



HAL
open science

Analyse des pratiques professionnelles et des adaptations réalisées dans la prise en soin orthophonique suite à la crise sanitaire

Sarah Covre

► To cite this version:

Sarah Covre. Analyse des pratiques professionnelles et des adaptations réalisées dans la prise en soin orthophonique suite à la crise sanitaire. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03958091

HAL Id: dumas-03958091

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03958091v1>

Submitted on 26 Jan 2023

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.

Analyse des pratiques professionnelles et des
adaptations réalisées dans la prise en soin
orthophonique suite à la crise sanitaire

Mémoire

Présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste par

COVRE Sarah

Soutenu publiquement le 16 juin 2022

Dirigé par :

LAVEST Valérie, orthophoniste

MERIGAUD Jennifer, orthophoniste et directrice pédagogique du CFUO de
Clermont-Ferrand

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord adresser ma reconnaissance à mes directrices de mémoire, Jennifer Mérigaud et Valérie Lavest pour leur soutien dans ce projet et pour tous leurs conseils durant cette année.

J'adresse également mes remerciements aux orthophonistes et aux patients ayant pris le temps de répondre à ces questionnaires.

Je souhaite remercier l'équipe pédagogique du CFUO Clermont-Ferrand ainsi que toutes mes maîtres de stage ayant contribué à ma formation. Merci notamment à Cynthia pour sa présence dès les premières années.

Je remercie particulièrement ma mère et mon frère qui m'ont toujours soutenue, de la préparation aux concours jusqu'à la fin de mes études universitaires. Sans leurs encouragements et leur soutien sans faille, il m'aurait été plus difficile d'affronter ces nombreuses années.

Merci à Maëlys pour son écoute malgré la distance, à ma voisine pour nos nombreux thés et cafés et merci à ma promotion pour ces cinq années passées ensemble.

Un grand merci à mes amies sans qui ces belles années n'auraient pas été les mêmes.

Pour finir, je remercie surtout Alice et Louise. La rédaction du mémoire aurait été bien plus triste sans mes deux acolytes du dimanche. Merci infiniment pour ce soutien quotidien.

RESUME

L'apparition du Covid-19 a bouleversé le monde en très peu de temps. Face à ce virus, le gouvernement français a pris des mesures sanitaires importantes. Les orthophonistes ont dû s'organiser. Ainsi, ce mémoire a pour but de faire un état des lieux des pratiques des orthophonistes suite à l'apparition du Covid-19 et des mesures sanitaires engendrées par celui-ci. Les orthophonistes respectent-ils les recommandations sanitaires ? Quelles sont les stratégies mises en place ?

Un premier questionnaire destiné aux orthophonistes regroupe 245 réponses. Il aborde plusieurs thèmes : l'organisation de la salle d'attente et du bureau, la prise en soin, la tenue vestimentaire, le port du masque, l'utilisation du plexiglass ® , l'utilisation du matériel de rééducation, la téléorthophonie, les observations des orthophonistes et la répercussion financière. Un deuxième questionnaire, destiné à des patients, regroupe 16 réponses. Plusieurs sujets sont abordés: le suivi orthophonique, le port de la blouse, l'utilisation du plexiglass ® et la téléorthophonie.

Une grande majorité des orthophonistes applique les recommandations sanitaires. Le port du masque et la désinfection des mains sont systématiques. Le port de la blouse est plus fréquent. L'utilisation du plexiglass ® et la désinfection des locaux sont variables. Le matériel de rééducation a été adapté, l'utilisation de support informatique ou feuilles papiers est plus systématique.

Mots clés : Orthophoniste - Analyse des pratiques professionnelles – Covid 19 - Adaptation- Masque- Désinfection- Blouse- Plexiglass ® - Téléorthophonie

ABSTRACT

The appearance of Covid-19 has changed the world in a very short time. In response to this virus, the French government took major health measures. Speech and language therapists had to get organised. The aim of this report is to take stock of the practices of speech and language therapists following the emergence of Covid-19 and the health measures it has generated. Are SLTs complying with the health recommendations? What strategies are in place?

An initial questionnaire for SLTs was completed with 245 responses. It covered a number of topics: organisation of the waiting room and office, care, dress code, use of masks, use of Plexiglas®, use of rehabilitation equipment, telecare, observations by speech and language therapists and financial impact. A second questionnaire, intended for patients, contains 16 responses. Several topics were covered: speech therapy follow-up, wearing of the gown, use of Plexiglass® and telecare.

A large majority of the speech therapists applied the health recommendations. Wearing a mask and disinfecting hands are systematic. The wearing of a gown is more frequent. The use of Plexiglass® and the disinfection of the premises were variable. The rehabilitation equipment has been adapted, the use of computer support or paper sheets is more systematic. Telecare has been widely used. Some observe a financial repercussion. Patients have become accustomed to these health measures, but the limits of these questionnaires must be taken into account.

Keywords : Speech and language therapist - Analysis of professional practices - Covid 19 - Adaptation - Mask - Disinfection - Gown - Plexiglass ® - Telecare

Table des matières

LISTE DES FIGURES.....	3
INTRODUCTION.....	4
CHAPITRE 1. CONTEXTE THEORIQUE, BUTS ET HYPOTHESES.....	4
1.1. L'orthophonie.....	4
1.2. L'orthophonie : les caractéristiques de la prise en charge en présentiel	5
1.3. Contexte sanitaire : la pandémie du Covid-19.....	6
1.4. Apparition du Covid-19 en France.....	7
1.5. L'organisation dans les cabinets libéraux et la mise en place des mesures sanitaires	9
1.6. Buts et hypothèses de l'étude.....	10
CHAPITRE 2. METHODOLOGIE ET METHODE	12
2.1. Création du questionnaire à destination des orthophonistes.....	12
1.1.1. Choix et présentation de la population	12
2.1.1. Elaboration des questions.....	12
2.1.2. Modalités de réponses	21
2.1.3. Diffusion du questionnaire	21
2.2. Création du questionnaire à destination des patients.....	22
1.1.2. Choix et présentation de la population	22
2.2.1. Elaboration des questions.....	22
2.2.2. Modalités de réponses	24
2.2.3. Diffusion du questionnaire	24
CHAPITRE 3. RESULTATS	25
3.1. Questionnaire à destination des orthophonistes.....	25
3.1.1. Profil des répondants.....	25
3.1.2. L'organisation de la salle d'attente	25
3.1.3. L'organisation du bureau	27

3.1.4.	Conséquences sur le nombre de prises en soin et les conséquences financières	28
3.1.5.	La tenue vestimentaire.....	29
3.1.6.	Le port du masque.....	30
3.1.7.	Conséquences de l'utilisation du plexiglass ®.....	31
3.1.8.	L'utilisation du matériel orthophonique	32
3.1.9.	L'utilisation de la téléorthophonie	33
3.1.10.	Ressentis.....	33
3.2.	Questionnaire à destination des patients	33
3.2.1.	Profil des répondants.....	33
3.2.2.	Suivi orthophonique et mesures sanitaires	34
3.2.3.	La téléorthophonie.....	34
CHAPITRE 4.	DISCUSSION	35
4.1.	Rappel des objectifs de l'étude et interprétation des résultats	35
4.1.1.	Organisation et désinfection des locaux	35
4.1.2.	Evolution de la tenue vestimentaire et du port du masque	36
4.1.3.	Adaptation du matériel, utilisation du plexiglass ® et téléorthophonie.....	38
4.1.4.	Conséquences financières, ressentis.....	40
4.2.	Critique méthodologique et limites de l'étude	41
4.2.1.	La construction des questionnaires.....	41
4.2.2.	Les limites de la représentativité.....	42
4.2.3.	Perspectives des futures pratiques professionnelles	44
CONCLUSION.....		45
BIBLIOGRAPHIE		46
ANNEXES.....		50
ANNEXE 1 :	Questionnaire à destination des orthophonistes extrait de Google Forms.....	50
ANNEXE 2 :	Tableaux des résultats du questionnaire destiné aux orthophonistes	62
ANNEXE 3 :	Questionnaire à destination des patients extrait de Google forms.....	70
ANNEXE 4 :	Tableau des résultats du questionnaire destiné aux patients.....	73

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des orthophonistes en fonction de leur durée d'exercice professionnel (n=245)

Figure 2 : Répartition des orthophonistes par lieu d'exercice (n=245)

Figure 3 : Répartition des orthophonistes mettant à disposition du gel hydroalcoolique (n=245)

Figure 4 : Fréquence de désinfection de la salle d'attente des orthophonistes (n=245)

Figure 5 : Répartition des orthophonistes concernant l'accès à la salle d'attente (n=245)

Figure 6 : Répartition des aidants et des parents dans la salle d'attente en pourcentage (%)

Figure 7 : Répartition des orthophonistes concernant les supports désinfectés (n=245)

Figure 8 : Fréquence de désinfection du bureau des orthophonistes (n=245)

Figure 9 : Avantages à porter une blouse blanche pour les orthophonistes (n=43)

Figure 10 : Raisons d'abandon du port de la blouse des orthophonistes (n=65)

Figure 11 : Stratégies alternatives des orthophonistes concernant la tenue vestimentaire (n=245)

Figure 12 : Répartition des masques utilisés par les orthophonistes (n=245)

Figure 13 : Raisons des changements des masques utilisés par les orthophonistes (n=245)

Figure 14 : Proportion des raisons ayant poussé les orthophonistes à enlever le plexiglass® (n=245)

Figure 15 : Proportion des conséquences de l'utilisation d'un plexiglass® pour les orthophonistes (n=311)

Figure 16 : Proportion des utilisations du matériel orthophonique (n=245)

Figure 17 : Incidence du port du masque sur la gêne occasionnée (n=16)

INTRODUCTION

Les années 2020 et 2021 sont deux années particulières pour la population mondiale. Le Covid-19, nouvelle souche de coronavirus, a entraîné de multiples conséquences. Cette pandémie a bouleversé de nombreuses habitudes personnelles et professionnelles au sein de la société. Ainsi, les orthophonistes ont dû s'adapter. Les mesures sanitaires mises en place ont, d'une part, modifié l'organisation du cabinet. D'autre part, elles ont changé les méthodes de travail au sein même de la prise en soin des patients. Ces profonds changements justifient que l'on s'intéresse aux ressentis des orthophonistes et aussi des patients. Pour toutes ces raisons, une étude descriptive a été menée. Elle vise à recueillir, à un instant précis, des informations concernant les pratiques professionnelles des orthophonistes. Dans une première partie, nous aborderons le contexte théorique avec l'histoire de l'orthophonie et ses particularités, puis l'apparition de la pandémie. Une deuxième partie explicite la démarche méthodologique et la création de deux questionnaires, l'un destiné aux orthophonistes, l'autre destiné aux patients. Par la suite nous analyserons les résultats recueillis. Enfin, la dernière partie de ce mémoire sera dédiée à une discussion autour des résultats obtenus et des critiques méthodologiques.

Chapitre 1. CONTEXTE THEORIQUE, BUTS ET HYPOTHESES

1.1. L'orthophonie

L'orthophonie est une discipline récente qui débute au XXème siècle après la 1ere Guerre Mondiale. Des centres de formation pour des thérapeutes du langage apparaissent petit à petit. En France, dès 1926, Suzanne Borel Maissonny débute des rééducations orthophoniques auprès d'enfants opérés de divisions palatines puis élargit son champ d'intervention à l'articulation et au bégaiement. En 1930, des cours de laryngologie et de phoniatrie sont créés.

En 1947, la Sécurité Sociale accepte de participer aux traitements du langage. Ce n'est qu'en 1955 que des cours sont donnés afin d'obtenir une attestation d'études en orthophonie. La profession a obtenu son statut légal par la loi du 10 juillet 1964 qui institue un diplôme national : le Certificat de Capacité d'Orthophonie.

En 1969, l'A.M.O (Acte Médical en Orthophonie) est créée. Puis, en 1974, la première convention nationale des orthophonistes est créée grâce au syndicat le plus représentatif : la F.N.O (Fédération Nationale des Orthophonistes).

En 1983, le premier décret précisant le champ de compétences des orthophonistes est dévoilé. En 2002, ce décret de compétences est modifié permettant aux orthophonistes d'établir le nombre de séances à effectuer après le bilan orthophonique (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2018). Celui-ci reste sous prescription médicale même si l'accès au soin en orthophonie peut être direct dans certains départements depuis peu (Bureau National des Orthophonistes, 2021). Ainsi, cette profession est une discipline récente qui ne cesse d'évoluer. En 2016, une nouvelle définition est inscrite dans l'article L4341-1 du Code de la Santé publique. Les domaines de compétences sont élargis. De plus, il est maintenant possible pour les orthophonistes, de prescrire certains dispositifs médicaux et de renouveler des séances (Arrêté du 30 mars 2017, 2017).

Nous comptons 26 984 orthophonistes au 1^{er} janvier 2020 selon la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2021). Les orthophonistes, qui se forment régulièrement, répercutent ces nouvelles données sur leurs pratiques. La Convention Nationale des Orthophonistes évolue progressivement avec l'apparition de nouveaux avenants.

1.2. L'orthophonie : les caractéristiques de la prise en charge en présentiel

Le champ des compétences de l'orthophoniste est large et diversifié. Depuis le début de l'orthophonie, la prise en soin se déroule en présence du patient étant donné que la pratique de la téléorthophonie n'était, jusqu'à présent, pas autorisée.

L'orthophoniste doit instaurer une approche personnalisée pour chaque patient. Cela permet de créer une base solide pour amener ces patients à devenir acteurs de leur rééducation. Il est nécessaire qu'ils trouvent un réel intérêt dans leur prise en soin pour obtenir, plus rapidement, des progrès. Ainsi, l'orthophoniste doit mettre en œuvre un cadre thérapeutique, nécessaire à la prise en soin du patient. Ce cadre constitue un espace de travail et un espace-temps consacrés au patient. De plus, il englobe aussi le lieu précis où se déroulent les bilans et les séances orthophoniques. L'environnement dans lequel se trouvent le thérapeute et le patient est important. La disposition en face à face influence la coopération entre les différents acteurs. La taille ainsi que la décoration de la pièce peuvent influencer favorablement ou défavorablement le travail au cours de la séance. Ce cadre thérapeutique va contribuer à un climat rassurant et constitue des repères pour le patient. (Dufournier, 2017)

Ce cadre thérapeutique, défini comme tel, s'applique à la prise en soin en présentiel. A ce cadre vient s'ajouter un contrat thérapeutique. Celui-ci est établi avec le patient permettant de recueillir son consentement et de définir des objectifs de la prise en soin. La relation entre le thérapeute et le patient doit être assez forte pour permettre une rééducation la plus efficace possible. De ce fait, les facteurs relationnels sont primordiaux. En effet, des sentiments apparaissent lors d'une nouvelle rencontre (peur, timidité...). Un rapport collaboratif consiste à passer d'une relation où les facteurs individuels sont prédominants à une relation où les deux protagonistes travaillent ensemble pour résoudre un problème. L'alliance thérapeutique est définie comme une collaboration entre le patient et l'orthophoniste et non pas uniquement comme une relation avec le patient (Dufournier, 2017). Ainsi, le cadre, le contrat thérapeutique et l'alliance thérapeutique ont évolué et ils ont dû être adaptés face aux mesures sanitaires imposées et face à l'émergence de la téléorthophonie.

1.3. Contexte sanitaire : la pandémie du Covid-19

En décembre 2019, des personnes ayant fréquenté le marché de Wuhan en Chine présentent une pneumonie d'étiologie inconnue d'origine virale. Fin décembre, ce lieu est considéré comme étant la source d'une nouvelle épidémie et il est fermé dès le lendemain. Une nouvelle souche de coronavirus est ainsi détectée. Le virus est d'abord appelé 2019-n COV puis renommé SARS-COV-2 par l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé). La maladie est appelée Covid-19. Mi-janvier 2020, en Thaïlande, le premier cas de Covid-19 à l'étranger est détecté. Des cas de Covid-19 sont identifiés sans que les personnes concernées n'aient fréquenté le marché de Wuhan. Au cours du mois de février 2020, des foyers épidémiques se développent progressivement à travers le monde.

Le principal mode de transmission est la voie aérienne, c'est-à-dire une transmission par des gouttelettes émises par les voies respiratoires des patients. Les éternuements ou la toux permettent la diffusion de ces gouttelettes et donc une transmission du virus. Il n'est pas obligatoire d'avoir des symptômes pour transmettre le virus. En effet, la transmission peut également se faire par des individus porteurs asymptomatiques, ce qui accélère les contaminations. Détecter rapidement ces cas est donc difficile sans la présence de symptômes (Devenne et al., 2020).

L'épidémiologie n'est pas connue précisément. Certains articles évoquent l'émergence de ce virus via un animal, le pangolin (Devenne et al., 2020), quand d'autres réfutent cette hypothèse (Parrochia, 2021).

Dès le 11 mars 2020, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) déclare l'état de pandémie mondiale. Le virus touche 75 871 personnes et cause la mort de 4635 d'entre elles dans le monde. En avril, le nombre de cas dépasse 1 million et touche 171 pays dans le monde.

En décembre 2020, le Royaume-Uni annonce avoir repéré une nouvelle souche préoccupante de coronavirus, le variant Alpha. En parallèle, le variant Bêta (appelé « Sud-Africain ») apparaît comme un variant préoccupant en décembre 2020. Le variant Delta prend le relais et devient lui aussi un variant préoccupant le 11 mai 2021 suivi du variant Omicron.

Avec l'apparition de nombreux variants et la vitesse fulgurante de la propagation des virus, la course aux vaccins commence. La Russie et la Chine sont les premiers pays à vacciner leur population avec leurs propres vaccins le 5 décembre 2020. Le 8 décembre 2020, c'est le Royaume-Uni qui démarre les vaccinations avec le vaccin AstraZeneca. Autour du 17 décembre, viennent les Etats-Unis, le Canada et les Emirats arabes unis. Le 27 décembre, les pays de l'Union Européenne démarrent leur campagne avec les vaccins Pfizer et Astra Zeneca. Ce n'est qu'en février 2021 que les premiers vaccins arrivent en Afrique (Lionnet, 2021).

