expression stricto sensu est subtile. Etudier la relation à travers un questionnaire fermé peut parfois biaiser encore plus cette notion conceptuelle au point de la desservir. Par conséquent, la modification de la relation thérapeutique dépend de la définition de ladite relation dont chacun dispose ; ce qui peut être modifiable ou modifié pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre.

Aussi, il semblerait que le choix d'un questionnaire écrit comme dispositif expérimental n'ait pas facilité ce travail déjà difficile à accomplir lors d'une conversation en face à face. La mise en mots par écrit ne transmet pas les ressentis au même titre qu'un échange oral qui peut être modulé et qui laisse la possibilité d'interagir avec l'interlocuteur. Platon nommait ainsi ce passage de l'oralité sacrée à l'écriture profane. Il

évoquait dans Phèdre que l'écrit faisait écran par rapport à la parole vive, immédiateté authentique et vivante. L'écrit était alors considéré comme la représentation qui suppléait la présence, et l'impersonnalité de signes abstraits interchangeables renversait les pouvoirs de la personne, dans sa chaude unicité : « L'art de l'écrit déformera la vérité et produira des faux-semblants dans les âmes... Un texte écrit ne peut répondre de lui-même aux questions qu'on lui pose ; il permet toutes les manipulations car peut être utilisé par n'importe qui, s'en aller n'importe où, etc. Le vrai enseignement ne peut être que parlé, par questions et réponses » (Phèdre). Cette citation nous éclaire sur la difficulté qui subsiste dans l'interprétation des écrits, quels qu'ils soient, et les quiproquos qui parfois en résultent.

De plus, le fait d'étudier la manière dont est envisagée la communication à distance (donc par le biais d'écrans interposés) en proposant un questionnaire informatisé peut nous interroger sur l'à-propos de notre démarche. Ainsi, afin de récolter le plus justement possible les ressentis sur cette notion abstraite, des entretiens en face à face auraient certainement été plus appropriés.

Le troisième et dernier biais concerne plus particulièrement l'**orientation de notre recherche**. Dans la mesure où nous voulions axer notre analyse sur la relation thérapeutique au sein même de la téléorthophonie, nous n'avons pas proposé de questionnaire aux orthophonistes qui n'utilisent pas cette pratique. Il serait intéressant de réaliser un comparatif entre la perception de la relation thérapeutique des téléorthophonistes et celle des orthophonistes que ne font pas de téléorthophonie : est-il préférable de tenter l'expérience ou laisser le patient dans la souffrance ?

2. Réflexion amenée par les conclusions

La téléorthophonie est un mode de prise en charge particulier puisque patients et thérapeutes n'ont parfois jamais l'occasion de se rencontrer physiquement. Elle n'est donc pas comparable à une prise en charge en présentiel. Grâce aux questions II.4. et III.1., nous savons que la rencontre entre patient et thérapeute a très rarement lieu et que cela est regrettable dans le processus thérapeutique pour la plupart des praticiens.

La distance qui caractérise la téléorthophonie lui confère un statut différent de celui de l'orthophonie ; les notions de cadre sont déçues, les techniques de rééducation sont remises en cause, les exercices diffèrent, les principes de confidentialité et de secret médical ne sont plus intégralement garantis. La relation thérapeutique, aspect fondamental de la profession, est dans ces conditions inévitablement remise en question puisque l'orthophonie est avant tout un métier relationnel et de communication. Les questions III.2., III.3. ont démontré que malgré tout, la relation thérapeutique pouvait se mettre en place et que patients comme thérapeutes se sentaient plutôt à l'aise lors de leurs entrevues.

Face à ces observations, il semblerait que le seul moyen d'accepter ces transformations au sein de la pratique serait de s'adapter à cette nouvelle forme de relation dans le système de soins. Nous émettons l'hypothèse suivante : si les réponses aux questionnaires étaient encourageantes sur ce point, c'est bien parce que ces praticiens étaient conscients de la nécessaire adaptation à ce mode de prise en charge particulier. Une éducation thérapeutique serait-elle à envisager pour accompagner les praticiens désireux de diversifier leur pratique ?

Certains pays tentent de mettre au point certains critères de standardisation pour la rééducation à distance. Pour cela, les orthophonistes doivent analyser au cas par cas si la téléorthophonie est appropriée pour tel ou tel patient en prenant en compte ses capacités sensorielles (vue, audition), ses capacités cognitives (attention, concentration), la présence et la sévérité des déficits communicationnels, les capacités à manipuler du matériel technique (ordinateur, souris, micro), et le cadre dans lequel les séances se déroulent. Un consentement libre et éclairé où figurent les avantages et les limites de la téléorthophonie doit être signé par le patient avant de s'engager dans une thérapie du langage via la téléorthophonie. Au niveau technique, les orthophonistes doivent avoir la formation et les compétences nécessaires pour utiliser la téléorthophonie. Le matériel technique utilisé et l'environnement dans lequel la séance se déroule doivent être standardisés. Par exemple, la pièce doit être sécurisée pour respecter la confidentialité de la prise en charge, et les outils tels que l'ordinateur et le réseau Internet doivent également être sécurisés pour assurer la sécurité des données du patient.

Pour autant, il ne s'agirait pas de révolutionner la profession, mais de concevoir une téléorthophonie raisonnée et justifiée, et non pas une téléorthophonie de masse. Nous entendons par « raisonnée » le fait que cette alternative ne devrait pas être proposée dans n'importe quelle situation et pour n'importe qui. A plusieurs reprises, les téléorthophonistes insistaient sur le fait que la réussite d'une telle rééducation dépendait du patient, de sa personnalité et de sa maturité, mais aussi du trouble et de sa sévérité. Une multitude de facteurs est à prendre en compte avant de proposer une telle prise en charge, d'où le regret de ne pas pouvoir rencontrer les patients en face à face avant d'entamer la rééducation.