Le monde est soudainement bouleversé par l'apparition du Covid-19, avec sa transmission rapide et ses conséquences sur la santé. Les nombreux variants apparus sont un frein à l'arrêt de cette pandémie, obligeant les autorités à adapter leurs mesures sanitaires en fonction des nouvelles données recueillies.

1.4. Apparition du Covid-19 en France

Le 24 janvier 2020, les premiers cas de Covid-19 sont détectés sur le territoire français. Dès le 30 janvier, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) déclare une urgence sanitaire publique internationale. En France, dès fin février 2020, les gouvernements organisent des réunions afin de suivre l'évolution de la pandémie. Celle-ci se propage rapidement et touche de plus en plus de personnes. Les hôpitaux s'organisent pour recevoir les patients en soin de réanimation. Le 17 mars 2020, la période de confinement commence, les écoles ferment et les salariés des entreprises sont amenés à rester chez eux. Une attestation doit être remplie à chaque sortie pour justifier d'un déplacement. Seuls certains motifs sont valables pour quitter son domicile. Le 24 mars, le gouvernement déclare l'état d'urgence sanitaire pour les deux prochains mois et un confinement plus strict commence (sauf pour les commerces essentiels et le personnel soignant). La loi 2020-290 rend officiel l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 10 juillet 2020. Le déconfinement commence le 11 mai et il se fait en plusieurs phases jusqu'au 2 juin (Ofstedal, 2021).

Le 14 octobre 2020, le Président de la République annonce la mise en place d'un couvre-feu de 21 heures à 6 heures du matin dans quelques agglomérations où l'incidence du virus est la plus forte. Les restrictions se font de nouveau progressivement, département par département. Malgré ces mesures, le deuxième confinement débute le 25 octobre et il est étendu jusqu'à la mi-décembre avec des couvre-feux et des restrictions instaurées. Puis des phases de déconfinement sont organisées progressivement.

A partir du 16 janvier 2021, la France passe du confinement à un couvre-feu national avancé à 18 heures. Dès janvier 2021, la vaccination est ouverte aux personnes considérées comme vulnérables puis aux professionnels soignants. Le Haut Conseil de la Santé Publique actualise en avril 2020 un avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19. Sont considérées comme personnes vulnérables : les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes avec des antécédents cardiovasculaires, les personnes diabétiques, des patients ayant une pathologie chronique respiratoire, les patients ayant une insuffisance rénale chronique dialysée, les malades atteints de cancer, les personnes présentant une obésité, les personnes avec une immunodépression congénitale, les malades atteints de cirrhose (au stade B), les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur et les femmes enceintes (au 3^{ème} trimestre de grossesse) (Haut Conseil de la Santé Publique, 2020).

En avril 2021, un troisième confinement de toute la France est annoncé. En mai, les premières étapes d'allègement débutent et finissent en juin. Dès août 2021, le « pass sanitaire » devient obligatoire pour certaines professions, lors de rassemblements et pour accéder à certains lieux. Il est nécessaire de présenter un justificatif de deux doses de vaccination ou un test PCR (Polymerase Chain Reaction) négatif de moins de 48 heures puis de moins de 24 heures. Depuis le 24 janvier 2022, le « pass vaccinal » est entré en vigueur. Il consiste en la présentation d'un certificat de vaccination, un certification de rétablissement ou un certificat de contre-indication à la vaccination. Le port du masque et le pass vaccinal ne sont plus exigés à compter du 14 mars 2022 sauf pour les établissements de santé.

Face à l'apparition du Covid-19, le gouvernement français a pris des mesures sanitaires importantes, impactant directement les conditions de vie de la population. Entre les confinements, les déconfinements, les couvre-feu, le télétravail ou encore l'obligation vaccinale, les français ont dû s'adapter quotidiennement, tant dans leur vie personnelle que dans leur vie professionnelle.

1.5. L'organisation dans les cabinets libéraux et la mise en place des mesures sanitaires

Lors du premier confinement, les orthophonistes sont incités à ne pas travailler. Lors des autres confinements, la téléorthophonie rendue possible et l'utilisation des mesures barrières permettent aux orthophonistes de continuer leur exercice professionnel.

L'organisation du cabinet évolue au fil des mesures sanitaires. La HAS (Haute Autorité de Santé) publie un document validé par le Collège le 19 novembre 2020 afin de récapituler et de prendre en compte tous les changements.

Tout d'abord le cabinet doit mettre à disposition une signalétique informative, un distributeur de solution hydroalcoolique, un distributeur de mouchoirs à usage unique, des poubelles équipées d'un sac, avec ou sans couvercle. La commande doit être à pied ou avec une ouverture automatique.

Le nombre de patients dans la salle d'attente doit être limité. Les places assises doivent être séparées d'au moins 2 mètres. Il est recommandé de limiter le nombre d'accompagnants à un seul. La salle d'attente ne doit plus contenir d'objets difficiles à désinfecter (magazines, livres, jeux..).

Dans le bureau, il est recommandé de mettre à disposition une solution hydroalcoolique pour les mains. Le matériel informatique doit être désinfecté ainsi que tout le matériel destiné à la rééducation (livres, jeux, feutres etc.). La ventilation naturelle est recommandée entre chaque patient.

Le port des gants à usage unique est indiqué s'il y a un risque d'exposition. Le lavage des mains doit être fréquent. Le port de bijoux et de vernis à ongles doit être supprimé afin que l'hygiène soit efficace.

Le port du masque est obligatoire quel que soit le lieu de soin. Le professionnel doit porter un masque chirurgical qu'il doit remplacer par un FFP2 s'il réalise, ou prévoit de réaliser, des gestes générant des aérosols, c'est-à-dire lors d'une intervention pouvant accroître le risque d'infection.

Il n'y a pas d'obligation du port de masque FFP2 pour les patients. Des masques chirurgicaux doivent être proposés aux patients s'ils ont en leur possession un masque en tissu ou s'ils n'ont pas de masque (Haute Autorité de Santé, 2020).

Ces recommandations sanitaires sont nouvelles, obligeant les orthophonistes à revoir leur fonctionnement au sein même de leur cabinet. Le port du masque, devenu obligatoire, est un facteur non négligeable dans les prises en soin. La désinfection régulière des objets et des surfaces est un nouveau paramètre à prendre en compte dans l'utilisation du matériel lors des séances notamment.

1.6. Buts et hypothèses de l'étude

Ce mémoire a pour but de faire un état des lieux des pratiques des orthophonistes suite à l'apparition du Covid-19 et des mesures sanitaires engendrées par celui-ci. En effet, ces mesures ont modifié les conditions de travail. Jusqu'alors, les orthophonistes ne portaient pas, entre autre, de masque pendant les séances et ils n'avaient pas de plexiglass ® sur leur bureau. Le matériel n'était pas méticuleusement désinfecté.

De plus, lors des bilans ou des séances de rééducation, les orthophonistes sont susceptibles d'accueillir les parents et les accompagnants des patients. La réduction du nombre de personnes autorisées à entrer dans les locaux a dû être prise en compte et cela a nécessité des adaptations.

Alors que la situation perdure depuis deux ans, certaines mesures sanitaires restent inchangées. En effet, le port du masque est toujours obligatoire aussi bien pour le professionnel que pour le patient. Les désinfections sont toujours d'actualité. Les mesures barrières sont maintenues afin de limiter la propagation du virus.

Ce mémoire tient à faire l'état des lieux des nouvelles organisations et habitudes des orthophonistes. Des stratégies ont vu le jour pour pallier les différentes contraintes liées au port du masque et à l'utilisation d'un plexiglass ® notamment. L'émergence de la téléorthophonie s'est également inscrite dans les nouvelles pratiques professionnelles.

Afin d'analyser ces pratiques, un questionnaire à destination des orthophonistes a été créé. Celui-ci reprend l'ensemble des mesures sanitaires mises en place. Lors de stages et grâce aux échanges avec les orthophonistes, il apparaît que l'utilisation du masque gêne la pratique professionnelle. La gestion du matériel diffère en fonction des orthophonistes et les mesures barrières semblent être moins bien appliquées au fil du temps. De plus, la désinfection des locaux semble être une contrainte non négligeable dans l'emploi du temps des orthophonistes et entraîne une perte financière.

Il est certes intéressant de sonder les orthophonistes mais les patients sont tout aussi impactés par ces changements. Ainsi, afin d'analyser ces nouvelles pratiques avec un point de vue différent, l'avis de patients semble être pertinent. Ils ont également répondu à un questionnaire. Le port du masque, le plexiglass ® et l'utilisation d'une blouse par l'orthophoniste peuvent impacter le comportement des patients et être dérangeants pour eux. Nos hypothèses principales sont les suivantes :

- Hypothèse 1 : Les orthophonistes respectent les mesures sanitaires obligatoires et recommandées.
- Hypothèse 2 : L'utilisation du masque est majoritaire mais elle gêne la pratique professionnelle.

- Hypothèse 3 : L'utilisation d'une blouse est plus fréquente pour les orthophonistes
- Hypothèse 4 : L'utilisation du matériel diffère entre les orthophonistes
- Hypothèse 5 : Les contraintes liées aux mesures sanitaires entraînent une perte financière
- Hypothèse 6 : Les patients sont gênés face aux mesures sanitaires

Les hypothèses formulées découlent des expériences sur différents lieux de stage et lors d'échanges avec les orthophonistes.

Chapitre 2. METHODOLOGIE ET METHODE

2.1. Création du questionnaire à destination des orthophonistes

1.1.1. Choix et présentation de la population

Le questionnaire est à destination des orthophonistes de toute la France métropolitaine et d'outre-mer. Afin d'observer les nouvelles pratiques professionnelles, ce questionnaire n'exclut aucun orthophoniste. Les questionnaires sont anonymisés, chacun peut alors s'exprimer librement. Les orthophonistes ont la possibilité de revenir sur leurs réponses et de laisser leurs adresses mails afin d'obtenir les résultats de cette étude. Ce questionnaire, diffusé entre le 26 septembre 2021 et le 23 octobre 2021, a recueilli 245 réponses, ce qui correspond à 1% des orthophonistes de France.

2.1.1. Elaboration des questions

D'après Bouletreau et al. (2016), les hypothèses générales de l'enquête et les objectifs doivent être définis avant l'élaboration du questionnaire. Ainsi, pour chaque question, des références y sont associées. Le vocabulaire employé doit être précis et ne doit pas influencer les réponses. Les questions doivent être élaborées de manière à ce qu'elles soient cohérentes les unes avec les autres ou entre elles. Elles doivent également suivre une progression. Les questions débutant par « à votre avis », « selon vous », se traduisent par une hésitation des répondants, c'est pourquoi, aucune question ne démarre avec cette formulation dans ce questionnaire (Bouletreau et al., 2016). Celui-ci a été pensé de manière à couvrir plusieurs domaines. En effet, toute l'organisation des cabinets libéraux et la prise en soin des patients ont dû être revues suite aux annonces gouvernementales.

Pour ne pas provoquer une lassitude et un abandon du questionnaire, « la démission », les questions ont été créées afin d'aborder de nombreux sujets pour obtenir des tendances générales sur le plus de sujets possibles. De plus, les questions varient en fonction des réponses données. En effet, après certaines questions, des précisions sont demandées pour approfondir certaines notions. De ce fait, une personne n'étant pas concernée par la première question ne le sera pas pour les autres qui en découlent.

Par ailleurs, certains sujets n'ont pas été abordés tels que la vaccination qui est un sujet récent et sensible. Par la suite, avec plus de recul sur cette crise sanitaire et ses conséquences, un mémoire

orthophonique pourrait s'appuyer sur les premiers résultats de cette étude et développer certains points précis.

Ce questionnaire a été réalisé sur le support Google Forms, il est accessible via un lien internet uniquement. L'annexe 1 permet d'y avoir accès en format papier.

2.1.1.1. Profil des répondants

Les personnes pouvant répondre au questionnaire sont des orthophonistes en exercice. Ils peuvent travailler en libéral, être salariés ou en exercice mixte. En effet, en fonction du lieu d'exercice, les mesures mises en place sont susceptibles de varier et les habitudes peuvent être différentes. La durée d'exercice est un facteur intéressant. En effet, les jeunes diplômés qui, pour certains, ont fait leur dernier stage de fin d'études avec les mesures sanitaires ont potentiellement davantage l'habitude de mettre en pratique ces conditions de travail. Ce questionnaire regroupe 89% d'orthophonistes travaillant en libéral, 6% en salariat et 5% ont une activité mixte.

2.1.1.2. Organisation de la salle d'attente : désinfection, réorganisation, présence/ absence des patients et aidants

En exercice libéral, la salle d'attente est sous la responsabilité de l'orthophoniste (Bétrancourt, 2013). Ainsi, la responsabilité de l'orthophoniste est engagée si des négligences sont observées. Les mesures sanitaires et les gestes barrières doivent s'appliquer au sein de la salle d'attente. D'après les recommandations de la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes) :

- L'utilisation de la salle d'attente doit être évitée dans la mesure du possible.
- L'utilisation d'un gel antiseptique pour le lavage des mains ou un lavabo avec du savon doivent être proposés avant chaque séance.
- Les chaises doivent être espacées.
- Les accompagnants sont invités à rester à l'extérieur et une seule personne est autorisée à entrer.
- La désinfection doit être effectuée régulièrement, après chaque patient de préférence.
- Il est important de supprimer les journaux, les jouets et tout autre objet non facilement désinfectable (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2020).

De ce fait, il semble pertinent de récolter des données concernant le fonctionnement des orthophonistes en s'appuyant sur ces recommandations. Dans le questionnaire, une question porte sur la présence ou non des magazines, jeux, livres dans la salle d'attente. La présence ou l'absence de gel hydroalcoolique ou de lavabo est aussi évoquée. La suppression des chaises dans la salle d'attente est demandée. Nous

cherchons à savoir qui est autorisé à entrer dans les locaux : les parents et/ ou les aidants (Annexe 1). En conséquence, l'orthophoniste peut être confronté à des difficultés supplémentaires pour impliquer les aidants dans la prise en soin orthophonique.

La fréquence de désinfection de la salle d'attente est observée afin de mesurer si les recommandations sont appliquées. Nous supposons que toutes les recommandations sont correctement suivies par les orthophonistes.

Dans cette rubrique, chaque question contient une réponse libre, afin d'analyser au plus près les pratiques en cours.

2.1.1.3. Organisation du bureau : modification du bureau, désinfection du mobilier et fréquence de désinfection

Le bureau est principalement un lieu où se déroulent les séances d'orthophonie. Lui aussi a dû être aménagé. Ainsi, l'objectif ici est d'analyser si l'organisation du bureau a changé ou non, ou si des changements ont été opérés au début, mais plus actuellement. Une question ouverte est posée à savoir si le bureau a subi des modifications et s'il est revenu, ou non, à son état initial d'avant la pandémie.

De plus, la fréquence de désinfection du matériel est abordée. Nous savons que la désinfection des objets touchés par le patient est recommandée (bureau, chaise, poignée de porte...) (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2020). Nous supposons que le bureau a été modifié en grande partie par les orthophonistes et que le matériel est rigoureusement adapté et/ou désinfecté régulièrement.

Des réponses libres sont proposées afin de permettre aux orthophonistes de mentionner ce qui correspond à leurs habitudes.

2.1.1.4. Répercussion sur le nombre de prise en soin, répercussion financière

La désinfection des locaux peut prendre un laps de temps non négligeable à la fin de la journée, surtout si elle est rigoureusement identique aux réglementations que la HAS préconise (Haute Autorité de Santé). En effet, généralement un patient est pris en soin toutes les 30 minutes. Idéalement, il faudrait désinfecter le mobilier entre chaque patient, soit toutes les 30 minutes. Sur une journée cela représente beaucoup de temps. Ainsi, les orthophonistes ont hypothétiquement dû réduire leur nombre de patients. La conséquence d'une diminution du nombre de patients se répercute potentiellement sur un aspect financier. Il convient de vérifier s'il y a une perte financière depuis la crise du covid pour les orthophonistes.

De plus, les listes d'attente des orthophonistes étant déjà très conséquentes, cette diminution du nombre de patients pris en soin les rallonge d'autant plus.

2.1.1.5. *Prise en soin : accueil des parents/aidants au sein de la rééducation*

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, les accompagnateurs sont invités à attendre dehors ou, à défaut, une seule personne est autorisée à entrer dans les locaux. L'accompagnement des parents en séance permet à l'orthophoniste de présenter des exercices à reprendre régulièrement, de montrer certaines techniques mais aussi de faire participer le parent. L'alliance thérapeutique en est plus forte et permet d'instaurer entre eux une bonne collaboration. Un travail implicite est aussi réalisé afin d'entraîner le parent de manière indirecte (Gamot & Ravez, 2015).

De ce fait, la présence des parents ou des aidants en séance est un appui pour les orthophonistes. Celle-ci permet d'obtenir, dans certains cas, des progrès plus rapidement. De plus, un transfert et une généralisation des techniques de prise en soin en dehors du bureau de l'orthophoniste s'avèrent moins difficiles avec la présence des aidants et/ou des parents. Sans cette présence, les progrès peuvent être moins visibles et la rééducation peut être plus longue. Les conseils donnés par l'orthophoniste aux aidants s'avèrent être primordiaux dans certains cas. Sans ces échanges, améliorer la qualité de vie des patients au quotidien semble être compromis.

Ainsi, ce questionnaire aborde la présence ou non des aidants et des parents aux séances de rééducation. Afin d'évaluer uniquement la répercussion de la crise sanitaire, il est nécessaire de prendre en compte les habitudes des orthophonistes avant cette crise et de savoir s'ils avaient l'habitude de prendre, ou non, les parents et les aidants en séances. S'ils n'en prenaient pas auparavant alors ils ne sont pas concernés par cette question pour éviter un biais dans l'analyse des réponses. L'objectif est de faire apparaître de potentiels changements de la prise en soin des patients suite aux mesures sanitaires imposées et de mesurer l'impact concernant la progression des patients. Nous supposons que les parents et aidants sont moins intégrés aux séances et que les progrès sont moins visibles depuis l'application des mesures sanitaires.