D'un point de vue global, nous pourrions nous pencher à présent sur la médecine de demain, dite « santé connectée », où le rôle technique du praticien se verra révolutionné. D'après les propos d'un médecin expert en nouvelles technologies et intelligence artificielle (Treiner, 2016), « beaucoup de métiers n'y sont pas préparés », et il s'agit pourtant d'une évolution à laquelle le corps médical doit se préparer puisque la médecine va devoir faire place à une intelligence artificielle. Un foisonnement technologique d'applications et d'objets connectés « vont mener le monde » et sont à considérer malgré tout. Ce médecin rappelait que quelques années en arrière, les réseaux sociaux et les applications tels que « Facebook », « Whatsapp » et « Instagram » n'étaient pas promis à un bel avenir ; pourtant, ils comptent aujourd'hui des centaines de millions d'utilisateurs à travers le monde. Personne ne peut donc prévoir quels usages vont se développer et quels usages vont être « des feux de paille ». Par exemple, le téléphone de Bell en 1876 avait autrefois été conçu pour transmettre les ordres aux ouvriers et aux domestiques, et non pas pour faire la causette. Dans les années 70, Internet avait d'abord été mis en place à des fins militaires. L'usage se présente alors comme un détournement du dispositif innovant : si la technique a son développement propre, l'usage aussi. L'usage que l'on fait d'Internet et de la visioconférence en orthophonie apparaît comme une innovation, mais nul ne peut prédire quel sera son avenir.

La valeur économique des logiciels prend actuellement de plus en plus d'ampleur dans la société, et selon notre spécialiste, « des systèmes experts en médecine vont être développés à l'initiative des géants de la Silicone Valley comme Google, l'acteur le plus puissant dans le monde de la santé » (Treiner, 2016). La médecine augmentée (ou technicisée) va donc rentrer dans le processus de soins, et le risque majeur est de laisser le pouvoir médical quitter le médecin pour aller vers les propriétaires des logiciels : « le corps médical doit s'organiser pour faire face aux géants du logiciel sinon sa stratégie ne

lui permettra pas de lutter ... car Google et les géants de la technique sont plus puissants que les médecins » (Treiner, 2016). Il est donc important que ces derniers restent au centre du système de soins s'ils ne veulent pas risquer de devenir « des officiers de santé obéissant aux algorithmes des logiciels médicaux ». Dans le secteur du paramédical, et plus particulièrement celui de l'orthophonie, les praticiens aussi devraient lutter pour rester au cœur des débats et ne pas laisser la technique prendre leur place, au risque de déshumaniser notre pratique. Si la technique a déjà pris sa place au sein de la pratique orthophonique, nul ne sait quelle sera la prochaine étape en terme de prise en charge et de rééducation. Le transhumanisme, dont l'objectif est de rendre l'homme immortel, de l'augmenter et de développer l'intelligence artificielle est un courant de pensée au centre de plusieurs débats. Si l'orthophoniste peut déjà s'affranchir de la distance dans ses prises en charge – comme le médecin d'aujourd'hui peut se dispenser d'ausculter lui-même son patient – quelle sera sa place dans les rééducations de demain ? Le robot qui ausculte les patients du médecin est-il celui qui rééduquera nos patients ?

Concernant la place de la technologie dans notre société, le chercheur illustre ses propos en faisant référence à l'industrie de la musique où les disquaires se sont laissés dépasser, avant même de s'en rendre compte, par les plateformes de téléchargement de fichiers MP3 qui les ont terrassés de façon foudroyante. Il serait préjudiciable que les médecins soient eux aussi marginalisés de la sorte car la technologie met inévitablement de côté quelque chose d'irremplaçable. Nous parlons ici de la relation humaine, de l'imprévu, de tout ce qui est hors du champ mathématique.

Enfin, la seule chance pour le corps médical de garder son pouvoir et de ne pas se laisser anéantir est d'organiser des études adaptées qui vont dans le sens de cette évolution, en essayant de comprendre cet univers-là. Les outils médicaux que promettent les géants de la technique seront capables d'analyser en une seule journée des données médicales et des algorithmes qu'un médecin à lui seul ne pourrait analyser en toute une vie. C'est pourquoi ces objets connectés risquent de prendre peu à peu la place clinique du médecin et de le marginaliser. Le médecin doit rester acteur de cette mutation pour ne pas perdre son pouvoir médical au profit « des maîtres de la data » ou « du règne des algorithmes ».

La téléorthophonie est une évolution de la profession d'orthophoniste en rapport avec la progression de la société et ses innovations technologiques. Il ne s'agit pas de l'exclure mais de l'encadrer au mieux afin que l'orthophoniste reste acteur et au cœur des prochaines étapes évolutives.

CONCLUSION

Malgré les avantages de la téléorthophonie que nous avons évoqués, nous ne pouvons occulter les dérives imposées par cette pratique. En effet, le risque majeur reste la banalisation et la généralisation de cette méthode telle qu'elle se présente aujourd'hui, avec ses imperfections.

Nous avons constaté qu'une grande proportion des téléorthophonistes résidaient en France dans des régions moyennement ou sur dotées ; leur motivation dans cette expérimentation était soit de se constituer plus facilement une patientèle au sein de leur région sur dotée, soit de prendre en charge des patients sur liste d'attente en région sous dotée, soit pour répondre à une forte demande. Nous supposons que ces décalages entre l'offre et la demande sont dus à la répartition hétérogène des orthophonistes sur le territoire français. Ces concentrations disparates encourageraient-elles les praticiens à utiliser la téléorthophonie pour les raisons mentionnées ci-dessus ?

En France, la téléorthophonie se pratique de façon non conventionnelle, et ceci implique que les actes ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie et que leur règlement reste intégralement à la charge du patient. Mais cette alternative, qui n'est pas à la portée de toutes les bourses, risque de créer une inégalité dans l'accès aux soins. Un patient qui n'a pas les moyens financiers d'assumer une prise en charge téléorthophonique se verrait contraint de ne pas suivre de rééducation. Si ce système poursuit son évolution sans être encadré, nous courons le risque de créer une orthophonie à deux vitesses où l'accès aux soins sera inégal. Aussi, comme nous l'avons évoqué dans la partie expérimentale, l'emploi de la téléorthophonie pour enrayer les listes d'attente dans les zones sous dotées risquerait d'isoler davantage ces zones.