2.1.1.6. *Tenue vestimentaire : port d'une blouse, degré de mesures barrières en fonction de la pathologie*

Le port de la blouse blanche peut occasionner un phénomène d'hypertension. La définition de la peur de la blouse blanche n'est pas uniforme dans la littérature. Elle est généralement définie comme l'élévation de la pression artérielle à l'hôpital (ou autre lieu de soin) en comparaison d'une pression artérielle normale à la maison chez ces patients. Elle est associée à une augmentation de la fréquence cardiaque en réponse à la présence du médecin ou de l'infirmière. La prévalence des adultes concernés se situe entre 11 et 57% et celle des enfants à 47% (Jurko et al., 2016).

La relation thérapeutique entre le médecin et le patient permet de diminuer l'anxiété attribuée au port de la blouse blanche. L'augmentation de la pression artérielle est ainsi limitée. L'expertise des médecins les plus formés dans ce domaine a permis de réduire la détresse émotionnelle des patients en posant des questions visant à faire émerger d'autres préoccupations, ce qui permet de diminuer l'anxiété. Améliorer les échanges d'informations peut être une voie importante pour réduire l'anxiété et la peur de la blouse blanche. (Haskard-Zolnierek et al., 2015)

Des études ont suggéré que 36 à 59 % des patients préféreraient que les médecins portent des blouses blanches pour faciliter leur identification. D'autres études suggèrent que l'habillement du médecin n'est pas en corrélation avec la courtoisie, l'intérêt ou le professionnalisme du clinicien. Une différence est observée entre le point de vue du médecin et celui des patients en matière de code vestimentaire. Les patients préfèrent que les médecins s'habillent de façon formelle tandis que les médecins préféreraient une tenue sans blouse blanche pour les consultations cliniques (Tiang et al., 2017).

Il n'y a actuellement pas d'études concernant la peur du port de la blouse blanche pour les orthophonistes. Ainsi, le port de blouse est abordé dans ce questionnaire. L'objectif ici est d'analyser la proportion des orthophonistes portant une blouse et de comprendre les raisons de ceux ne voulant plus la porter. Nous supposons que les orthophonistes portent la blouse beaucoup plus souvent qu'auparavant.

« L'encloded cognition » est une idée suivant laquelle les vêtements que nous portons influenceraient les processus psychologiques des porteurs mais également la manière dont nous interagissons. Porter un certain vêtement déclenche l'activation de certains concepts. Ainsi, le port de la blouse identifiée à celle d'un soignant influencerait les réponses émotionnelles et les comportements du porteur de la blouse. Il y aurait davantage de comportements altruistes et de préoccupations empathiques, c'est-à-dire une meilleure aptitude à comprendre et à vivre les états émotionnels des autres. Le port de la blouse chez les soignants intervenant auprès des personnes âgées augmenterait la pression artérielle et les performances mnésiques seraient plus faibles, l'anxiété plus grande. Certaines expériences ont montré que l'abandon de la blouse blanche améliore l'autonomie ainsi que la qualité de vie de certains résidents d'Ephad. (Vangramberen, 2020).

Le port de la blouse n'est donc pas sans conséquence. Ainsi, les orthophonistes en libéral portaient généralement peu de blouse avant la crise sanitaire. Ce questionnaire tend à analyser les nouvelles pratiques du port de la blouse et si des changements dans l'alliance thérapeutique sont observés depuis le port de la blouse.

De plus, il vise à analyser si des degrés de protection sont mis en place en fonction de la pathologie rencontrée ou de l'âge du patient, avec l'ajout d'une charlotte, sur-chaussures, etc. Nous supposons que plus le patient est à risque, plus le niveau de protection augmente.

2.1.1.7. *Port du masque : de quel type, à quelle fréquence, avec quels patients*

Plusieurs types de masque existent : les masques chirurgicaux, les masques FFP2, les masques en tissu, les masques transparents. Les visières peuvent également être un moyen de protection face au risque d'exposition de projection de gouttelettes.

Les masques fonctionnent comme un filtre acoustique pour la parole atténuant les hautes fréquences (2000-7000Hz) prononcées par le porteur de 3 à 4 dB pour un masque chirurgical et près de 12dB pour les masques FFP2 de types N95 (Goldin et al., 2020). D'autres études montrent que le masque chirurgical atténue les fréquences de 4dB tout comme le masque FFP2 (de type KN95). Le masque FFP2 (de type N95) atténue au maximum de 6dB (M.Corey et al., 2020).

L'efficacité des masques en tissu pour bloquer les gouttelettes dépend du matériau utilisé, du tissage et du nombre de couches. Les masques à 3 couches seraient aussi performants que les masques chirurgicaux. Les masques en tissu de type coton et en tissu uni présenteraient de meilleures performances acoustiques et ils seraient comparables au masque chirurgical. En plus d'une perte de fréquence, ces deux masques bloquent les repères visuels contribuant à l'intelligibilité de la parole. Les masques en tissu ne sont pas autorisés en séance d'orthophonie. Ainsi, ils ne sont pas abordés dans le questionnaire.

Les masques transparents bloquent le son d'environ 8 dB. Ils nuisent aux repères sonores cruciaux pour la parole. Cependant, l'utilisation de ces masques améliore l'intelligibilité pour les auditeurs présentant une perte auditive sévère à profonde par rapport aux masques opaques. En effet, la transparence permet la lecture labiale. Celle-ci est « un procédé permettant de comprendre ce que dit une autre personne en tenant compte d'indications visuelles telles que les mouvements des muscles faciaux, des lèvres, des mains et du corps en général » (Borel & Dodier, 2013). Pour les personnes atteintes de surdité, la lecture labiale permet de compléter les informations auditives avec des informations visuelles. La compréhension du message parlé est donc optimisée.

L'atténuation acoustique est plus forte à l'avant pour tous les masques (chirurgical, transparent, FFP2, visière et tissu). La déviation de l'énergie sonore va vers l'arrière. Les masques chirurgicaux offrent les meilleures performances acoustiques parmi tous les masques testés. Les visières et les masques avec des fenêtres ont des performances acoustiques beaucoup plus mauvaises que les masques en tissu opaque (M.Corey et al., 2020).

La qualité de la parole est dégradée. Dans le bruit de la pièce, la parole peut devenir inintelligible pour les personnes souffrant d'une perte auditive. Or, avec l'âge, les compétences auditives diminuent. Le patient ne peut obtenir des repères visuels avec des masques opaques et la voix du locuteur est atténuée voire déformée (Goldin et al., 2020).

Ainsi, pour préserver les repères visuels sans détruire les repères sonores à haute fréquence, les orateurs peuvent porter des masques à fenêtre transparente et des microphones à revers afin d'aider les personnes malentendantes ou non (M.Corey et al., 2020).

La communication est altérée avec le port du masque. Actuellement, peu de recherches se tournent vers d'éventuelles répercussions du port du masque sur le développement du langage. La capacité du personnel de santé à communiquer avec les patients peut nuire aux interventions thérapeutiques au vu des potentielles difficultés pour se faire comprendre. Les conséquences sont multiples, aussi bien pour le porteur du masque que pour le destinataire. En effet, le locuteur peut ressentir des changements sur sa propre voix et le destinataire peut ne pas comprendre l'intégralité du message (Marler & Ditton, 2020).

Les recherches concernant les effets du port du masque à long terme pour les enfants sont peu nombreuses. Une étude a révélé que les enfants (entre 4 et 10 ans) préféreraient être soignés par des médecins portant des écrans faciaux plutôt que des masques chirurgicaux. De plus, cette étude a montré que la majorité des soignants présente des difficultés à interagir avec les enfants et que les enfants craignent davantage les cliniciens avec un masque. Les cliniciens trouvent qu'évaluer et traiter un enfant avec un masque s'avère plus difficile (Shack et al., 2020).

Ainsi, le questionnaire aborde ici le port du masque. Tout d'abord nous analysons la fréquence du port du masque, s'il est porté systématiquement ou non et si son port varie en fonction des pathologies et/ou des patients. S'il est porté, nous analysons l'utilisation des différents masques. S'il n'a jamais été porté, nous cherchons à comprendre pourquoi. S'il a été porté mais enlevé, nous en recherchons également les causes. Nous supposons que le port du masque est systématiquement adopté. Plus précisément, le masque chirurgical serait, quant à lui, porté le plus souvent par les orthophonistes.

2.1.1.8. *Utilisation du plexiglass ®*

La mise en place d'un plexiglass ® sur le bureau est recommandée. Il peut permettre de se protéger des projections salivaires des patients mais il ne dispense pas du port du masque. Il est également conseillé de le désinfecter régulièrement. Il est généralement positionné sur le bureau entre le patient et le professionnel de santé. Il engendre une barrière physique entre les deux et peut impacter

la mise en place des séances. En effet, le matériel utilisé en orthophonie nécessite parfois de la place sur le bureau. Le plexiglass ® peut s'avérer être une contrainte pour la mise en place des activités proposées. Ainsi, nous cherchons ici à analyser si son utilisation est généralisée ou s'il est parfois enlevé. Certaines adaptations ont pu voir le jour. Le plexiglass ® peut devenir un support utile à la rééducation pour coller ou dessiner dessus. Ainsi, nous analyserons si ce support reste gênant dans la pratique quotidienne ou s'il est devenu habituel. Nous supposons que ce support est majoritairement utilisé et qu'il a été adapté pour être utile quotidiennement.

2.1.1.9. *Utilisation du matériel*

La FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes) a fait paraître des recommandations quant à l'utilisation du matériel pour les orthophonistes. Les patients doivent toucher un minimum d'éléments. Concernant l'utilisation des livres, il est conseillé qu'une seule personne les manipule. Il est préférable de faire des photocopies ou de désinfecter des pages plastifiées. Pour le matériel de rééducation, il est recommandé d'utiliser des jouets lavables aux surfaces lisses. Il est important de réduire ou de supprimer les jouets difficiles à entretenir ou ceux ayant des surfaces non nettoyables (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2020).

Le questionnaire à destination des orthophonistes aborde l'utilisation de leurs matériels. L'objectif ici est d'analyser si des changements ont été faits. En effet, les réglementations poussent à changer des supports habituels. L'utilisation de support informatique est potentiellement plus fréquente. Les impressions en format papier peuvent aussi être plus importantes. De plus, il se peut également que certains matériels soient mis en quarantaine et que des roulements soient mis en place. Plus globalement, certains supports sont potentiellement bannis et aujourd'hui ne sont plus utilisés car ils ne peuvent pas se soumettre aux désinfections régulières. Si de nouvelles stratégies ou de nouvelles organisations sont mises en place, les orthophonistes peuvent ressentir une surcharge de travail. En effet, cela les oblige à réfléchir bien en amont concernant l'utilisation de leur matériel et générer donc un travail quotidien plus conséquent. Nous supposons que l'utilisation du matériel a été largement modifiée. Certains supports seraient bannis et la manipulation des objets serait réduite.

2.1.1.10. *Télésoin, téléorthophonie*

Le télésoin par définition, « permet à un auxiliaire médical ou à un pharmacien de prendre en charge un patient et de le suivre à distance grâce aux technologies de l'information et de la communication » (*Le télésoin - Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022*)
Nous parlons en orthophonie du télésoin pour « l'acte réalisé à distance en vidéo-transmission entre un

orthophoniste exerçant une activité libérale conventionnée ou dans une structure conventionnée et un patient ». (Arrêté du 13 avril 2021 portant approbation de l'avenant no 17 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996, 2021). La téléorthophonie entre dans un cadre de la réhabilitation car elle concerne le télésoin dans un but rééducatif. Elle s'inspire d'un modèle canadien où ce système existe depuis longtemps. L'efficacité de ces prises en charge a été démontrée grâce à des études menées au Canada et aux Etats-Unis. De plus, des retours positifs sont observés.

Jusqu'à présent, en France, la pratique du télésoin en orthophonie n'était pas inscrite dans le cadre législatif de la pratique de l'orthophonie. Suite au Covid-19 et à la crise sanitaire, la FNO en lien avec le ministère de la Santé et la caisse Nationale d'Assurance maladie a permis d'inscrire dans l'arrêté du 25 mars 2020 une autorisation jusqu'au 15 avril 2020 d'exercer la téléorthophonie dans le cadre de la situation d'urgence sanitaire (Inzee.care, 2020).

L'avenant 17 de la convention nationale des orthophonistes a été signé le 13 avril 2021 permettant de faire perdurer le télésoin en orthophonie. L'objectif est de faciliter l'accès aux soins sous certaines conditions. Tous les patients peuvent en bénéficier à condition qu'ils soient connus par l'orthophoniste. Ainsi, le bilan initial ne peut pas être réalisé en télésoin. De plus, les orthophonistes ne peuvent pas exercer exclusivement à distance, cela doit représenter au maximum 20% de l'activité. La facturation de l'acte exercé en télésoin est identique à l'A.M.O utilisé pour une séance en présence du patient.

De ce fait, cette pratique est récente et nouvelle pour les orthophonistes. Dans l'élaboration du questionnaire de ce mémoire, une partie est consacrée à l'utilisation ou non de cette pratique. L'objectif est de connaître si les orthophonistes utilisent cette méthode et avec quels types de patients. De plus, après le 1^{er} confinement, les orthophonistes ont pu exercer en présentiel. Ainsi, nous analyserons si la pratique du télésoin est encore d'actualité. Nous supposons que la majorité des orthophonistes a eu recours à la téléorthophonie pendant les premiers mois et qu'au moment du questionnaire, cette pratique a diminué.

2.1.1.11. *Ressentis, observations des orthophonistes*

Les recherches concernant les conséquences de la mise en place de gestes barrières suite au Covid-19 sont en cours. Le sujet étant récent, les conséquences à long terme sont difficiles à quantifier. Cependant, il est possible d'observer qualitativement les impressions des orthophonistes sur leurs prises en soin depuis la crise sanitaire au Covid-19.

Ainsi, ce questionnaire interroge les orthophonistes quant aux progrès de leurs patients, d'une part, avec la nouvelle gestion du matériel, et d'autre part avec l'émergence de la téléorthophonie. Les résultats de ces prises en charge peuvent être moins probants ou au contraire montrer qu'il n'y a pas d'impact sur l'efficacité de la prise en soin. Nous supposons que la prise en soin a perdu de son efficacité suite à la mise en place de la téléorthophonie.

De plus, avec le port du masque obligatoire dans les écoles et les confinements, il semble intéressant d'analyser si les demandes de prises en soin concernant certains troubles ont augmenté ou non. D'après la dernière revue de littérature menée par l'UNADREO (Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie), le port du masque n'entraverait pas le développement du langage chez les enfants présentant un neurodéveloppement typique. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer les impacts du port du masque sur les enfants à besoins particuliers (Fédération Nationale des Orthophonistes et al., 2022).

2.1.2. Modalités de réponses

En fonction des questions, les réponses peuvent être à choix unique ou à choix multiples. De plus, afin que ce mémoire soit le plus complet possible, certaines questions contiennent une réponse avec des choix « autres ». Ainsi, les orthophonistes n'ayant pas trouvé de réponses adaptées à leur situation peuvent écrire librement et faire part de leurs modes de fonctionnement. Ce choix a été réfléchi afin de pouvoir analyser toutes les adaptations et tous les points de vue possibles. En effet, les réponses proposées ont été faites par le biais des expériences de stage et de mes directrices de mémoire ainsi qu'avec l'aide de quelques orthophonistes. Cela représente une petite part des orthophonistes et donc pas toutes les modalités possibles.

2.1.3. Diffusion du questionnaire

Ce questionnaire a été diffusé via certains syndicats régionaux de la FNO par mail. De plus, il a été transmis par des réseaux sociaux tels que des groupes Facebook (mémoire orthophonie, télésoin et orthophonie, orthophonistes d'Auvergne). Il a également été diffusé à mes maîtres de stage souhaitant y répondre.

2.2. Création du questionnaire à destination des patients

1.1.2. Choix et présentation de la population

Ce questionnaire est à destination des patients actuellement suivis en orthophonie (Annexe 3). Ils peuvent avoir été pris en charge avant le premier confinement mais aussi plus récemment. Les enfants peuvent y répondre avec l'aide de leurs parents ou de leur orthophoniste. Les adultes peuvent répondre à ce questionnaire à condition que leur compréhension écrite et/ ou orale soit suffisante et que leur expression orale soit peu altérée. L'orthophoniste est libre de choisir à qui il peut le faire passer et à qui le donner. Le questionnaire a été rempli par 16 patients entre le 9 décembre 2021 et le 4 janvier 2022.

2.2.1. Elaboration des questions

Ce questionnaire à destination des patients est court et succinct. En effet, l'objectif est d'avoir un échantillon de ce que les patients peuvent penser des mesures barrières lors des séances en orthophonie. Il permet d'avoir un point de vue différent de celui des orthophonistes. Celui-ci a été réalisé via Google Forms et retranscrit en format papier (Annexe 3).

2.2.1.1. *Suivi orthophonique*

Afin de différencier les patients et d'ajuster les bonnes questions, la première question porte sur le fait qu'ils aient ou non suivi des séances orthophoniques avant le premier confinement. En effet, ceux n'ayant commencé qu'après connaissent uniquement les séances avec les gestes barrières. Ainsi, il leur est demandé s'ils préféreraient effectuer les séances avec ou sans masque. Nous supposons que les patients aimeraient l'enlever.

En revanche, ceux ayant déjà effectué des séances avant le premier confinement pourront s'exprimer sur un potentiel changement entre les séances avec et sans les gestes barrières. Nous supposons qu'ils observent une réelle différence et que leurs progrès sont moins importants.

L'objectif est d'analyser si les patients ont les mêmes ressentis face à toutes ces mesures sanitaires, que les ressentis des orthophonistes.

2.2.1.2. *Ressentis des patients*

Une question aborde le port du masque. Il est demandé aux patients si leur propre masque et celui des orthophonistes les gênent pendant la séance. En effet, on suppose que le port du masque

entraîne des difficultés de communication pour les patients en fonction de leurs pathologies. Les masques quels qu'ils soient, étouffent les fréquences de la voix et les masques opaques ne permettent pas le recours à la lecture labiale. Les conditions semblent, sur le papier, être moins propices à une bonne communication. Plus largement, nous demandons aux patients s'il est plus difficile de communiquer avec le masque. Nous émettons l'hypothèse que le port des différents masques les gêne pendant leur séance.