Pour aller à l'encontre de ces obstacles, il serait intéressant que la téléorthophonie entre dans le champ de compétences des orthophonistes ou devienne un outil de prise en charge soumis à certaines conditions d'utilisation. En effet, si cette technique fonctionne et qu'elle permet de débloquent certaines situations particulières comme nous l'avons démontré, alors elle apparaît comme un véritable outil de prise en charge pour les patients dont les pathologies permettent l'utilisation d'un dispositif informatique.

Cependant, certains inconvénients comme la manque de contact physique, le besoin incontournable de préparer les séances à l'avance, la rigidité des exercices, la faible variabilité des supports, la non perception des signaux non verbaux et la difficulté à s'adapter en temps réel aux besoins du patient sont autant d'obstacles difficiles à contourner et à envisager autrement.

Enfin, pour que la téléorthophonie entre dans les mœurs et qu'elle soit appréciée à sa juste valeur, il semblerait nécessaire que les orthophonistes acceptent de travailler différemment, en remettant peut-être en cause certains principes éthiques. La question III.1. du questionnaire adressé aux téléorthophonistes illustre ces propos, puisque nous avons vu qu'à distance, les objectifs « n'étaient pas les mêmes » et que l'inévitable éloignement des personnes imposait une mise à l'écart de ces principes.

La téléorthophonie se présente comme une adaptation à envisager, ou une autre façon de soigner. Elle devrait être utilisée à bon escient lorsque les circonstances l'imposent. Pour protéger la profession et la qualité des soins, la téléorthophonie

gagnerait donc à faire partie des outils de l'e-orthophonie auxquels on pourrait avoir recours dans des situations particulières lorsque, par exemple, une prise en charge en présentiel n'est pas faisable.

De nos jours, l'existence des nouvelles technologies dérange les sciences établies qui doivent faire une place à ces nouvelles venues et apprendre en quoi elles sont désormais une discipline spécifique. C'est pourquoi nous assistons à des conflits de théories et de méthodes avec les sciences humaines et sociales. L'heure est donc à la réflexion, pour les orthophonistes, de la technicisation de leur pratique. Avec la téléorthophonie, la communication telle qu'ils la connaissent est remise en question dans ses aspects les plus subtils comme les plus manifestes. Aux orthophonistes d'apprécier et de savoir si regarder dans les yeux est plus important que de regarder dans l'écran.

BIBLIOGRAPHIE

Allemand, S. (2008). Internet : Le pouvoir de l'imagination. In P. Cabin & J.F. Dortier (Eds), *La communication : Etat des savoirs* (pp. 317-322). Paris : Editions Sciences Humaines.

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.

Anzieu, D. (2013). *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod.

Assoun, S. (2014). 2 Français sur 3 considèrent que la e-santé peut limiter les coûts. Retrieved March 11, 2016 from Sciences et Avenir Web site : <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20140305.OBS8544/2-francais-sur-3-considerent-que-la-e-sante-peut-limiter-les-couts.html>

Auberge, A., Boivin, J.M., De Korwin, J.D., & Muller-Collé, F. (2003). Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. *Revue du Praticien - Médecine Générale*, 17(604), 293-297.

Bach, J.-F., Houdé, O., Léna, P. & Tisseron, S. (2013). *L'enfant et les écrans. Un avis de l'Académie des sciences*. Paris : Editions Le Pommier et Institut de France. Retrieved from <http://www.academie-sciences.fr/pdf/rapport/avis0113.pdf>

Balint, M. (1996). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot.

Baril, D. (2010). *La thérapie à distance réussit aussi bien qu'en face à face*. Retrieved from Université de Montréal Web site : <http://www.nouvelles.umontreal.ca/recherche/sciences-de-la-sante/20100322-la-therapie-a-distance-reussit-aussi-bien-qu'en-face-a-face.html>

Baron, L. (2010). *Orthophoniste-patient : de la relation aux émotions. Définitions, observations et réflexion* (Master's thesis). Université de Nantes – UFR Médecine et techniques médicales, Nantes. Retrieved from <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=5b6dae9d-6b18-4035-8219-20af253f4a6f>

Belleret, C. (2015). *La révolution de la télémédecine*. Retrieved from Sciences et Avenir Web site : <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20150211.OBS2301/la-revolution-de-la-telemedecine.html>

Béranger, J., Le Coz, P. (2013). Les enjeux et les bonnes pratiques éthiques en téléradiologie. *Ethique et santé*, 10(2), 109-114. doi : 10.1016/j.etique.2013.02.007

Bleger, J. (2013). Psychanalyse du cadre psychanalytique. In D. Anzieu, J. Bleger, J. Guillaumin, E. Jaques, R. Kaës, R. Kaspi & A. Missenard (Eds), *Crise, rupture et dépassement* (pp. 255-285) (2^e éd.). Paris : Dunod.

Bousquet, M.-A. (2013). *Concepts en médecine générale : Tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline* (Doctoral dissertation). Université de Pierre et Marie Curie, Paris 6. Retrieved from <http://www.sftg.net/documents%20PDF/Concepts%20en%20Medecine%20Generale.pdf>

Boussageon, R., Figon, S., Girier, P., Moreau, A. (2006). Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *La Presse Médicale*, 35(6), 967-973. doi : PM-06-2006-35-6-C1-0755-4982-101019-200604319

Brodie, M., Foehr, U., Rideout, V. & Roberts, D. (1999). *Kids & media @ the new millennium*. Unpublished document, Kaiser Family Foundation. Retrieved March 8, 2016 from <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/kids-media-the-new-millennium-report.pdf>

Cabin, P. (2008). Communication et organisation. In P. Cabin & J.F. Dortier (Eds), *La communication : Etat des savoirs* (pp. 161-167). Paris : Editions Sciences Humaines.