2.2.1.3. Port de la blouse

Afin de revenir sur le port de la blouse et de recueillir les avis des patients, une question aborde ce thème. En effet l'objectif est de savoir si le port de la blouse les gêne ou non. Si tel est le cas, l'anxiété est peut-être une des causes. Ils peuvent ne pas répondre si l'orthophoniste n'en porte pas.

On sait que les avis divergent entre professionnels et patients concernant le port de la blouse et des effets que cela peut engendrer. Nous supposons ici que les patients préfèrent les orthophonistes sans blouse.

2.2.1.4. Utilisation du plexiglass ®

Les patients peuvent réagir quant à l'utilisation du plexiglass ® ou non. Ils peuvent choisir d'indiquer s'ils préféreraient l'enlever ou non. En effet, celui-ci peut être gênant pour les patients surtout pour participer aux activités proposées. Il peut également être une barrière intimidante. Nous supposons qu'il n'est pas apprécié par les patients.

2.2.1.5. La téléorthophonie

Afin de différencier les expériences des patients, deux voies de réponses sont possibles :

- Ils ont effectué des séances de téléorthophonie
- Ils n'ont pas effectué de séance de téléorthophonie

Suite à cela, ils peuvent indiquer leur avis concernant cette pratique. Ils peuvent indiquer leur préférence entre les séances en présentiel ou en téléorthophonie. S'ils n'ont jamais réalisé de séance en téléorthophonie, ils indiquent s'ils aimeraient essayer ou non. Nous supposons que ceux ayant utilisé la téléorthophonie préfèrent les séances en présentiel. Pour les autres, nous supposons qu'ils n'aimeraient pas forcément essayer ce format.

2.2.2. Modalités de réponses

Les réponses sont à choix unique ou à choix multiples en fonction des questions. Certaines d'entre elles sont plus ouvertes, permettant aux patients de renseigner ce qu'ils pensent plus précisément quand aucune réponse donnée ne leur convient. De ce fait, les réponses renseignées permettent d'obtenir de plus larges données afin de les analyser plus précisément.

2.2.3. Diffusion du questionnaire

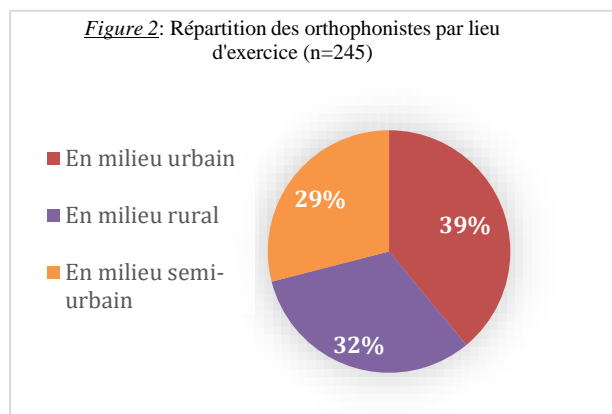
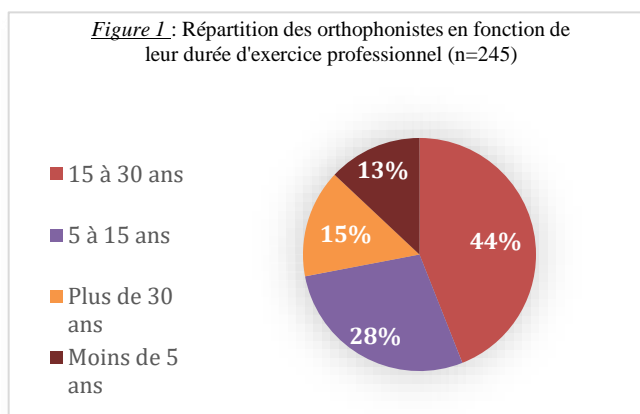
Ce questionnaire a été adressé à des orthophonistes souhaitant le diffuser à leurs patients. De plus, les stages effectués lors de ma 5^{ème} année ont permis de contacter facilement des patients souhaitant y répondre. Il est accessible via un lien internet.

Chapitre 3. RESULTATS

3.1. Questionnaire à destination des orthophonistes

3.1.1. Profil des répondants

245 orthophonistes ont répondu à ce questionnaire (n=245). Sur cet effectif total, la majorité (89%) travaille en libéral, 14% sont salariés et 5% ont une activité mixte.



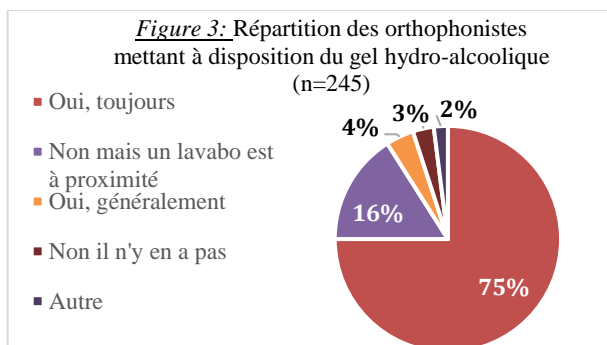
La moitié des répondants a entre 15 et 30 ans d'exercice professionnel (44%) et travaille en milieu urbain (39%). 28% des orthophonistes ont entre 5 et 15 ans d'expérience et 32% travaillent en milieu rural. (Figure 1 et 2).

3.1.2. L'organisation de la salle d'attente

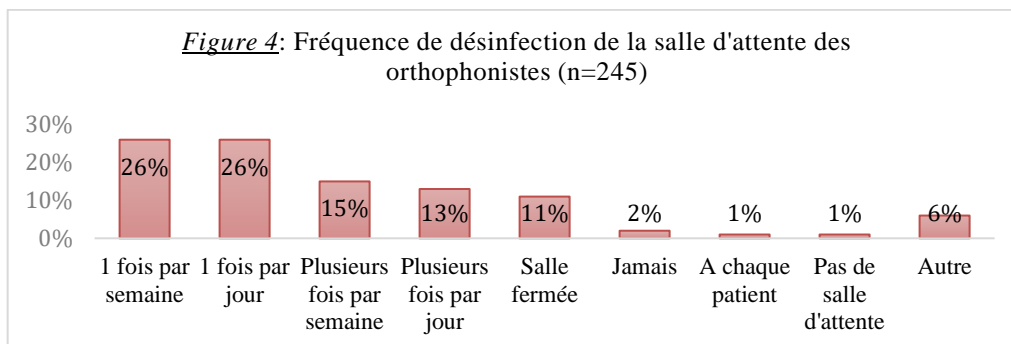
Dans la salle d'attente, la majorité des orthophonistes (81%) a pris la décision d'enlever les éléments non indispensables (magazines, jeux pour enfants etc.). 7% ont pris ces mesures sanitaires au début mais ne les appliquent plus. Seulement 2% ont réduit le nombre d'éléments mais n'ont pas tout enlevé. 6% ont, quant à eux, fermé leur salle d'attente.

Pour la moitié des orthophonistes (53%), le nombre de chaises est réduit depuis l'apparition des mesures sanitaires. Pour 18% ces mesures ont été appliquées mais ne le sont plus actuellement. Pour ¼ des orthophonistes, le nombre de chaises n'a pas été réduit (Annexe 2-Tableau 3).

Fréquence de désinfection de la salle d'attente et matériel désinfecté

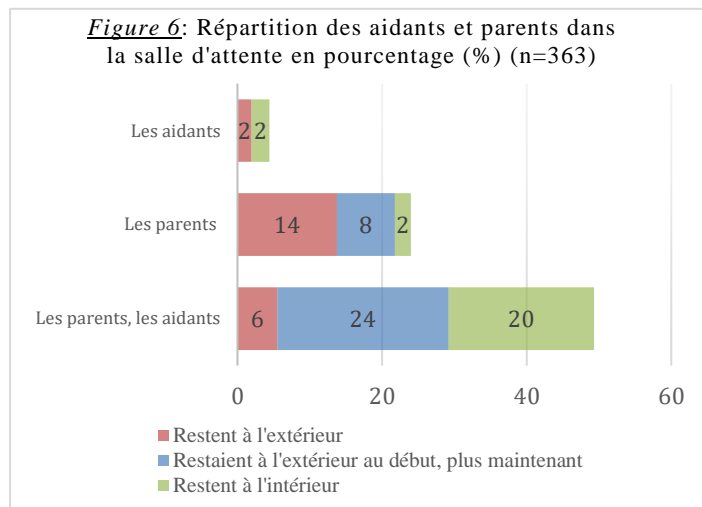
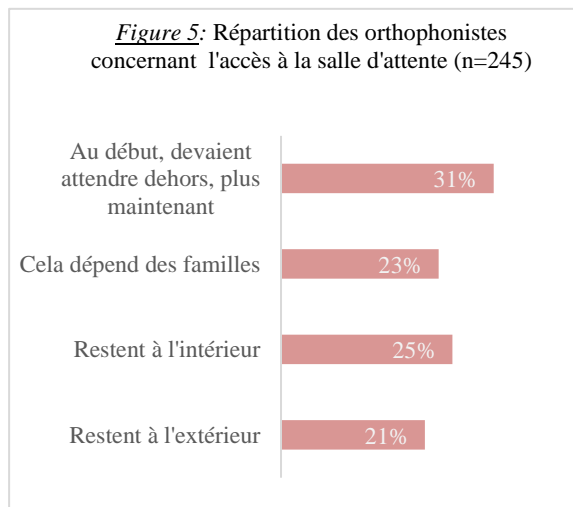


L'utilisation d'un moyen de désinfection pour les mains est largement répandue dans les salles d'attente des orthophonistes. Cependant, 2% des orthophonistes ont répondu « autre ». Ils précisent, par exemple, que le lavage des mains est obligatoire et il est fait sous surveillance en rentrant dans le cabinet. Parfois, le patient peut choisir lui-même sa préférence entre le lavage des mains et l'utilisation d'un gel hydroalcoolique. L'orthophoniste distribue et contrôle le dosage du gel quand celui-ci n'est pas laissé en libre-service aux patients (Figure 3).



La fréquence de désinfection de la salle d'attente est très variable. 1/3 des orthophonistes désinfecte une fois par semaine et 1/3 désinfecte une fois par jour. Certains désinfectent plusieurs fois par semaine ou plusieurs fois par jour. Dans la catégorie « autre », quelques orthophonistes précisent que la désinfection est faite par un agent de nettoyage ou par les patients eux-mêmes, en leur laissant des produits de désinfection. La fréquence de désinfection peut varier en fonction du nombre de personnes présentes dans la salle d'attente (Figure 4).

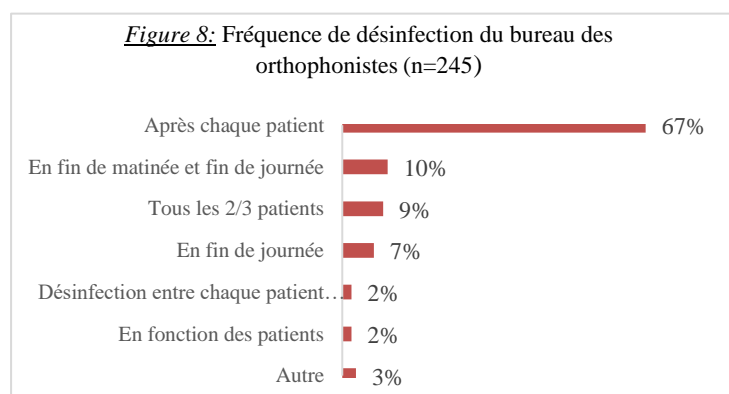
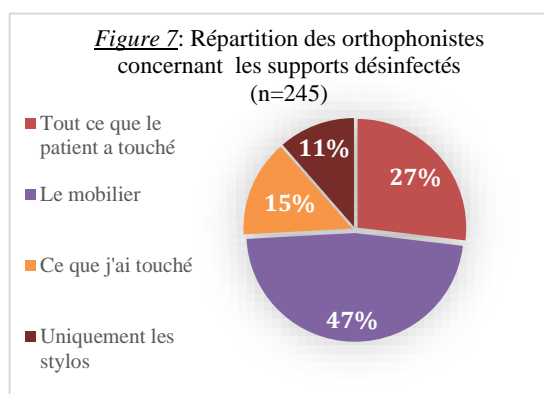
Accès à la salle d'attente :



Les résultats recueillis sont hétérogènes : 31% des orthophonistes demandaient aux aidants et aux parents d'attendre dehors au début de la crise mais ils peuvent maintenant attendre à l'intérieur. 21% des orthophonistes demandent aux personnes d'attendre dehors (Figure 5). Sur un total de 363 items cochés, la majorité des orthophonistes ne différencie pas les parents des aidants. Ces deux groupes suivent les mêmes règles. Quand une distinction est faite entre ces deux populations, on observe que les parents sont susceptibles d'attendre plus souvent dehors que les aidants (Figure 6).

3.1.3. L'organisation du bureau

Dans le bureau de l'orthophoniste, près de la moitié (44%) a condamné des espaces tels que l'accès aux livres et jeux en libre-service. Pour 46% ces mesures ont été prises au début mais ne sont plus d'actualité, le bureau est à nouveau comme avant (Annexe 2- Tableau 5).



Les orthophonistes désinfectent avant tout le mobilier et ce que le patient a touché durant la séance (Figure 7). Dans le bureau, la fréquence de désinfection varie selon les orthophonistes. Plus de

la moitié des orthophonistes (67%) désinfecte le matériel après chaque patient (Figure 8). Dans les réponses « autre », certains précisent qu'aucune désinfection n'est effectuée. D'aucuns ajoutent qu'ils désinfectent leur bureau à chaque passage mais la chaise n'est, quant à elle, désinfectée qu'à la mi-journée. Des distinctions sont faites au sein même des objets et/ ou matériels à désinfecter.

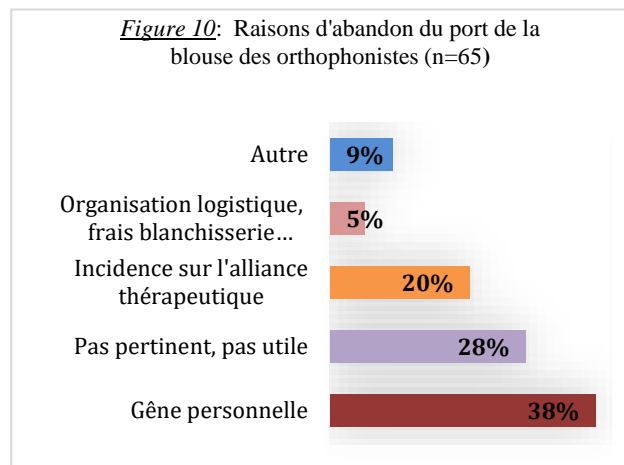
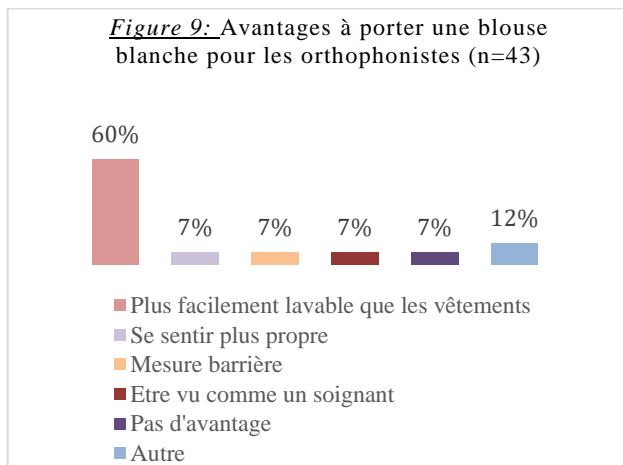
211 orthophonistes avaient l'habitude de recevoir les aidants et les parents en séance avant la crise sanitaire, quand cela était possible, et en fonction de la pathologie du patient. Sur ces 211 orthophonistes, 28% ne prennent plus l'entourage du patient au sein des séances. Les raisons évoquées sont, pour la majorité, des raisons sanitaires, un bureau non adapté et/ou pas assez spacieux (Annexe 2- Tableau 5).

3.1.4. Conséquences sur le nombre de prises en soin et les conséquences financières

La majorité des orthophonistes (63%) n'observe pas de répercussions sur la fréquence des prises en soin suite à la mise en place des mesures sanitaires (Annexe 2- tableau 5). Dans les réponses « autre », certains précisent que cela dépend des pathologies : avec des enfants présentant un handicap, les objets touchés seront plus souvent désinfectés. En effet, les objets sont susceptibles d'être plus souvent portés à la bouche et le risque de bavage peut être plus important. De plus, certains trouvent des stratégies alternatives pour éviter une perte de temps : le produit de désinfection est mis en raccompagnant le patient ou pendant qu'il s'habille. Le produit agit le temps de raccompagner le patient et de prendre le suivant. Une certaine habitude et des automatismes sont observés : « cela prend 2 minutes, alors qu'auparavant cela prenait plus de temps ». Certains prenaient 15 minutes de battement entre chaque patient au début de la crise mais plus maintenant.

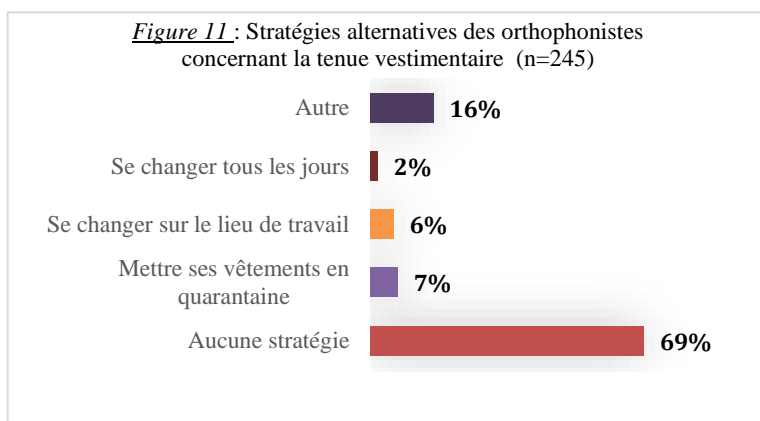
Pour plus de la moitié des orthophonistes (59%), les journées restent les mêmes et ne sont pas plus chargées qu'auparavant. Cependant, 13% observent une réduction du nombre de patients sur une journée et plus d'1/3 considère que les journées sont plus chargées (Annexe 2- Tableau 5). 36% des orthophonistes observent une répercussion d'un point de vue financier (Annexe 2-Tableau 5).

3.1.5. La tenue vestimentaire



La quasi-totalité des orthophonistes (96%) ne portait pas de blouse avant la crise sanitaire, seuls 4% en portaient une. Actuellement 17% portent toujours une blouse (Annexe 2-Tableau 6). La majorité des orthophonistes (60%) indique que le port de la blouse est plus avantageux en terme d'entretien (Figure 9). Des orthophonistes précisent que le port de cette tenue entraîne un respect plus important des patients. Les rendez-vous sont mieux honorés et les annulations plus souvent anticipées.

Les orthophonistes, ayant abandonné le port de la blouse, sont au nombre de 65. Ce qui représente 1/4 des orthophonistes ayant répondu à ce questionnaire. Les raisons de cet abandon sont multiples. Plus d'1/4 estime que l'utilisation d'une blouse n'est pas pertinente et plus d'1/3 ne la porte plus à cause d'une gêne personnelle. 20% s'accordent à dire qu'il y a une incidence sur l'alliance thérapeutique (Figure 10).

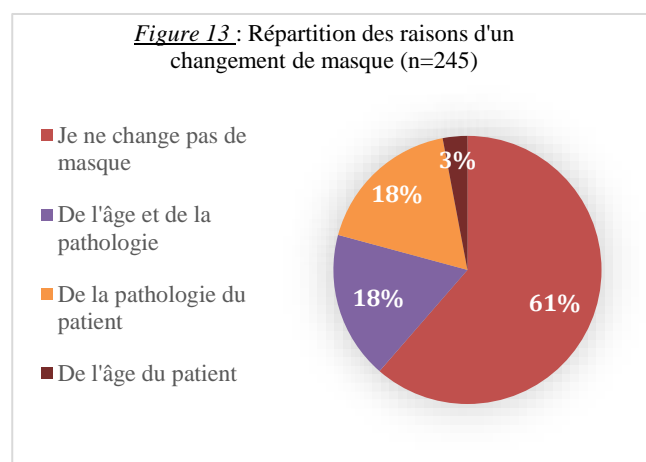
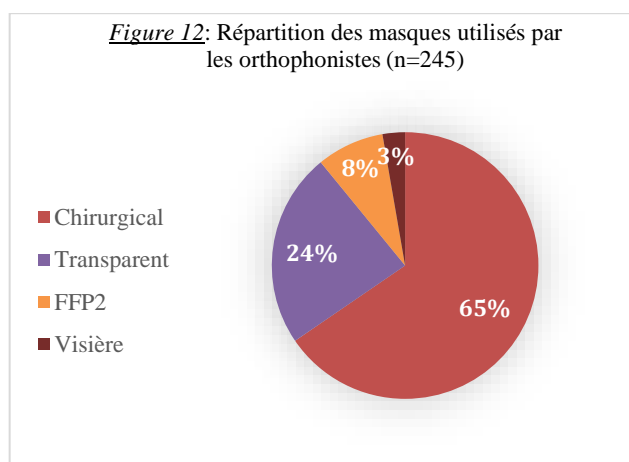


Une très grande majorité (69%) n'utilise pas d'autres stratégies ou autres modes de fonctionnement. Certains se changent sur le lieu de travail ou mettent leurs vêtements en quarantaine. Cependant, 16% indiquent avoir un autre mode de fonctionnement : une aération beaucoup plus

fréquente, une utilisation de différentes blouses pour les visites à domicile ou en établissements de soin, la mise en place d'un hygiaphone et l'utilisation d'une douche sur le lieu de travail (Figure 11). La majorité des orthophonistes (72%) n'adapte pas son niveau de protection en fonction de l'âge et de la pathologie du patient. 19% utilisent davantage de mesures barrières si le patient est fragile (Annexe 2-Tableau 6).

3.1.6. Le port du masque

Environ $\frac{3}{4}$ des orthophonistes (72%) portent systématiquement un masque, 26% l'enlèvent avec certaines pathologies/patients. 2% ne le portent plus (Annexe 2 – Tableau 7).



La majorité des orthophonistes porte un masque chirurgical (Figure 12). Certains orthophonistes changent de masque en fonction de la pathologie du patient (18%), de l'âge du patient (3%) et des deux réunis (18%) (Figure 13).

Pour les orthophonistes qui changent de masque en fonction de la pathologie du patient, le masque transparent est majoritairement utilisé pour les troubles du langage oral. Le masque chirurgical est utilisé pour tous les autres troubles.

Le masque FFP2 est utilisé pour les troubles de la déglutition, les troubles de l'oralité et la cancérologie principalement. La visière est le moyen le moins utilisé.

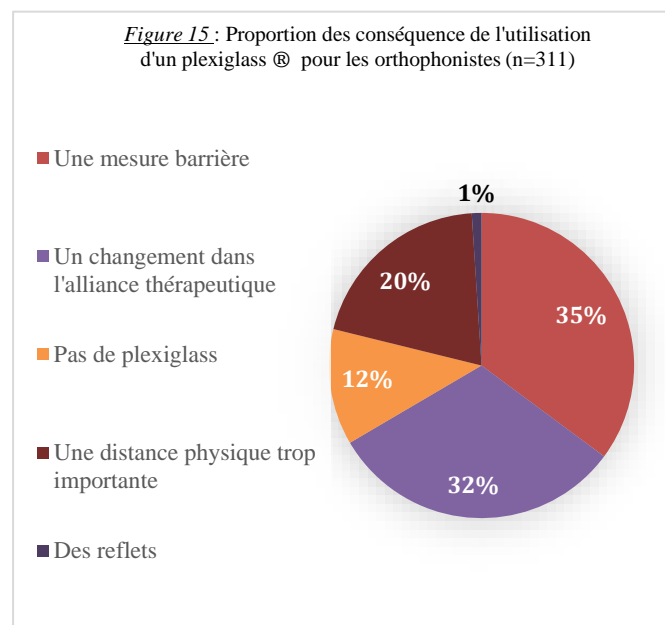
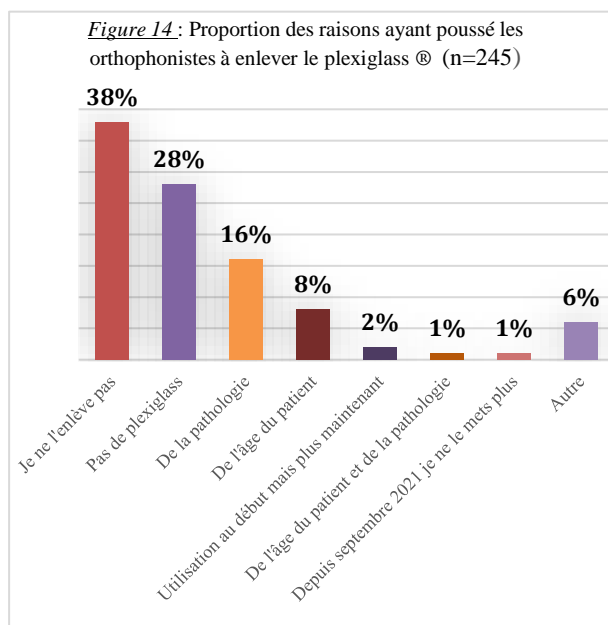
Pour les troubles de la voix, aucune tendance n'est observée. Le masque transparent, le masque chirurgical, la visière et le masque FFP2 peuvent tous être utilisés (Annexe 2_ Figure A)

Pour les orthophonistes qui changent de masque en fonction de la pathologie et de l'âge du patient, on retrouve les mêmes résultats. En effet, pour les troubles du langage oral le masque chirurgical n'est pas utilisé, l'utilisation du masque transparent est préféré. Concernant les troubles de la déglutition, le masque transparent et la visière sont favorisés. Pour les troubles de l'oralité et les

troubles de la fluence, le masque chirurgical est majoritairement porté. Le masque chirurgical est privilégié avec les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Pour les enfants entre 0 et 12 ans le masque chirurgical est porté mais est remplacé par un transparent si besoin (Annexe 2- Figures B et C).

Pour les orthophonistes qui changent de masque uniquement en fonction de l'âge du patient, le masque chirurgical est utilisé avec les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Pour les enfants, le masque chirurgical peut laisser place au masque transparent si besoin (Annexe 2- Figure D).

3.1.7. Conséquences de l'utilisation du plexiglass ®



Moins de la moitié des orthophonistes utilise toujours un plexiglass ® (43%), 31% n'en utilisent jamais et 26% le mettent ou non en fonction des patients (Figure 14). 2% ne l'utilisent plus. Dans les réponses libres des orthophonistes, certains évoquent le fait que le bureau soit trop petit pour utiliser un plexiglass ®. Il peut être enlevé quand l'orthophoniste porte un masque ou lors de bilans. Un coin du bureau peut être aménagé sans plexiglass ®.

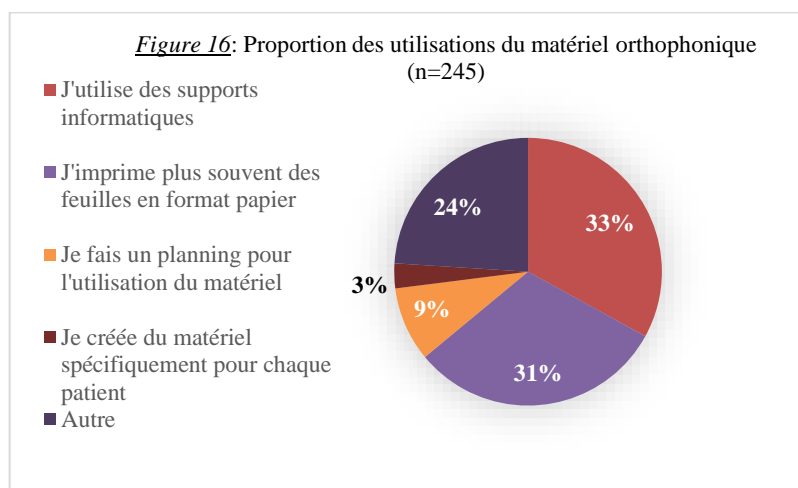
Le plexiglass ® est vu comme une mesure barrière pour 35% des orthophonistes. De plus, pour 20%, le plexiglass ® entraîne une distance physique trop importante avec le patient et 32% voient un changement dans l'alliance thérapeutique avec le patient (Figure 15).

Les reflets et le revêtement du plexiglass ® sont souvent évoqués comme étant désagréables. De plus, son utilisation est également vue comme inutile car gêne les mouvements et est très contraignant. D'autres se sont habitués à sa présence et ne le voient même plus.

Pour plus de la moitié des orthophonistes, ce support est décrit comme étant gênant (55%). Pour 36% ce support est utile. Dans la catégorie « autre », les orthophonistes expliquent que ce support permet aux patients de ne pas oublier les gestes barrières, d'autres sont plus mitigés. En effet, d'une part le plexiglass ® permet de se sentir protégé des gouttelettes mais d'autre part, il crée une limitation des mouvements. Parfois, il est vu comme très handicapant mais il est décrit comme étant rentré dans les habitudes et peut être utile comme support de rééducation.

3.1.8. L'utilisation du matériel orthophonique

La moitié des orthophonistes (52%) a banni certains supports et plus de la moitié (59%) a changé l'utilisation de son matériel en séances (Annexe 2- Tableau 11).



1/3 des orthophonistes utilise davantage des supports informatiques et des feuilles en format papier. Un planning pour l'utilisation du matériel a également vu le jour. Dans la catégorie « autre », nous retrouvons diverses utilisations. Certains orthophonistes effectuent des copies de plusieurs jeux et les plastifient pour pouvoir les désinfecter. Les jeux peuvent être mis en quarantaine. Le recours au crayon et au papier a été beaucoup plus utilisé ces derniers temps. Des orthophonistes indiquent manipuler les jeux de plateau à la place de l'enfant. Celui-ci s'occupe plutôt du lancer de dés. La pâte à modeler a, quant à elle, été définitivement bannie, tout comme certains jeux ne pouvant être désinfectés. Certains privilégient les jeux seuls comme le jeu de l'oie. L'utilisation « normale » des jeux est de nouveau possible précisent certains orthophonistes.

Pour plus de la moitié des orthophonistes ayant changé la manière d'utiliser leur matériel, les mesures sanitaires imposées ont engendré une surcharge de travail. Pour 10%, ces changements impactent l'efficacité des prises en soin (Annexe 2- Tableau 11).

3.1.9. L'utilisation de la téléorthophonie

Pour 88% des orthophonistes, la pratique du télésoin n'était pas envisagée avant la crise sanitaire. La téléorthophonie a été pratiquée pour les $\frac{3}{4}$.

Pour plus de la moitié des orthophonistes (60%), les séances en télésoin nécessitent davantage de préparation. Certains d'entre eux précisent que les premières séances demandaient beaucoup de préparation mais qu'avec l'habitude, ce n'est plus le cas. D'aucuns parlent d'un « autre métier » car il faut se constituer un matériel approprié, la pratique est épuisante et les relations avec les patients sont différentes. La mise en place de la téléorthophonie a également été impossible pour certains orthophonistes du fait du matériel informatique et des compétences personnelles trop limitées dans ce domaine.

Pour la moitié des orthophonistes, le télésoin est évité et le présentiel privilégié. 27% y ont recours s'il n'y a pas d'autres possibilités. $\frac{1}{4}$ des orthophonistes l'utilise avec certains patients (Annexe 2-Tableau 12).

3.1.10. Ressentis

Depuis les mesures sanitaires mises en place par les orthophonistes et la pratique de la téléorthophonie, pour la moitié des orthophonistes, les progrès des patients ne sont pas impactés. Certains observent cependant que la pratique orthophonique fait face à de nombreux freins notamment pour les troubles du langage oral et pour les très jeunes enfants.

31% des orthophonistes observent un nombre d'appels plus important concernant les troubles du langage oral. Certains précisent que les difficultés attentionnelles sont plus nombreuses, tout comme les demandes de prise en soin du bégaiement. Les listes d'attentes sont tellement longues qu'il est parfois difficile pour les orthophonistes de se rendre compte si ces listes sont allongées ou non.

Pour 18% des orthophonistes, des patients avec d'anciens troubles redemandent à être pris en soin. Cependant pour 77% aucune différence n'est visible (Annexe 2- Tableau 13).

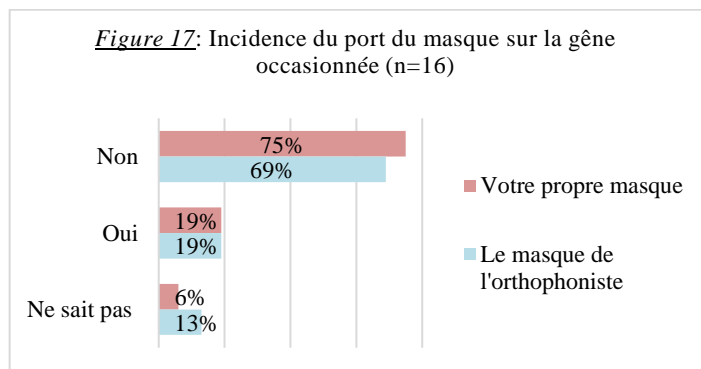
3.2. Questionnaire à destination des patients

3.2.1. Profil des répondants

Ce questionnaire a été rempli par 16 patients (n=16). 69% ont entre 10 et 20 ans, 25% ont plus de 25 ans et 6% ont moins de 10 ans. Pour la majorité d'entre eux (69%), le suivi orthophonique n'a débuté qu'après le 1^{er} confinement (Annexe 4-Tableau 1).

3.2.2. Suivi orthophonique et mesures sanitaires

Sur les patients ayant été pris en soin avant le 1^{er} confinement, 69% n'observent pas de changements entre les séances précédant et suivant la mise en place des mesures sanitaires.



Pour les 3/4, le port de leur masque ne les gêne pas pendant leur séance. Plus de la majorité n'est pas dérangée par le port du masque de l'orthophoniste. Cependant, 19% émettent une gêne quant à l'utilisation du masque par l'orthophoniste. 64% préféreraient faire les séances d'orthophonie sans le masque. La communication avec le masque est plus difficile pour 63% des patients.

La majorité des patients interrogés (88%) est suivi par un orthophoniste ne portant pas de blouse. Quand le professionnel en porte une, 6% sont gênés et souhaiteraient qu'il la retire.

94% des patients n'ont pas de plexiglass ® lors des séances. 6% aimeraient l'enlever quand celui-ci est présent (Annexe 4-Tableau 2).

3.2.3. La téléorthophonie

Plus des ¾ des répondants (81%) n'ont pas réalisé de séances en téléorthophonie mais pour 31% d'entre eux, ils aimeraient essayer. 19% ont suivi des séances via le télésoin. Pour une très grande majorité (67%), les séances en présentiel sont préférées (Annexe 4-Tableau 3).

Chapitre 4. DISCUSSION

4.1. Rappel des objectifs de l'étude et interprétation des résultats

L'apparition du Covid-19 a engendré des mesures sanitaires nouvelles et inédites. Ainsi, les orthophonistes ont dû adapter leur pratique professionnelle. Des stratégies ont vu le jour pour pallier les différentes contraintes liées au port du masque et à l'utilisation d'un plexiglass ® notamment. La téléorthophonie s'est également inscrite dans les nouvelles pratiques professionnelles. Nous avons supposé que les recommandations et les obligations concernant les mesures sanitaires ont été largement appliquées par les orthophonistes. Les résultats précédents valident certaines hypothèses et en réfutent d'autres. En effet, les pratiques et les adaptations mises en place sont très diversifiées. Cette discussion permet d'explicitier les principaux résultats. Certains ne seront donc pas abordés. Les limites de cette étude seront, quant à elles, traitées.