Caisse nationale de l'assurance maladie. (2014). *Le contrat incitatif orthophoniste*. Retrieved March 8, 2016 from Ameli Web site : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/orthophonistes/votre-convention/le-contrat-incitatif-orthophoniste.php>

Caron, A., Drouin, P. & Hébert, R. (2006). *Bilan du projet d'orthophonie 2005-2006*. Unpublished document, Commission Scolaire de la Baie-James, Québec. Retrieved March 9, 2016 from http://recit.nordtic.net/IMG/pdf/Bilan_orthophonie.pdf

Cazellet, L. (2011). D'indispensables compétences à acquérir pour relever le défi de l'e-santé. *Soins*, 55, 5-7. doi SOINS-06-2011-55-HSF-0038-0814-101019-201103367

Chabanne, J.-C. (1999). Verbal, paraverbal et non-verbal dans l'interaction verbale humoristique. In J.-M. Dufays & L. Rosier (Eds), *Approches du discours comique* (pp. 35-53). Ixelles, Belgique : Editions Mardaga. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00921934/document>

Connections Learning. (2011). *How online speech therapy is transforming speech therapy in school systems*. Retrieved March 9, 2016 from http://www.connectionslearning.com/Libraries/Connections_Learning_PDFs/LiveSpeech_Primer_Final.pdf

Coquet, F. (2011). Multicanalité de la communication. *Rééducation orthophonique*, 49(246), 3-6.

Corraze, J. (1992). *Les communications non-verbales* (4è éd). Paris : Presses Universitaires de France.

Cosnay, J., Gatignol, P., Lemaignan-De Rosa, C., Le Marrec, C. & Quenouelle, A. (2013). Télé réhabilitation, réalité virtuelle et sérieux games en remédiation : ERU 28. *L'Orthophoniste*, 326, 29-32. Retrieved from <http://orthophonistes19.rssing.com/browser.php?indx=5407329&item=207>

Cosnier, J. (2008). Les gestes du dialogue. In P. Cabin & J.F. Dortier (Eds), *La communication : Etat des savoirs* (pp. 119-128). Paris : Editions Sciences Humaines.

Cosnier, J. (2008). Empathie et communication : Comprendre autrui et percevoir ses émotions. In P. Cabin & J.F. Dortier (Eds), *La communication : Etat des savoirs* (pp. 149-154). Paris : Editions Sciences Humaines.

- Dagnaud, M. (2003). *Enfants, consommation et publicité télévisée*. Paris : La Documentation Française.
- Debray, R. (1994). *Va-t-on vivre par écrans interposés ?*. Unpublished document, Colloque INA, Sorbonne Université, Paris. Retrieved from http://regisdebray.com/pages/pdf/va_t-on_vivre.pdf
- De Lard, B. (2011). Un nouveau cadre juridique pour la télémédecine. *Interbloc*, 30, 55-56. doi : IB-01-02-03-2010-30-1-0242-3960-101019-201102083
- Deshays, C. (2013). *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel* (2è éd). Paris : InterEditions-Dunod.
- De Singly, F. (2012). *Le questionnaire* (3è éd). Paris : Armand Colin.
- Deygas, O. (2014). *La téléorthophonie : Etat des lieux et perspectives* (Master's thesis). Université de Caen Normandie – UFR Médecine, Caen.
- Dictionnaire d'Orthophonie*. (2011). Isbergues, France : Ortho Edition.
- Dortier, J-F. (2008). La communication : Omniprésente, mais toujours imparfaite. In P. Cabin & J.F. Dortier (Eds), *La communication : Etat des savoirs* (pp. 5-18). Paris : Editions Sciences Humaines.
- Estienne, F. (2004). *Orthophonie et efficacité : Les fondements d'une pratique*. Marseille : Solal.
- Fairweather, C., Hines, M., Lincoln, M., Martinovich, J. & Ramsden, R. (2014). Multiple stakeholder perspectives on teletherapy delivery of speech pathology services in rural schools : A preliminary, qualitative investigation. *International journal of telerehabilitation*, 6(2), 65-74. doi 10.5195/IJT.2014.6155
- Gilliéron, E. (2004). *Manuel de psychothérapies brèves* (2è éd.). Paris : Dunod.
- Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Efficiencia de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*. Retrieved March 8, 2016 from HAS Web site : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/efficience_tlm_vf_2013-07-18_14-48-38_743.pdf
- Helmick-Beavin, J., Jackson, D. & Watzlawick, P. (2014). *Une logique de la communication*. Paris : Points.
- Hennel-Brzozowska, A. (2008). La communication non-verbale et paraverbale : Perspective d'un psychologue. *Synergies Pologne*, 5, 21-30. Retrieved from <http://gerflint.fr/Base/Pologne5/brzozowska.pdf>

Horacio Etchegoyen, R. (2005). *Fondements de la technique psychanalytique*. Paris : Hermann.

Inforoute Santé du Canada. (2007). *Sondage sur les renseignements de santé électroniques et la protection de la vie privée : Le point de vue des Canadiens – 2007*. Retrieved March 8, 2016 from <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/240-sondage-sur-les-renseignements-de-sante-electroniques-et-la-protection-de-la-vie-privee-resume/view-document?Itemid=101>

Inforoute Santé du Canada. (2011). *Avantages et adoption de la télésanté : Lier les patients et les prestataires dans l'ensemble du Canada*. Retrieved March 8, 2016 from <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/211-avantages-et-adoption-de-la-teleante-resume/view-document?Itemid=101>

Inforoute Santé du Canada. (2012). *Le point de vue des Canadiens : Sondage 2012 sur les renseignements de santé électroniques et la protection des renseignements personnels*. Retrieved March 8, 2016 from <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/462-sondage-d-ipsos-reid-sur-les-renseignements-de-sante-electroniques-et-la-protection-de-la-vie-privee/view-document?Itemid=101>