4.1.1. Organisation et désinfection des locaux

D'après les recommandations de la Fédération Nationale des Orthophonistes, la salle d'attente doit être évitée et l'utilisation d'un gel antiseptique ou lavabo doit être systématiquement proposée, les accompagnants sont invités à rester à l'extérieur. La désinfection doit être effectuée régulièrement. De plus, les objets non facilement désinfectables doivent être supprimés.

Notre hypothèse première est d'affirmer que les orthophonistes appliquent toutes ces mesures en grande majorité. Notre hypothèse n'est pas vérifiée intégralement. Si certaines mesures sont largement appliquées, d'autres le sont moins. En effet, l'accès à la salle d'attente est encore possible pour beaucoup. Nous observons également un relâchement, les aidants et parents sont de nouveau autorisés à entrer dans la salle d'attente. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène. En effet, lors du questionnaire, le taux de contamination est en baisse. De plus, l'arrivée du froid et de la saison hivernale ont pu contraindre les orthophonistes à ouvrir de nouveau leur salle d'attente afin de laisser un certain confort aux accompagnants.

La fréquence de désinfection est très hétérogène. 26% désinfectent 1 fois par semaine tout comme 26% désinfectent 1 fois par jour. Seulement 11% désinfectent entre chaque patient. La désinfection régulière de la salle d'attente reste donc minoritaire. Nous pouvons supposer que désinfecter la salle d'attente prend du temps et que cela est trop chronophage pour les orthophonistes. L'intérêt porté à cette mesure semble être assez faible chez ces professionnels.

Cependant, l'utilisation d'un moyen de désinfection est largement présente. Nous pouvons supposer que le gel hydroalcoolique est facile et rapide d'utilisation. De plus, ce moyen étant présent dans tous les établissements recevant du public, les patients ont l'habitude de s'en servir quotidiennement. Ainsi, il demande peu de temps et il devient un indispensable, aussi bien pour les professionnels, que pour les patients. Le lavage des mains a également été mentionné et tout aussi bien utilisé. Il permet d'être moins agressif et parfois il est vu comme étant plus agréable d'utilisation.

Les objets non facilement désinfectables ne sont plus disponibles dans la salle d'attente pour la majorité des orthophonistes. Cependant, certains orthophonistes ont préféré remettre leur salle d'attente dans leur version initiale, sans l'éviction de certains objets. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que les orthophonistes n'aient pas trouvé un réel intérêt à limiter l'accès à certains objets. Dans le bureau de l'orthophoniste, la désinfection du mobilier et du matériel touchés par les patients est recommandée. La majorité des orthophonistes applique ces mesures (67%). Ces professionnels se sont adaptés très vite et ils adoptent les mesures sanitaires rapidement. Pourtant, ce n'est que depuis 2013, lors du passage des études de 4 à 5 ans qu'une unité d'enseignement est dédiée à l'infectiologie dans les différents centres de formation en orthophonie (Décret n°2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophonie, 2013). Les professionnels ayant effectué leurs études en 5 ans sont peu nombreux. Ils représentent 13% des répondants aux questionnaires. En effet, les premiers diplômés en 5 ans ont terminé leurs études en 2018 et n'ont que 3 ans d'expérience au moment du questionnaire. Ainsi, il apparaît important de souligner la grande adaptabilité de ces professionnels et du respect, en grande majorité, des recommandations émises.

4.1.2. Evolution de la tenue vestimentaire et du port du masque

Les orthophonistes portent davantage la blouse blanche depuis la crise sanitaire (4% avant la crise, 17% au moment du questionnaire). Même si ces professionnels restent minoritaires, nous observons une augmentation de cette utilisation, plus hygiénique pour certains. Notre troisième hypothèse « l'utilisation d'une blouse est plus fréquente pour les orthophonistes » est vérifiée. Nombreux ont répondu, dans les réponses libres, que le port de la blouse entraîne « une image de soignant ». Les patients considèreraient mieux les professionnels en étant plus assidus à l'heure des rendez-vous et en prévenant plus systématiquement en cas d'absence. Cela ne concerne donc pas les orthophonistes ayant une obligation hiérarchique de porter une blouse.

Ces conséquences peuvent rejoindre la notion de « l'enclothed cognition ». Pour rappel, ce concept tend à dire que les vêtements que nous portons influenceraient les processus psychologiques et la manière dont nous nous comportons. Le fait de porter une blouse peut donc agir sur les comportements des orthophonistes. Il se pourrait qu'une certaine rigueur émane de cette tenue, tout comme des comportements plus altruistes (Vangramberen, 2020).

Si cet aspect positif du port de la blouse est souligné, d'autres avis s'y opposent. En effet, certains orthophonistes observent un changement dans l'alliance thérapeutique suite au port de la blouse. Ainsi, ces orthophonistes ont abandonné la blouse préférant une tenue vestimentaire moins formelle. Cela rejoint l'avis des médecins préférant eux aussi l'abandon de la blouse blanche (Tiang et al., 2017). Concernant les patients, 6% ont un orthophoniste portant une blouse. Ces patients sont tous gênés par le port de ce vêtement. Notre sixième hypothèse « les patients sont gênés face aux mesures sanitaires » est en partie vérifiée. Des études plus poussées et plus précises seraient intéressantes afin de mesurer l'impact du port de la blouse sur les patients pris en soin par les orthophonistes.

Les orthophonistes et les patients ont un point de vue identique concernant le port de la blouse. L'habit non formel est préféré. Ces résultats vont à l'encontre des patients de médecin, qui eux, sembleraient préférer le port de la blouse (Tiang et al., 2017).

La majorité des orthophonistes n'adapte pas leur niveau de protection en fonction de l'âge et de la pathologie du patient. Nous pouvons supposer que les mesures déjà prises leur semblent être suffisamment protectrices vis-à-vis des populations plus à risques. Cependant, 19% utilisent davantage de mesures barrières. Les orthophonistes sont donc vigilants quant aux maintiens des mesures sanitaires et barrières.

Le port du masque était difficilement envisageable auparavant pour les orthophonistes. En effet, entre la perte de décibels et l'opacité des masques, la communication est davantage altérée avec le port du masque. Rappelons que l'orthophonie « s'attache aux dimensions plurielles du concept de langage, comme moyen d'expression, d'interaction et d'accès à la symbolisation dans toutes ses dimensions » (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2019). Ainsi, en orthophonie, la communication est essentielle aussi bien pour les patients ayant des difficultés de communication que pour le thérapeute. Seulement 2% des orthophonistes ne portent plus de masque. La très grande majorité continue d'en porter. Le masque chirurgical est le plus utilisé (61%).

Certains orthophonistes retirent complètement leur masque si besoin. Cette action indique que le port du masque peut être un frein à la rééducation et que d'autres alternatives n'ont pas été trouvées par les professionnels pour pallier ces difficultés. Notre quatrième hypothèse « l'utilisation du masque

est majoritaire mais elle gêne la pratique professionnelle » est vérifiée. Les orthophonistes font preuve d'adaptation, ils changent de masque en fonction des pathologies et/ou de l'âge du patient. Le masque transparent est utilisé pour les troubles du langage oral. En effet, cette utilisation semble pertinente notamment dans des exercices où la bouche de l'orthophoniste doit être visible pour servir de modèle.

De plus, l'utilisation d'un masque FFP2 est privilégiée pour les troubles de la déglutition, les troubles de l'oralité et la cancérologie. Effectivement, les patients risquent de retirer leur masque pour réaliser certains exercices. Evaluer la déglutition ne peut pas se faire avec un masque. Ainsi, il paraît important de noter que les orthophonistes prennent en compte les risques supplémentaires et ils se protègent davantage. Cependant, les orthophonistes font peu de différences en fonction de l'âge du patient exclusivement. Le masque chirurgical prédomine aussi bien pour les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Nous aurions pu supposer que le masque FFP2 soit porté plus souvent pour les personnes âgées afin de les protéger davantage. Nous supposons qu'il est plus difficile de s'approvisionner en masque FFP2. Ce masque est également plus difficile à tolérer.

Pour les $\frac{3}{4}$ des patients, le port de leur masque ne les gêne pas. Pour la majorité, le port du masque de l'orthophoniste n'est pas contraignant. Notre hypothèse concernant la gêne que peuvent éprouver les patients, face aux mesures sanitaires, n'est pas vérifiée. Ces résultats peuvent sembler être étonnants en sachant que plus de la moitié des patients préféreraient effectuer les séances sans masque. Ces chiffres peuvent s'expliquer par la durée plutôt courte d'une séance d'orthophonie qui n'est que de 30 à 45 min. Ainsi, les patients sont au courant qu'avant et après la séance ils pourront quitter leur masque. De plus, une habitude a sans doute été prise étant donné que le port du masque, au moment du questionnaire, est obligatoire dans tous les lieux publics, y compris dans les écoles, les collèges et les lycées.

Le port de la blouse est peu présent pour les orthophonistes mais nous en observons une augmentation. Le port du masque est quant à lui, très bien respecté malgré les difficultés que cela implique, surtout dans un métier de communication. Les patients sont peu impactés par les mesures sanitaires.

4.1.3. Adaptation du matériel, utilisation du plexiglass ® et téléorthophonie

Le plexiglass ® est généralement placé sur le bureau, entre le patient et le professionnel de santé. Nous avons supposé que les orthophonistes avaient en grande majorité mis en place ce dispositif recommandé. Or, la majorité n'utilise pas systématiquement de plexiglass ® (67%). En effet, les résultats recueillis montrent que le plexiglass ® est vu comme une barrière physique trop importante

avec le patient et qu'il provoque un changement dans l'alliance thérapeutique. Les reflets du plexiglass[®] sont susceptibles de distraire les patients. Les séances en orthophonie peuvent se pratiquer aussi bien sur un bureau que sur des tables basses, pour les plus petits. De plus, l'utilisation de toute la pièce peut parfois s'avérer nécessaire, notamment avec certaines méthodes de rééducation, comme la méthode verbo-tonale. Des exercices de relaxation peuvent être proposés, il convient donc de s'installer dans une position allongée. Ainsi, l'orthophoniste n'est pas toujours assis derrière son bureau et une proximité avec le patient est parfois nécessaire, voire indispensable. Pour toutes ces raisons, l'utilisation du plexiglass[®] peut effectivement être difficile dans certaines situations.

L'utilisation du matériel a considérablement changé et l'adaptation des orthophonistes est grande. En effet, la moitié des orthophonistes a évincé certains supports et plus de la moitié a changé l'utilisation de son matériel en séance. Ainsi, des supports informatiques sont plus souvent utilisés.

Effectivement, suite à l'émergence de la téléorthophonie, beaucoup de groupes d'orthophonistes sur les réseaux sociaux ont vu le jour. Des power points à des fins rééducatives ont émergé et beaucoup d'orthophonistes ont pu récupérer ces supports pour s'en servir en séance. Cela peut être l'une des explications de l'utilisation massive du support informatique. De plus, le support papier est devenu plus qu'indispensable. Chaque patient peut ainsi suivre l'exercice proposé sur sa propre feuille, la désinfection n'est donc pas nécessaire. Parfois des jeux sont mis en quarantaine et des systèmes d'emploi du temps ont vu le jour pour que le matériel soit utilisé à bon escient. Certains préfèrent effectuer des photocopies puis plastifier les supports.

Ainsi, nous remarquons que les orthophonistes font preuve d'originalité et ils s'adaptent pour pallier les exigences des mesures sanitaires. En effet, la majorité respecte les recommandations de la FNO. Les patients touchent ainsi le moins de choses possibles et les jouets difficiles à entretenir ont été bannis, de même que les supports non facilement désinfectables au profit de l'émergence des supports informatiques. Notre quatrième hypothèse « l'utilisation du matériel diffère entre les orthophonistes » est vérifiée.

La téléorthophonie a vu le jour en France dans le cadre de la situation d'urgence sanitaire. L'avenant 17 de la convention nationale des orthophonistes a été signé en avril 2021 pour permettre de pérenniser cette pratique. Pourtant, la téléorthophonie n'était pas envisageable pour une grande majorité des orthophonistes (88%). Lors de ce questionnaire, la téléorthophonie a été utilisée pour les $\frac{3}{4}$. Ainsi, les orthophonistes n'ont eu d'autres choix que de s'adapter à ces conditions inimaginables jusqu'alors. Nous pouvons supposer que pour la continuité des soins et d'un point de vue financier, cette avancée a été largement appréciée par les orthophonistes.

Cependant, nous pouvons observer que certains n'ont pas été en mesure de mettre en place cet outil. En effet, cette nouvelle manière d'appréhender les séances a laissé certains orthophonistes en marge, préférant les séances en présentiel systématiquement. Pour ceux ayant utilisé la téléorthophonie, la majorité préfère les séances en présence du patient également. Ces résultats démontrent qu'un lien humain est privilégié dans tous les cas. Le recours à la téléorthophonie reste envisageable si des conditions particulières sont présentes. En effet, les patients peuvent continuer à avoir accès aux soins. Pour des questions d'organisation (maladie, problème de transports etc.), ce moyen est vu comme une solution. Un mémoire d'orthophonie aborde notamment la téléorthophonie sous plusieurs aspects (De Hédouville, 2022).

4.1.4. Conséquences financières, ressentis

Les mesures sanitaires imposées ont impacté la vie professionnelle des orthophonistes. En effet, les temps de désinfection du matériel ainsi que des locaux sont importants. Les résultats montrent que la majorité ne trouve pas d'impact sur les aspects financiers (63%). Notre cinquième hypothèse « les contraintes liées aux mesures sanitaires entraînent une perte financière » n'est pas vérifiée. Ces résultats peuvent s'expliquer par des habitudes prises par les orthophonistes. En effet, la désinfection peut rapidement s'effectuer entre deux patients. Des stratégies ont d'ailleurs été évoquées. Le produit désinfectant est placé par l'orthophoniste quand le patient se lève et il est enlevé quand le patient suivant s'assoie. Ainsi, le temps de raccompagner le patient, de discuter avec la famille et d'accueillir le prochain, permet de laisser agir le produit un minimum de temps.

Plus d'1/3 considèrent que les journées sont plus chargées. En effet, adapter le matériel, désinfecter quotidiennement et régulièrement peut favoriser des journées plus chargées et plus conséquentes. Une réduction du nombre de patients est observée (13%). Cette réduction peut entraîner des listes d'attente encore plus longues qu'elles ne le sont déjà et rendre ainsi l'accès aux soins encore plus difficile pour les patients.

Les patients ne semblent pas avoir été impactés par les conditions sanitaires mises en place. En effet, la moitié des orthophonistes n'observe pas de ralentissement concernant leur progrès. Ces professionnels insistent cependant sur une augmentation des difficultés attentionnelles chez leurs patients, de même que les demandes de prise en soin pour du bégaiement. Ces augmentations peuvent être dues à l'impact et au changement du rythme de vie suite aux divers confinements. La majorité des orthophonistes n'observent pas de différence entre les demandes avant et après les confinements. La demande est toujours beaucoup trop importante par rapport aux possibilités et au nombre des

professionnels. Ainsi, pour les professionnels il a été difficile de mesurer l'augmentation ou non des appels.

4.2. Critique méthodologique et limites de l'étude

4.2.1. La construction des questionnaires

La création des questionnaires

Avant de diffuser les questionnaires, nous avons réalisé un pré-test. En effet, nos directrices de mémoire ont rempli les questionnaires avant leur lancement officiel. Cette phase de pré-test est une « phase fondamentale, qui consiste à mettre à l'épreuve le questionnaire par rapport à quelques individus » (Vilatte, 2007). Le questionnaire a été élaboré sur internet. Cela a permis aux répondants de ne pas être sondés sur certaines questions. En effet, en fonction des réponses données, les questions ont pu différer. Ainsi, il a été difficile d'analyser tous les chemins possibles avant le lancement. Dès les premiers retours concernant le questionnaire destiné aux orthophonistes, des changements ont dû être effectués suite à un mauvais enchaînement de questions.

Les types de questions

Les deux questionnaires regroupent des questions fermées à réponse unique. En effet, ce type de questions facilite l'analyse des réponses et permet de créer des sous-groupes afin de poser des questions supplémentaires et/ou différentes selon les cas. Cependant, ces réponses contraignent le sujet à prendre position et à choisir, sans forcément y adhérer (Vilatte, 2007).

Les questions ouvertes permettent, quant à elle, de ne pas contraindre le sujet et elles laissent la possibilité de s'exprimer. Les réponses recueillies peuvent être enrichissantes, mais elles sont plus difficiles à recueillir. En effet, le sujet peut avoir une situation d'évitement préférant répondre avec des réponses déjà préconçues pour éviter une réflexion plus poussée tout en gagnant en rapidité. De plus, les questions ouvertes sont plus difficiles à analyser. Certaines réponses n'ont pas toujours été bien comprises, rendant l'analyse compliquée. La mise en place des réponses « autres » a permis aux sujets de pouvoir s'exprimer librement et elles ont permis d'enrichir les données recueillies.

Des questions à choix multiples ont été soumises. Les réponses proposées ont pu influencer les répondants. En effet, en suggérant des propositions, certains peuvent cocher des cases auxquelles ils n'auraient pas pensé auparavant.

L'ordre des questions

L'ordre des questions peut jouer un rôle important. En effet, une question peut influencer une autre, c'est l'effet de contamination (Giezendanner, 2016). Il est donc nécessaire de varier l'ordre des questions de manière aléatoire ou par difficulté croissante. Ainsi, en difficulté croissante, les répondants peuvent arrêter quand les questions deviennent trop difficiles ou inappropriées. Des questions faciles, au début, peuvent donner aux répondants une certaine confiance. Or, dans les deux questionnaires l'ordre des questions a été fait par thème et suivant un ordre précis afin d'approfondir certaines notions. Poser des questions aléatoires n'aurait pas permis une bonne concordance dans l'organisation des questionnaires. Il est nécessaire de garder à l'esprit que l'ordre des questions peut influencer les réponses.

4.2.2. Les limites de la représentativité

Le questionnaire à destination des orthophonistes a permis de recueillir 245 réponses, celui des patients a recueilli 16 réponses. Malgré cette quantité de réponses, plusieurs facteurs engagent la représentativité de nos résultats. Cette représentativité est liée à la possibilité de passer d'une partie (un échantillon) au tout (à la population de référence) (Selz, 2013).

La non-réalisation d'un tirage au sort

L'échantillonnage aléatoire fournit une représentation souvent proche de la réalité. Cependant, il nécessite d'obtenir une base de données exhaustives pour créer un échantillon initial important (Maisonneuse & Fournier, 2012). Nous n'avons en notre possession ni une liste complète d'orthophonistes en exercice, ni une liste complète de patients. Ainsi, nous avons choisi de diffuser les questionnaires uniquement sur Internet sans réaliser de tirage au sort pour recueillir un maximum de réponses.

La diffusion des questionnaires

La diffusion par internet permet de toucher un échantillon de répondants plus large qu'une version papier. En effet, depuis l'émergence des nouvelles technologies et l'utilisation d'Internet depuis le Covid-19, il nous a semblé pertinent d'utiliser une version dématérialisée. Cependant, cela suppose d'avoir une bonne maîtrise du support informatique. Ainsi, privilégier Internet peut réduire notre échantillon. De plus, seuls les orthophonistes ayant eu accès aux groupes Facebook ou étant

syndiqués des régions diffusant ce questionnaire ont pu l'obtenir. Nous ne connaissons pas le pourcentage de répondants et de non répondants.

La diffusion par internet utilise principalement le volontariat. L'intérêt porté à notre étude a potentiellement incité les personnes intéressées à répondre. Au contraire, les personnes ayant peu ou pas d'intérêt sur le sujet ont potentiellement moins répondu.

L'auto-administration du questionnaire à destination des orthophonistes a permis à ces professionnels de répondre au moment souhaité. Cependant, sans enquêteur, le taux de réponses tend à diminuer (Fenneteau, 2015). Le questionnaire à destination du patient a, quant à lui, parfois été réalisé devant leur orthophoniste. Ainsi, les répondants ont pu être moins francs dans leurs réponses. De plus, les patients interrogés ont été peu nombreux. Ils proviennent majoritairement de 3 cabinets libéraux. Ainsi, l'échantillon est peu représentatif et il dépend en grande partie du fonctionnement de 3 orthophonistes.

Différents biais de réponses

Certaines études ont montré qu'un effet de primauté et un effet de proximité altèrent les sondages. En effet, les répondants ont tendance à choisir le premier ou le dernier item parmi différentes propositions (Giezendanner, 2016).

Le biais de désirabilité sociale se définit « comme la tendance à se présenter favorable devant d'autres individus en fonction de certaines normes établies » (Popescu, 2021). Ainsi, ce biais peut représenter une distorsion de l'information. En effet, la personne peut communiquer des informations plus ou moins véridiques à son sujet mais dont elle est convaincue de la véracité. De même, la personne peut également changer consciemment ses réponses dans le but de paraître une meilleure personne.

Ainsi, si les résultats montrent certaines tendances, il est possible qu'il y ait des différences dans la réalité. Il est cependant difficile de détecter directement le biais de désirabilité sociale (Popescu, 2021). Afin de limiter ce biais, nous avons mis l'accent sur l'anonymat permettant de limiter ce phénomène.

Le traitement des questionnaires

Afin de décrire la population, nous avons réalisé des tris à plat. En effet, toutes les réponses ont été répertoriées dans des tableaux avec des effectifs et des pourcentages. Pour les questions à choix multiples, nous avons fait le choix de calculer les pourcentages en fonction du nombre de réponses et

non du nombre de répondants. Sur toutes les questions, l'obligation d'y répondre était de mise. Le taux de non-réponse n'est donc pas possible.

Par ailleurs, nous avons fait le choix de ne pas réaliser des tris croisés (à deux variables). Les tableaux croisés prennent en compte plusieurs variables. Ils servent à comparer différents sous-groupes de répondants et à faire émerger certaines tendances en fonction de sous-groupes. Repérer les variables et en déduire des tableaux est une étape difficile (Vilatte, 2007). Compte-tenu de nos connaissances statistiques limitées et du temps imparti, nous avons fait le choix de réaliser uniquement des tris à plat.

4.2.3. Perspectives des futures pratiques professionnelles

Cette étude a permis d'analyser les pratiques professionnelles à un instant précis. Jusqu'à présent, aucune étude ne s'est intéressée aux nombreux changements que les orthophonistes ont dû effectuer suite au Covid-19. L'adaptabilité de ces professionnels est à souligner. En effet, des mesures aussi rapides et aussi radicales ont nécessité des adaptations très importantes en très peu de temps. Ces nouvelles pratiques professionnelles sont importantes à quantifier. Il serait pertinent d'évaluer à nouveau les pratiques professionnelles afin de comparer les mesures qui persistent dans le temps et celles qui ne sont pas restées.

CONCLUSION

L'orthophonie est une discipline qui évolue avec le temps. La pandémie mondiale a entraîné la mise en place de nombreuses mesures sanitaires. De la désinfection des locaux, à la désinfection du matériel en passant par l'utilisation d'un masque et d'un plexiglass ®, les orthophonistes ont dû changer leur pratique professionnelle très rapidement, avec seulement quelques connaissances sur les mesures hygiéniques à tenir. Les changements ont été nombreux et depuis 2 ans les conditions ne cessent d'évoluer. La pratique du télésoin a notamment été autorisée puis pérennisée.

Ce mémoire permet de faire un état des lieux à un instant précis. Les mesures sanitaires sont encore strictes. Grâce au questionnaire destiné aux orthophonistes, nous observons que pour une grande majorité, les orthophonistes appliquent les recommandations. Le port du masque est systématique, la désinfection des mains l'est tout autant. Le port de la blouse est plus fréquent, l'utilisation du plexiglass ® est plus mitigée. La désinfection des locaux est beaucoup plus variable. Les orthophonistes ont adapté leur matériel, laissant une part non négligeable à l'utilisation de support informatique ou feuilles papiers plus systématiquement. D'autres adaptations ont vu le jour, comme la mise en place d'une quarantaine pour le matériel de rééducation utilisé. La téléorthophonie a réellement eu sa place dans cette période charnière, son utilisation est encore possible. Les conséquences sont plus ou moins importantes pour les orthophonistes, certains observent une répercussion financière avec des journées plus chargées.

Le questionnaire destiné aux patients permet d'avoir leur ressenti. Nous pouvons souligner que pour eux, les mesures sanitaires mises en place ne sont pas une barrière. Ils tolèrent leur masque ainsi que le masque de l'orthophoniste en grande majorité. La communication est plus difficile pour eux.

Ces deux questionnaires contiennent cependant certaines limites. Evaluer les pratiques professionnelles plus tardivement serait intéressant afin de mesurer les adaptations qui perdurent au fil du temps.

BIBLIOGRAPHIE

Arrêté du 13 avril 2021 portant approbation de l'avenant no 17 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996, JORF N°0093 (2021). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043391408>

Arrêté du 30 mars 2017, JORF n°0080 (2017). <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=NAK7Miv0Nhyzs85X8VrjOhtzIq5kWec1sFkTwHlmIgk=>

Décret n°2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophonie, JORF N°0203 (2013).

Bétrancourt, P. P. (2013). *Salle d'attente et responsabilité de l'orthophoniste*. <https://www.sorr-reunion.net/wp-content/uploads/2013/03/SALLE-dATTENTE-ET-RESPONSABILITE-de-lorthophoniste.pdf>

Borel, S., & Dodier, C. (2013). Les modes de communication. In *Surdité et santé mentale* (p. 25-43). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.quere.2013.01.0025>

Bouletreau, A., Chouaniere, D., Wild, P., & Fontana, J. M. (2016). *Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple, Euroquest*.

Bureau National des Orthophonistes. (2021). Accès direct aux soins en orthophonie : L'édito du Bureau National. *L'orthophoniste*, 413. <https://www.fno.fr/actualites/vie-syndicale/acces-direct-aux-soins-en-orthophonie-ledito-du-bureau-national/>

De Hédouville, M. (2022). *Modification de la pratique professionnelle suite à l'expérience de la télé-orthophonie en période de crise sanitaire*. Mémoire d'orthophonie, Université Clermont-Auvergne.

Devenne, E., Giot, J.-B., & Huynen, P. (2020). Coronavirus et COVID-19 : Le point sur une pandémie galopante. *Revue Médicale de Liège*, 75(4), 218-225.

- Dufournier, P. (2017). *De la formation ouverte à distance à la rééducation orthophonique à distance : Vers une nouvelle approche enrichie de l'orthophonie?* Mémoire d'orthophonie, Université de Lyon.
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2018). *Histoire de l'orthophonie et de la FNO – Fédération Nationale des Orthophonistes*. FNO. <https://www.fno.fr/ressources-diverses/histoire-de-lorthophonie/>
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2019). *L'orthophonie*. FNO. <https://www.fno.fr/lorthophonie/>
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2020). *Protection du matériel*. FNO. <https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2020/10/Mise-%E2%80%A6-jour-le-29-octobre-2020-mat%E2%80%99Ariel.pdf>
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2021). *Livret professionnelle FNO*. FNO. https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2021/03/Livret_pro_FNO-adherents-V8-15-03-2021-3.pdf
- Fédération Nationale des Orthophonistes, Union Nationale pour le Développement de la Recherche en Orthophonie, & Collège Français en Orthophonie. (2022). *Communiqué de presse – Port du masque et développement du langage – Fédération Nationale des Orthophonistes*. FNO. <https://www.fno.fr/actualites/communiquede-presse-port-du-masque-et-developpement-du-langage/>
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : Entretien et questionnaire* (3^e éd.). Dunod.
- Gamot, L., & Ravez, S. (2015). *Expériences et attentes de parents d'enfants bénéficiant d'une intervention orthophonique en libéral*. Mémoire d'orthophonie, Université de Lille.
- Giezendanner, F.-D. (2016). *Enquêtes : Principaux biais dans la formulation des questions*. Ici et là. <https://icietla-ge.ch/voir/spip.php?article169>

- Goldin, A., Weinstein, B., & Shiman, N. (2020). How Do Medical Masks Degrade Speech Reception. *Hearing Review*, 27(5), 8-9.
- Haskard-Zolnierok, K., Cobos, B., & Howard, K. (2015). White coat hypertension : Improving the patient–health care practitioner relationship. *Psychology Research and Behavior Management*, 133-141. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S61192>
- Haut Conseil de la Santé Publique. (2020). *Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics*. HAS. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=942>
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 – Mesures de prévention de la transmission du SARS-CoV-2 pour la prise en charge des patients en milieu de soins*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/20spa198_covid19_mesures__prevention_transmission_sars-cov2_pec_patients_milieu_soins_mel.pdf
- Inzee.care. (2020). *Le télésoin en orthophonie*.
- Jurko, A., Minarik, M., Jurko, T., & Tonhajzerova, I. (2016). White coat hypertension in pediatrics. *Italian Journal of Pediatrics*, 42(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s13052-016-0213-3>
- Le télésoin—Ministère des Solidarités et de la Santé*. (2022). <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/le-telesoin>
- Lionnet, E. (2021). *Covid-19 : Un an après le début de la vaccination, la fracture Nord-Sud toujours présente*. <https://information.tv5monde.com/info/covid-19-un-apres-le-debut-de-la-vaccination-la-fracture-nord-sud-toujours-presente-435424>
- Maisonneuse, H., & Fournier, J.-P. (2012). Construire une enquête et un questionnaire. *E-Respect*, 1(2), 15-21.

- Marler, H., & Ditton, A. (2020). "I'm smiling back at you" : Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(1), 205-214.
- M.Corey, R., Uriah Jones, & C.Singer, A. (2020). Acoustic effects of medical, cloth, and transparent face masks on speech signals. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 148(4), 2371-2375.
- Ofstedal, J. E. (2021). *Politiques et pandémies : Étude comparative de la gestion de la crise du Covid aux États-Unis et en France*.
- Parrochia, D. (2021). *Sur les origines possibles de l'épidémie CoVid-19*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03189187>
- Popescu, C. (2021). *Biais de désirabilité sociale*. Guide pratique des biais cognitifs. <https://www.shortcogs.com/biais/biais-de-desirabilite-sociale>
- Selz, M. (2013). *La représentativité en statistique* (INED, Vol. 8).
- Shack, A. R., Arkush, L., Reingold, S., & Weiser, G. (2020). Masked paediatricians during the COVID-19 pandemic and communication with children. *Journal of Paediatrics and Child Health*. <https://doi.org/10.1111/jpc.15087>
- Tiang, K., Razack, A., & Ng, K. (2017). The 'auxiliary' white coat effect in hospitals : Perceptions of patients and doctors. *Singapore Medical Journal*, 58(10), 574-575. <https://doi.org/10.11622/smedj.2017023>
- Vangramberen, A. (2020). *Regards sur et sous la blouse blanche : Quels sont les enjeux de la démedicalisation des maisons de repos?* Mémoire en sciences psychologiques, Université de Liège.
- Vilatte, J.-C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire à destination des orthophonistes extrait de Google Forms

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de mon mémoire « Analyse des pratiques professionnelles et des adaptations réalisées dans la prise en soin orthophonique suite à la crise sanitaire ». En effet, les mesures sanitaires ont demandé de nombreux changements, aussi bien dans la gestion des lieux que la gestion du matériel.

Merci de prendre le temps d'y répondre afin de me permettre de dégager des statistiques, mais aussi de recueillir de nouvelles pratiques.

Les réponses seront recueillies anonymement et le questionnaire peut être interrompu à tout moment.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des données personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Si ce sujet vous intéresse et si vous souhaitez consulter les résultats vous pouvez déposer votre adresse mail à la fin de ce questionnaire.

Je vous remercie pour le temps que vous allez consacrer à ce questionnaire. En fonction de vos réponses, celui-ci dure aux alentours des 10 min, vous pouvez le commencer et le finir plus tard, vos réponses sont enregistrées.

Covre Sarah

*Obligatoire

1) Vous travaillez : * *Une seule réponse possible.*

- En libéral
- En salariat (structure, hôpital...)
- En mixte

2) Vous exercez depuis... * *Une seule réponse possible.*

- Moins de 5 ans
- 5 à 15 ans
- 15 à 30 ans
- Plus de 30 ans

3) Selon vous, vous travaillez... * *Une seule réponse possible.*

- En milieu urbain
- En milieu rural
- En milieu semi-urbain

4) Les informations concernant les mesures sanitaires vous sont parvenues via: **Plusieurs réponses possibles*

- Les médias
- Les réseaux sociaux
- Les syndicats d'orthophonie
- Les courriers
- Les URPS
- L'AR
- Autre : _____

➤ Dans la salle d'attente...

5) Avez-vous enlevé les magazines, jeux pour enfants, livres...? **Une seule réponse possible.*

- Oui, il n'y a plus rien d'accessible dans la salle d'attente
- J'ai réduit leur nombre mais je n'ai pas tout enlevé
- Non, je n'ai rien changé
- J'ai pris ces mesures au début mais plus maintenant
- Je n'en ai jamais eu
- Autre : _____

6) Du gel hydroalcoolique est-il disponible dans la salle d'attente / dans les locaux ? **Une seule réponse possible.*

- Oui, toujours
- Oui, généralement
- Non mais un lavabo est à proximité
- Non il n'y en a pas
- Autre : _____

7) Avez-vous supprimé des chaises ? **Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Au début oui, mais plus maintenant

8) Par rapport à la présence des parents/aidants dans les locaux ...

Plusieurs réponses possibles.

	Les parents	Les aidants
Ils doivent rester à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je demandais d'attendre dehors au début, plus maintenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ils peuvent rester à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela dépend des familles et patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Combien de fois désinfectez-vous la salle d'attente par jour ? * *Une seule réponse possible.*

- Plusieurs fois par semaine
- 1 fois par semaine
- Plusieurs fois par jour
- 1 fois par jour
- Autre : _____

➤ [Dans votre bureau...](#)

10) Avez-vous modifié votre bureau ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui, j'ai condamné des espaces (accès aux livres, jeux...) → *Question 12*
- Non, je n'ai rien changé → *Question 12*
- J'avais condamné des espaces au début, plus maintenant → *Question 11*

11) **Vous avez remis votre bureau en place.**

Pourquoi ? (demande trop de modifications ? trop grande organisation ?) *

12) Je désinfecte... * Plusieurs réponses possibles.

	Oui	Non
Tout ce que le patient a touché	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le mobilier (chaise, bureau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce que j'ai touché durant la séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uniquement les stylos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Je désinfecte... * Une seule réponse possible.

- Après chaque patient
- Tous les 2/3 patients
- En fin de matinée et fin de journée
- En fin de journée
- Autre : _____

14) Ces mesures de désinfections ont-elles une répercussion sur la fréquence de vos prises en soins ? *
Une seule réponse possible.

- Oui, car je laisse plusieurs minutes de battement entre chaque patient
- Peu de répercussions car je désinfecte moins qu'avant et/ou prends le temps de désinfecter sur le temps de la séance
- Non, je ne désinfecte pas entre les patients
- Autre : _____

15) En conséquence, avez-vous dû réduire le nombre de patients sur une journée ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non, mais mes journées sont plus chargées
- Non, mes journées restent les mêmes
- Autre : _____

16) Ces mesures sont-elles pénalisantes d'un point de vue financier ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

17) Aviez-vous l'habitude d'accueillir les parents/aidants lors de vos séances avant la crise sanitaire ? *

Une seule réponse possible.

- Oui quand cela est possible → Question 18
- Tout dépend de la pathologie/patient/famille → Question 18
- Non, ils ne sont présents que lors du bilan → Question 20

18) Vous accueilliez les parents/aidants.