Inforoute Santé du Canada. (2014). *Sondage national des médecins 2014*. Retrieved March 8, 2016 from <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/2162-le-sondage-national-des-medecins-2014/view-document?Itemid=101>

Inforoute Santé du Canada. (n.d.). *Les enfants des Territoires du Nord-Ouest bénéficient de la téléorthophonie*. Retrieved March 9, 2016 from <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/5189-ce-que-nous-faisons/la-sante-numerique-et-vous/temoignages/96-les-enfants-des-territoires-du-nord-ouest-beneficient-de-la-teleorthophonie>

Jouët, J. & Pasquier, D. (1999). Les jeunes et la culture de l'écran : Enquête nationale auprès des 6-17 ans. *Réseaux*, 17, 25-102. doi 10.3406/reso.1999.2115

Lamothe-Corneloup, A. (2015). E-médecine, e-santé késako ?. *L'Orthophoniste*, 345, 15-15.

Le Bœuf, D. & Lucas, J. (2010). La télémédecine, un cadre de confiance au bénéfice commun des patients et des professionnels de santé. *Soins*, 55, 49-49. doi : SOINS-11-2010-55-750-0038-0814-101019-201004622

Le Petit Robert. (2011). Paris : Dictionnaires Le Robert.

Loumé, L. (2014). *E-santé : solution d'avenir ou à risque ?*. Retrieved March 8, 2016 from Sciences et Avenir Web site : <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20140424.OBS5084/e-sante-solution-d-avenir-ou-a-risque.html>

Mascaret, C. (2011). La pratique de la télémédecine en France enfin encadrée. *Actualités pharmaceutiques*, 50, 58-58. doi ACTPHA-10-2011-50-509-0515-3700-101019-201105032

- Marc, E. (2008). Le face-à-face et ses enjeux. In P. Cabin & J.F. Dortier (Eds), *La communication : Etat des savoirs* (pp. 87-96). Paris : Editions Sciences Humaines.
- Marc, E. (2008). Pour une psychologie de la communication. In P. Cabin & J.F. Dortier (Eds), *La communication : Etat des savoirs* (pp. 43-55). Paris : Editions Sciences Humaines.
- Martin, M. (2001/2). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité : Du cadre analytique au pacte. *Cahiers de psychologie clinique*, 17, 103-120. doi : 10.3917/cpc.017.0103
- Maupas, C. (2012). *Un enfant épanoui 0-6 ans*. Paris : Hachette.
- Mucchielli, A. (2008). L'approche communicationnelle. In P. Cabin & J.F. Dortier (Eds), *La communication : Etat des savoirs* (pp. 199-208). Paris : Editions Sciences Humaines.
- Mucchielli, R. (2014). *L'entretien de face à face dans la relation d'aide* (23^e éd.). Paris : ESF éditeur.
- Pedler, E. (2005). *Sociologie de la communication*. Paris : Armand Colin.
- Philippe, K. (2008). Les sciences de l'information et de la communication. In P. Cabin & J.F. Dortier (Eds), *La communication : Etat des savoirs* (pp. 73-82). Paris : Editions Sciences Humaines.
- Pont, D. (2011). *Evolution de la relation au patient au cours de l'expérience professionnelle de l'orthophoniste* (Master's thesis). Nancy-Université – Université Henri Poincaré, Nancy.
- Rallet, A. (2008). Communication à distance : Au-delà des mythes. In P. Cabin & J.F. Dortier (Eds), *La communication : Etat des savoirs* (pp. 307-315). Paris : Editions Sciences Humaines.
- Rojas-Urrego, A. (2012). Un cadre bien tempéré. *Santé Mentale*, 172, 32-35. Retrieved February 26, 2016 from http://www.nant.ch/images/nant/communication/Article-collabo_ARU%20un%20cadre.pdf
- Saout, C. (2010). Télémédecine et patients, pour une traçabilité des échanges de données. *Soins*, 750, 47-48. doi SOINS-11-2010-55-750-0038-0814-101019-201004616
- Tétart, J. (2014). *Evolution de la relation médecin-patient lors d'un suivi au long cours : Points de vue de médecins généralistes installés depuis plus de 30 ans dans les Alpes-Maritimes recueillis lors d'entretiens individuels* (Doctoral dissertation). Université de Nice Sophia Antipolis, Faculté de Médecine, Nice.
- Treiner, S. (Director). (2016). *La e-santé : avancée ou gadget ?* [Radio]. France : France Culture.
- Twitchell Hall, E. (1971). *La dimension cachée* (A. Petita, Trans.). Paris : Points. (Original work published 1966). Retrieved from <https://fr.wikipedia.org/wiki/Proxémie>

Vannier, F. (2015). E-orthophonie : Pratique des uns, e-volution de tous. *L'Orthophoniste*, 346, 12-12.

Vetter, H. (1972). *Langage et maladies mentales*. Paris : ESF éditeur.

Wolton, D. (2008). *Penser la communication*. Paris : Flammarion.

GLOSSAIRE

Algorithmes : « ensemble des règles opératoires propres à un calcul ou à un traitement informatique ».

Cinétique : « étude des phénomènes physiques liés au mouvement ».

Déontologie : « ensemble des règles et des devoirs régissant une profession ».

Désertification médicale : « notion mettant en évidence le manque de praticiens dans une zone donnée ».

Discursif : « relatif au discours ».

Ethique : « ensemble des valeurs, des règles morales propre à un milieu, une culture, un groupe ».

Intelligence artificielle : « nom donné à l'intelligence des machines et des logiciels ; discipline scientifique recherchant des méthodes de création ou de simulation de l'intelligence ».

Mémoire de travail : « intervenant après le transfert d'information provenant de la mémoire sensorielle ; impliquée par exemple dans le processus de lecture et permettant le traitement de l'information ».

Moi : « instance psychique qui constitue le pôle conscient de la personnalité ; siège de manifestations défensives inconscientes ».

Monitoring : « surveillance médicale à l'aide d'un appareil électronique ».

Multinationale : « entreprise ayant des activités dans plusieurs pays ».

Nomenclature : « liste méthodique des actes professionnels et de leur cotation ».

Observance : « respect des prescriptions d'un médecin ».

Paraclinique : « examens médicaux effectués grâce à des appareils et des techniques de laboratoire ».

Phonème : « unité linguistique de deuxième articulation, son ou bruit de la chaîne parlée résultant de la combinaison de plusieurs traits articulatoires ».

Phoniatre : « médecin, ORL ou généraliste, s'occupant exclusivement de la phonation et des troubles ».

Pragmatique : « en linguistique, ce qui se passe lorsqu'on emploie le langage pour communiquer ».

Remédiation cognitive : « rééducation des fonctions cognitives altérées ».

Rétroaction (feed-back) : « en linguistique, terme traduisant le fait que le locuteur reçoit de l'information verbale ou non-verbale en retour de son propre message de la part de l'interlocuteur ».

Signe linguistique : « produit du signifiant (le nom de l'objet) et du signifié (le concept de l'objet) ».

Symbiose : « relation étroite qui existe pendant les premières semaines de la vie entre un nouveau-né et sa mère ».

Télécommunications : « ensemble des procédés de transmission d'informations à distance ».

Téléréhabilitation : « méthode de rééducation à distance ».

Télétransmission : « transmission de données à distance par un réseau télématique ».

Transhumanisme : « mouvement culturel et intellectuel international prônant l'usage des sciences et des techniques afin d'améliorer les caractéristiques physiques et mentales des êtres humains ».

Vidéoconférence : « téléconférence dans laquelle les participants sont reliés par des circuits de télévision permettant la transmission de la parole, d'images animées et de documents graphiques ».

Visiophonie : « technique du visiophone – téléphone où chaque correspondant a une image de l'autre – associant télévision et téléphonie ».

ANNEXES

Annexe I : Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009

Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 78, codifié à l'article L.6316-1 : « La télémedecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. » (www.legifrance.gouv.fr).

Annexe II : Décret d'application n°2010-1229 de la loi HPST du 19 octobre 2010

L'article R.6316-1 définit les actes et pratiques médicales qui entrent dans le champ de la télémédecine :

« Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1, les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :

1°) La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

2°) La télé-expertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

3°) La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

4°) La téléassistance médicale autorise un professionnel médical à assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ; cette voie ouvre la réflexion sur de nouveaux modes d'intervention en chirurgie, faisant appel en tout ou partie à une intervention technique réalisée à distance du bloc opératoire où se situe le patient.

5°) La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 : la télé-expertise est également la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale (Samu). »

Article R6316-2 :

Créé par Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1

Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4.

Les professionnels participant à un acte de télémedecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication.

Article R6316-3 :

Créé par Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1

Chaque acte de télémedecine est réalisé dans des conditions garantissant :

1°)

L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;

L'identification du patient ;

L'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ;

2°) Lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémedecine. Le patient doit être informé sur la mise en œuvre d'une pratique de télémedecine le concernant et doit donner son consentement libre et éclairé. Ce consentement à l'acte médical doit s'accompagner d'un accord sur les modalités de réalisation de cet acte.

Article R6316-4 :

Créé par Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1

Une traçabilité renforcée de l'acte réalisé en télémedecine est imposée. Sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémedecine et dans la fiche d'observation mentionnée à l'article R. 4127-45 :

1°) Le compte rendu de la réalisation de l'acte ;

2°) Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémedecine ;

3°) L'identité des professionnels de santé participant à l'acte ;

4°) La date et l'heure de l'acte ;

5°) Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Article R6316-5 :

Créé par Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1

Les actes de télémedecine sont pris en charge dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Article R6316-6 :

Créé par Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1

L'activité de télémedecine et son organisation font l'objet :

1°) Soit d'un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ;

2°) Soit d'une inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, tels qu'ils sont respectivement mentionnés aux articles L. 6114-1, L. 1435-3 et L. 1435-4 du code de la santé publique et aux articles L. 313-11 et L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

3°) Soit d'un contrat particulier signé par le directeur général de l'agence régionale de santé et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité.

Les contrats mentionnés aux 2° et 3° du présent article doivent respecter les prescriptions du programme relatif au développement de la télémedecine mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

Article R6316-7 :

Créé par Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1

Les programmes et les contrats mentionnés à l'article R. 6316-6 précisent les conditions dans lesquelles s'exerce l'activité de télémedecine, en tenant compte notamment des spécificités de l'offre de soins dans le territoire considéré.

Ils précisent en particulier les modalités retenues afin de s'assurer que le professionnel médical participant à un acte de télémedecine respecte les conditions d'exercice fixées à l'article L. 4111-1 ou à l'article L. 4112-7 ou qu'il est titulaire d'une autorisation d'exercice délivrée par le ministre chargé de la santé et qu'il satisfait à l'obligation d'assurance prévue à l'article L. 1142-2.

Article R6316-8 :

Créé par Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1

Les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémedecine, à l'exception de la réponse médicale donnée dans le cadre de la régulation médicale, concluent entre eux une convention respectant les dispositions inscrites dans les contrats ou programmes mentionnés à l'article R. 6316-6. Cette convention organise leurs relations

et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre les exigences mentionnées dans le présent chapitre.

Article R6316-9 :

Créé par Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1

Les organismes et les professionnels libéraux de santé qui organisent une activité de télémédecine s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémédecine ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants.

Annexe III : Questionnaire Patients – questions préliminaires : votre prise en charge par téléorthophonie

I.1. Pour quelle(s) pathologie(s) avez-vous eu recours à la téléorthophonie ?

- ☐ Troubles d'articulation
- ☐ Retard de parole/langage
- ☐ Dysphasie
- ☐ Déglutition
- ☐ Troubles de la voix
- ☐ Langage écrit (lecture et/ou orthographe)
- ☐ Surdité
- ☐ Aphasie
- ☐ Troubles logico-mathématiques
- ☐ Troubles du spectre autistique
- ☐ B galement
- ☐ Dysarthrie neurologique
- ☐ Troubles de l'écriture (dysgraphie)
- ☐ Maladies neuro-dégénératives
- ☐ Handicap sensoriel/moteur/mental

I.2.   quel âge avez-vous été pris en charge ?

- ☐ Entre 3 et 9 ans
- ☐ Entre 9 et 20 ans
- ☐ Entre 20 et 50 ans
- ☐ Entre 50 et 70 ans
- ☐ Plus de 70 ans

I.3. Vous êtes pris en charge par téléorthophonie parce que :

- ☐ L'offre d'orthophonistes près de chez vous est insuffisante (en France)
- ☐ Vous êtes expatriés
- ☐ Votre orthophoniste vous l'a proposé
- ☐ Vous ne pouvez pas vous déplacer
- ☐ Autres, précisez :

I.4. Auriez-vous préféré une rééducation classique en face-à-face ?

- ☐ Oui, sans hésitation
- ☐ Oui, probablement
- ☐ Non, cela m'est égal
- ☐ Non, certainement pas

Annexe IV : Questionnaire Patients – La relation avec votre téléorthophoniste

II.1. Comment qualifiez-vous la relation établie avec votre téléorthophoniste ?

- ☐ Excellente
- ☐ Plutôt bonne
- ☐ Assez mal à l'aise
- ☐ Mauvaise

II.2. Si vous avez déjà suivi une rééducation classique, vous trouvez que la relation était :

- ☐ Meilleure en face-à-face
- ☐ Meilleure par téléorthophonie
- ☐ Bonne dans les deux cas
- ☐ Pas concerné, je n'ai jamais suivi de rééducation classique

II.3. Comment vous sentiez-vous lors des séances de téléorthophonie ?

- ☐ Très à l'aise
- ☐ A l'aise
- ☐ Pas à l'aise
- ☐ Pas à l'aise du tout

Annexe V : Questionnaire Patients – Les résultats de votre prise en charge

III.1. Etes-vous satisfait des résultats de votre rééducation téléorthophonique ?

- ☐ Très satisfait
- ☐ Plutôt satisfait
- ☐ Pas satisfait
- ☐ Pas efficace du tout

III.2. Si vous avez déjà suivi une rééducation classique, vous trouvez que les résultats sont :

- ☐ Meilleurs avec la téléorthophonie
- ☐ Equivalents
- ☐ Moins bons avec la téléorthophonie
- ☐ Pas concerné, je n'ai jamais suivi de rééducation classique

III.3. Si vous deviez de nouveau faire appel à un(e) orthophoniste, choisiriez-vous la téléorthophonie ?

- ☐ Sans hésitation
- ☐ Pourquoi pas
- ☐ Certainement pas
- ☐ Surtout pas

Annexe VI : Questionnaire Téléorthophonistes – Situation géographique et mode d'exercice

I.1. Quel est votre mode d'exercice ?

- ☐ Libéral
- ☐ Salariat
- ☐ Mixte

I.2. Vous pratiquez la téléorthophonie :

- ☐ A l'étranger
- ☐ En France dans une région sous dotée
- ☐ En France dans une région moyennement ou sur dotée

I.3. Vous avez choisi la téléorthophonie :

- ☐ Pour prendre en charge des patients francophones expatriés
- ☐ Pour développer votre patientèle
- ☐ Pour expérimenter un autre mode de rééducation
- ☐ Autre, précisez

I.4. Dans quelle proportion pratiquez-vous la téléorthophonie ?

- ☐ Moins de 25%
- ☐ Entre 25% et 50%
- ☐ Entre 50% et 75%
- ☐ Plus de 75%

Annexe VII : Questionnaire Téléorthophonistes – Les patients

II.1. Dans quelle tranche d'âge se situent vos patients ?

- ☐ Entre 3 et 9 ans
- ☐ Entre 9 et 20 ans
- ☐ Entre 20 et 50 ans
- ☐ Entre 50 et 70 ans
- ☐ Plus de 70 ans

II.2. Quelles sont les 3 pathologies que vous prenez le plus fréquemment en charge ?

- ☐ Troubles d'articulation
- ☐ Déglutition
- ☐ Troubles de la voix
- ☐ Dysarthrie neurologique
- ☐ Langage écrit (lecture et/ou orthographe)
- ☐ Troubles logico-mathématiques
- ☐ Troubles de l'écriture (dysgraphie)
- ☐ Retard de parole/langage
- ☐ Bégaiement
- ☐ Troubles du spectre autistique
- ☐ Handicap sensoriel/moteur/mental
- ☐ Dysphasie
- ☐ Aphasie
- ☐ Maladies neuro-dégénératives
- ☐ Surdité

II.3. D'après votre expérience, quelle(s) pathologie(s) est/sont exclue(s) du champ de la téléorthophonie ?

- ☐ Troubles d'articulation
- ☐ Déglutition
- ☐ Troubles de la voix
- ☐ Dysarthrie neurologique
- ☐ Langage écrit (lecture et/ou orthographe)
- ☐ Troubles logico-mathématiques
- ☐ Troubles de l'écriture (dysgraphie)
- ☐ Retard de parole/langage
- ☐ Bégaiement
- ☐ Troubles du spectre autistique
- ☐ Handicap sensoriel/moteur/mental
- ☐ Dysphasie
- ☐ Aphasie
- ☐ Maladies neuro-dégénératives
- ☐ Surdité

II. 4. Avez-vous déjà rencontré vos patients pris en charge par téléorthophonie ?

- ☐ J'ai rencontré tous mes patients
- ☐ Je n'ai rencontré que quelques-uns de mes patients
- ☐ Je n'ai rencontré aucun de mes patients

Annexe VIII : Questionnaire Téléorthophonistes – La relation thérapeutique

III. 1. Pensez-vous qu'une rencontre en face-à-face au préalable est nécessaire ?

- ☐ Oui, cela permet d'améliorer la relation thérapeutique
- ☐ Non, cela ne change rien à la relation thérapeutique
- ☐ Cela dépend des patients

III.2. La technologie influe-t-elle sur la relation avec le patient ?

- ☐ Elle la dégrade
- ☐ Elle ne change rien
- ☐ Elle l'améliore
- ☐ Je ne sais pas

III.3. Comment situez-vous vos patients concernant :

La relation thérapeutique :

- ☐ Très à l'aise
- ☐ A l'aise
- ☐ Pas à l'aise
- ☐ Pas à l'aise du tout

La manipulation du matériel :

- ☐ Très à l'aise
- ☐ A l'aise
- ☐ Pas à l'aise
- ☐ Pas à l'aise du tout

III.4. La fréquence des séances avec chaque patient est :

- ☐ Plutôt régulière
- ☐ Plutôt irrégulière

III.5. Effectuez-vous vos séances toujours dans la même pièce ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

III.6. Vos patients se trouvent-ils toujours dans la même pièce ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Annexe IX : Questionnaire Téléorthophonistes – Les résultats de la prise en charge

IV. 1. En général, comment estimez-vous les résultats de vos prises en charge par téléorthophonie ?

Pour les adultes :

- ☐ Très satisfaisants
- ☐ Satisfaisants
- ☐ Insatisfaisants
- ☐ Très insatisfaisants
- ☐ Je ne travaille qu'avec des enfants
- ☐ Je ne travaille qu'avec des adultes

Pour les enfants :

- ☐ Très satisfaisants
- ☐ Satisfaisants
- ☐ Insatisfaisants
- ☐ Très insatisfaisants
- ☐ Je ne travaille qu'avec des enfants
- ☐ Je ne travaille qu'avec des adultes

IV.2. Selon vous, quels sont les avantages de la téléorthophonie ?

Les patients sont plus à l'aise dans leur environnement.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Les exercices semblent plus ludiques, le patient les effectue plus volontiers.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Les patients sont plus attentifs.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Elle facilite les capacités de communication du patient.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Elle permet de poursuivre la rééducation d'un patient expatrié.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

C'est un moyen de pallier les déserts médicaux.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Elle permet de développer sa patientèle.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Elle ouvre de nouvelles perspectives au métier d'orthophoniste.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

IV.3. D'après votre expérience, quels sont les inconvénients de la téléorthophonie ?

Les comportements verbaux sont difficiles à percevoir.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Le manque de contact physique est un obstacle à la rééducation.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Les exercices sont difficiles à réaliser (manque de maîtrise du matériel).

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

L'attention du patient est difficile à canaliser.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

L'entremise de la technologie inhibe les capacités de communication du patient.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

La téléorthophonie augmente les difficultés du patient.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

La prise en charge est plus longue.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Mon attention et mes capacités de communication sont diminuées.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

La relation à distance inhibe mes capacités d'empathie.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

IV.4. Finalement, pensez-vous que la téléorthophonie pourrait se substituer à l'orthophonie classique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ De façon ponctuelle

Géraldine Riberi

TELEORTHOPHONIE : L'ELOIGNEMENT MET-IL A DISTANCE LA RELATION THERAPEUTIQUE ?

80 pages, 71 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – UNS / Faculté de Médecine - Nice 2015-2016

RESUME :

Le cadre thérapeutique, ainsi que la relation thérapeutique – son corollaire – sont des notions essentielles au sein de la profession d'orthophoniste. Dans chaque situation de soin, la mise en place d'un cadre est fondamentale pour mener à bien une rééducation puisqu'elle assure, entre autres, la qualité de la relation thérapeutique. Le cadre garantit l'instauration de cette relation si particulière lors de la première rencontre et au fil des séances de rééducation.

La téléorthophonie a pour caractéristique de séparer physiquement le patient et son thérapeute qui communiquent par écrans interposés. Ainsi, la notion de cadre est quelque peu revisitée de par la distance et l'entremise de la technologie. Ce mémoire a pour dessein d'étudier ces changements et leurs éventuelles conséquences sur la relation thérapeutique, en s'appuyant sur l'hypothèse selon laquelle le défaut de présence physique entraînerait une modification de la relation thérapeutique entre le thérapeute et son patient. Pour réaliser cette recherche, deux questionnaires ont été adressés à des patients suivis par téléorthophonie et à des orthophonistes faisant usage de cette technique.

Les résultats de l'étude vont à l'encontre de l'hypothèse énoncée, bien que des nuances aient été apportées, notamment par la considération de nombreuses variables propres à chaque sujet.

MOTS-CLES : Cadre thérapeutique – Communication – Communication non verbale – Enquête – Nouvelles technologies – Relation thérapeutique

DISTANCE SPEECH THERAPY : DOES REMOTENESS MOVE AWAY THERAPEUTIC RELATIONSHIP ?

SUMMARY :

The therapeutic context, as well as the therapeutic relationship – its corollary – are both key concepts within the speech therapist profession. Each care giving situation requires the establishment of a specific context to carry out a rehabilitation. Moreover, this context ensures the therapeutic relationship's quality from the first meeting and throughout rehabilitation sessions. The feature of distance speech therapy is to separate physically the patient and his therapist who communicate through interposed screens. Therefore, the context's concept is somewhat modified by the distance and the technology. The purpose of this thesis is to study these changes and their potential consequences on the therapeutic relationship, based on the assumption that the lack of physical presence would lead to a change within the therapeutic relationship. To carry out this work, two surveys have been sent both to patients treated by distance speech therapy and speech therapists using this rehabilitation method. The research findings diverge from the stated hypothesis, although some nuances have been given, particularly considering the numerous variables which are specific to each individual.

KEY WORDS : Communication – Emerging technologies – Non-verbal communication – Survey – Therapeutic context — Therapeutic relationship

Directeur DE MEMOIRE : Christian Bellone

Co-Directeur DE MEMOIRE : Michel Sistac