Les prenez-vous toujours en séance ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui → Question 20
- Non → Question 19

19) Vous ne prenez plus les parents/aidants en séance

Pourquoi ? * *Une seule réponse possible.*

- Bureau trop petit/pas adapté
- Raison sanitaire
- Autre : _____

➤ [Concernant votre tenue vestimentaire...](#)

20) Auparavant, aviez-vous l'habitude de porter une blouse ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

21) Actuellement, portez-vous une blouse ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui, toujours → Question 22
- Seulement avec certains patients/pathologies → Question 22
- Je l'ai portée au départ, je ne la porte plus → Question 24
- Non, jamais → Question 25

22) Vous portez toujours une blouse. Quels en sont les avantages ? * *Une seule réponse possible.*

- Se sentir plus propre
- Plus facilement lavable que les vêtements
- Autre : _____

➔ *Passer à la question 25*

23) Vous portez une blouse en fonction des patients et/ou des pathologies. Avec quels/quelles patients/pathologies ? *

➔ *Passer à la question 25*

24) Vous portiez une blouse au début de la crise sanitaire, mais plus maintenant. Pour quelles raisons ?

* Une seule réponse possible.

- Incidence sur l'alliance thérapeutique
- Gêne personnelle
- Autre : _____

25) Avez-vous mis en place d'autres stratégies ? * Une seule réponse possible.

- Se changer sur le lieu du travail
- Mettre ses vêtements en quarantaine
- Se doucher sur le lieu du travail
- Aucune stratégie
- Autre : _____

26) Ajustez-vous vos protections en fonction de la pathologie rencontrée ? * Une seule réponse possible.

- Oui, j'utilise plus de mesures barrières quand le patient est fragile (gants, charlotte, surchaussures...)
- Pas spécialement, je respecte seulement les gestes barrières
- Autre : _____

➤ Parlons des masques.

27) Portez-vous systématiquement un masque ? * Une seule réponse possible.

- Oui, toujours → Question 28
- Non, avec certaines pathologies/patients je le retire → Question 28
- Auparavant oui, mais actuellement je n'en porte plus → Question 30
- Je n'ai jamais voulu en porter lors de mes séances → Question 31

28) Quels masques portez-vous le plus souvent ? * Plusieurs réponses possibles.

- Chirurgical
- Transparent
- FFP
- Autre : _____

29) Vous changez de type de masque en fonction.. Une seule réponse possible.

- De l'âge du patient → Question 32
- De la pathologie du patient → Question 34
- De l'âge et de la pathologie → Question 36
- Je ne change pas de masque → Question 39

30) J'ai décidé de ne plus porter de masque. Pourquoi ? * *Plusieurs réponses possibles*

- Freine les progrès des prises en soin
- Gêne personnelle
- Gêne du patient
- Autre : _____

→ *Passer à la question 39*

31) Je n'ai jamais porté le masque en dépit des mesures imposées. Pourquoi ? *Plusieurs réponses possibles.*

- Freine la prise en soin
- Gêne personnelle et gêne du patient
- Autre : _____

→ *Passer à la question 39*

32) Vous changez de masque en fonction de l'âge du patient

Je porte pour un/une... *Cocher la/les cases correspondant(es). Une seule réponse possible par ligne.*

	Toujours un masque chirurgical	Un chirurgical, mais je l'enlève parfois complètement	Un chirurgical mais je le remplace par un transparent si besoin	Toujours un masque FFP2	Un FFP2 mais je l'enlève parfois complètement	Un FFP2 mais je le remplace par un transparent si besoin	Autre :
Enfant 0-12 ans							
Adolescent 12-18 ans							
Adulte 18-70 ans							
Personne âgée > 70 ans							

Si vous avez coché "autre", veuillez préciser...

→ *Passer à la question 39*

33) Vous changez de masque en fonction de la pathologie. Quels masques utilisez-vous pour quelles pathologies ? *Plusieurs réponses possibles.*

Trbl = Trouble, LO= Langage oral, LE= Langage écrit, TSA = Trouble du spectre autistique

TDA/H= Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, Neuro = Neurologie

	Trbl du LO sans troubles associés (articulation retard..)	Trbl du LE sans troubles associés	Trbl de la cognition mathématique	Trbl de l'oralité	Trouble de la fluence (bégaiement..)	Maladies neurodégénératives	Handicap moteur, sensoriel, déficiences intellectuelles	Surdité	Cancérologie	Déglutition	Neuro	Vox	TSA	TDA/H	Autre
Masque chirurgical															
Masque transparent															
Visière															
FFP2															

Si vous avez coché "autre", veuillez préciser... _____

→ *Passer à la question 39*

34) Vous changez de masque en fonction de la pathologie et de l'âge du patient. Quels masques utilisez-vous pour quelles pathologies ? *Cocher le/les cases correspondant(es), plusieurs réponses possibles.*

	Toujours un masque chirurgical	Un chirurgical, mais je l'enlève parfois complètement	Un chirurgical mais je le remplace par un transparent si besoin	Toujours un masque FFP2	Un FFP2 mais je l'enlève parfois complètement	Un FFP2 mais je le remplace par un transparent si besoin	Autre :
Enfant 0-12 ans							
Adolescent 12-18 ans							
Adulte 18-70 ans							
Personne âgée > 70 ans							

Si vous avez coché "autre", veuillez préciser... _____

35) Je porte pour un/une... *Une seule réponse possible par ligne.*

	Trbl du LO sans troubles associés (articulation retard..)	Trbl du LE sans troubles associés	Trbl de la cognition mathématique	Trbl de l'oralité	Trouble de la fluence (bégaiement..)	Maladies neurodégénératives	Handicap moteur, sensoriel, déficiences intellectuelles	Surdité	Cancérologie	Déglutition	N	V	T	T	A
											e	o	i	S	D
											r	x	A	/	A
											o			H	e
Masque chirurgical															
Masque transparent															
Visière															
FFP2															

Si vous avez coché "autre", veuillez préciser... _____

➤ **Le plexiglass.**

36) Utilisez-vous un plexiglass ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui toujours
- Oui mais pas pour tout le monde
- Non, jamais

37) Si oui, vous pouvez l'enlever en fonction... * *Une seule réponse possible.*

- De l'âge du patient
- De la pathologie
- Je ne l'enlève pas
- Pas de plexiglass
- Autre : _____

38) Son utilisation entraîne pour vous: * *Plusieurs réponses possibles.*

- Un changement dans l'alliance thérapeutique (gêne physique, barrière..)
- Une distance physique trop importante
- Une mesure barrière
- Autre : _____

39) Il m'arrive de m'en servir pour : * *Une seule réponse possible.*

- Ecrire/dessiner/coller
- Afficher des cartes/feuilles
- Je ne m'en sers pas, je n'y avais pas pensé
- Je ne m'en sers pas
- Autre : _____

40) Trouvez-vous que ce support est utile ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui, il me sert beaucoup d'un point de vue pratique
- Non, il me gêne
- Autre : _____

➤ **Concernant le matériel...**

41) Avez-vous banni certains supports/matériels ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

42) Avez-vous changé votre manière d'utiliser votre matériel ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui → *Question 43*
- Non → *Question 44*

43) Vous avez un nouveau, un autre mode de fonctionnement. Quel est-il ? * *Plusieurs réponses possibles.*

- J'utilise des supports informatiques
- Je crée du matériel spécifiquement pour chaque patient
- Je fais un planning pour l'utilisation du matériel et ainsi le faire tourner chaque semaine
- J'imprime plus souvent des feuilles en format papier
- Autre : _____

44) Cela a-t-il engendré pour vous une surcharge de travail pour la préparation de vos séances ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

45) Trouvez-vous que votre rééducation est toujours aussi efficace même avec les changements de matériels et une logistique importante ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Autre : _____

➤ La téléorthophonie...

46) Envisagiez-vous la pratique de la téléorthophonie avant la crise sanitaire ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Autre : _____

47) Avez-vous eu recours à la téléorthophonie ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

48) Les séances en téléorthophonie, vous demandent-elles plus de préparation qu'en présentiel ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Autre : _____

49) Aujourd'hui, utilisez-vous toujours la téléorthophonie ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui → Question 51
- Oui parfois, avec certaines pathologies/patients → Question 50
- Uniquement s'il n'y a pas d'autres possibilités → Question 51
- Jamais, je préfère éviter → Question 54

50) J'utilise la téléorthophonie en fonction de certains patients/pathologies. Précisez globalement les pathologies * _____ → Question 51

➤ Place à vos ressentis !

51) Avec toutes ces conditions réunies, trouvez-vous que les patients progressent plus lentement ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Plus ou moins, tout dépend des pathologies et des patients, la différence n'est pas significative
- Je ne vois pas de changements
- Autre : _____

52) Observez-vous un nombre d'appels plus important concernant les retards de parole/langage depuis la fin du confinement ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Autre : _____

53) Des patients avec des "anciens" troubles (type phonético-phonologique) redemandent-ils à être pris en charge ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui, plus qu'avant
- Oui parfois
- Non, je ne trouve pas de différence

54) Si vous souhaitez recevoir les résultats, merci de laisser votre adresse mail !

ANNEXE 2 : Tableaux des résultats du questionnaire destiné aux orthophonistes

Tableau 1 : Présentation de la population générale

Questions	Réponses	Effectif (/245)	Effectif en pourcentage (%)
Lieu d'exercice professionnel	En libéral	218	89
	En salariat (structure, hôpital..)	14	6
	En mixte	13	5
Durée d'exercice professionnel	15 à 30 ans	108	44
	5 à 15 ans	69	28
	Plus de 30 ans	36	15
	Moins de 5 ans	32	13
Zone d'exercice professionnel	En milieu urbain	96	39
	En milieu rural	79	32
	En milieu semi-urbain	70	29

Tableau 2 : Sources des informations concernant les mesures sanitaires

Questions	Réponses	Nombre de réponses (/662)	Nombre de réponses en (%)
Informations concernant les mesures sanitaires sont parvenues par :	Les médias	136	21
	Les réseaux sociaux	141	21
	Les syndicats d'orthophonie	216	33
	Les courriers	16	2
	Les URPS	58	9
	L'ARS	81	12
	Les collègues orthophonistes	3	0
	La direction, hiérarchie	8	1
	DGES	3	0

Tableau 3 : Organisation et fréquence de désinfection dans la salle d'attente

Questions	Réponses	Effectif (/ 245)	Effectif en pourcentage (%)
Suppression des magazines, jeux etc.	Oui, il n'y a plus rien d'accessible dans la salle d'attente	199	81
	J'ai pris ces mesures au début mais plus maintenant	18	7
	Salle fermée depuis le Covid	15	6
	Pas de salle d'attente	7	3
	J'ai réduit leur nombre mais je n'ai pas tout enlevé	6	2
Disponibilité du gel hydroalcoolique	Oui, toujours	184	75
	Non mais un lavabo est à proximité	38	16
	Oui, généralement	10	4
	Non il n'y en a pas	8	3
	Autre	5	2
Suppression des chaises	Oui	131	53
	Non	69	28
	Au début oui, mais plus maintenant	45	18

Fréquence de désinfection	1 fois par semaine	64	26
	1 fois par jour	64	26
	Plusieurs fois par semaine	37	15
	Plusieurs fois par jour	32	13
	Salle fermée	27	11
	Jamais	5	2
	A chaque patient	3	1
	Autre	14	6

Tableau 4 : Autorisation des parents ou des aidants à entrer ou non dans la salle d'attente

Questions	Réponses	Nombre de réponses (/363)	Nombre de réponses en pourcentage (%)
Personnes pouvant rester à l'extérieur des locaux	Les parents	20	6
	Les parents, les aidants	50	14
	Les aidants	7	2
Sous total		75	21
Personnes pouvant rester à l'intérieur des locaux	Les parents, les aidants	73	20
	Les parents	8	2
	Les aidants	9	2
Sous total		90	25
Au début, demande d'attendre à l'extérieur mais plus maintenant	Les parents, les aidants	86	24
	Les parents	29	8
	Les aidants	0	0
Sous total		115	32
Tout dépend des familles et des patients	Les parents, les aidants	46	13
	Les parents	24	7
	Les aidants	13	4
Sous total		83	23

Tableau 5 : Organisation, fréquence de désinfection, conséquences financières et accueil des parents/aidants dans le bureau de l'orthophoniste

Questions	Réponses	Effectif (/245)	Effectif en pourcentage (%)
Modification du bureau	Oui, j'ai condamné des espaces (accès aux livres, jeux..)	108	44
	Non, je n'ai rien changé	78	32
	J'avais condamné des espaces au début, plus maintenant	59	24
Je désinfecte tout ce que le patient a touché	Oui	132	54
	Non	113	46
Je désinfecte le mobilier	Oui	232	95
	Non	13	5

Je désinfecte ce que j'ai touché durant la séance	Oui	71	29
	Non	174	71
Je désinfecte uniquement les stylos	Oui	57	23
	Oui	188	77
Fréquence de désinfection	Après chaque patient	164	67
	En fin de matinée et fin de journée	24	10
	Tous les 2/3 patients	21	9
	En fin de journée	17	7
	Je désinfectais entre chaque patient au début mais je ne désinfecte plus ou moins en fonction des patients	6	2
	Autre	5	2
Répercussions sur la fréquence des prises en soin	Peu de répercussions car je désinfecte moins qu'avant et/ou prends le temps de désinfecter sur le temps de la séance	154	63
	Non, je ne désinfecte pas entre les patients	29	12
	Oui, car je laisse plusieurs minutes de battement entre chaque patient	47	19
	Autre	15	6
Réduction du nombre de patients sur une journée	Non, mes journées restent les mêmes	144	59
	Non, mais mes journées sont plus chargées	56	23
	Oui	31	13
	Au début oui mais plus maintenant	13	5
	Autre	1	0
Mesures pénalisantes d'un point de vue financier	Non	157	64
	Oui	88	36
Accueil des parents/ aidants en séances avant la crise sanitaire	Non, ils ne sont présents que lors du bilan	34	37
	Tout dépend de la pathologie/patient/famille	144	59
	Oui quand cela est possible	67	27
Sous total		211	
		Effectif (/211)	Effectif en pourcentage (%)
Accueil des parents/aidants en séances actuellement	Oui	152	72
	Non	59	28
		Effectif (/59)	Effectif en pourcentage (%)
Pourquoi ?	Raison sanitaire	36	60
	Bureau trop petit/ pas adapté	2	3
	Autre	22	37

Tableau 6 : Etat des lieux du port de la blouse et des stratégies alternatives

Questions	Réponses	Effectif (/245)	Effectif en pourcentage (%)
Port de la blouse avant la crise sanitaire	Non	234	96
	Oui	11	4
Port de la blouse actuellement	Non, jamais	116	47
	Je l'ai portée au départ, je ne la porte plus	65	27
		Effectif (/65)	Effectif en pourcentage (%)
	Pourquoi ?		
	Gêne personnelle	25	38
	Pas pertinent, pas utile	18	28
	Incidence sur l'alliance thérapeutique	13	20
	Organisation logistique, frais blanchisserie supplémentaires (coût financier)	3	5
	Autre	6	9
	Oui, toujours	42	17
		Effectif (/42)	Effectif en pourcentage (%)
	Avantages ?		
	Plus facilement lavable que les vêtements	26	60
	Se sentir plus propre	3	7
	Mesure barrière	3	7
	Être vu comme un soignant	3	7
	Pas d'avantages	3	7
	Autre	5	12
	Seulement avec certains patients/pathologies	22	9
	Non, jamais	116	47
Stratégies alternatives	Aucune stratégie	170	69
	Mettre ses vêtements en quarantaine	17	7
	Se changer sur le lieu du travail	15	6
	Je me change tous les jours, après chaque utilisation	5	2
	Aération fréquente	3	1
	Utilisation d'un plexiglass	3	1
	Utilisation de différentes blouses pour les visites à domicile, EHPAD	2	1
	Lavage des mains	2	1
	Se doucher sur le lieu du travail	2	1
	Hygiaphone	2	1
	Vêtements en quarantaine au début mais plus maintenant	2	1
	Autre	22	9
Adaptation du niveau de protection en fonction de la pathologie	Pas spécialement, je respecte seulement les gestes barrières	178	73
	Oui, j'utilise plus de mesures barrières quand le patient est fragile (gants, charlotte, surchaussures...)	46	19
	Plexiglass	5	2
	Autre	16	7

Tableau 7 : Port du masque

Questions	Réponses	Effectif (/245)	Effectif en pourcentage (%)
Port du masque systématique	Oui, toujours	176	72
	Non, avec certaines pathologies/patients je le retire	63	26
	Auparavant oui, mais actuellement je n'en porte plus	5	2
	Je n'ai jamais voulu en porter lors de mes séances	1	0
Questions	Réponses	Nombre de réponses (/303)	Nombre de réponses en pourcentage (%)
Masque porté le plus souvent	Chirurgical	227	75
	Transparent	40	13
	FFP2	28	9
	Visière	8	3

Figure A: Répartition du port du masque utilisé en fonction de la pathologie du patient (n= 463)

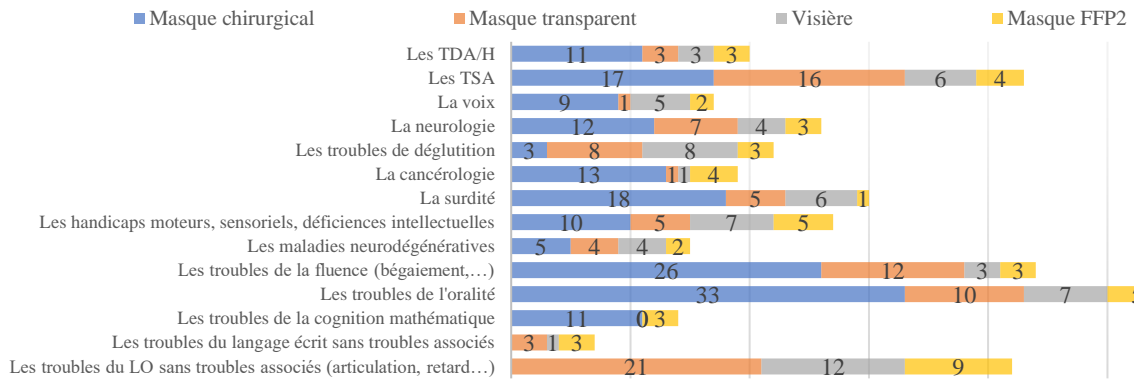


Figure B: Répartition du port du masque utilisé en fonction de l'âge et de la pathologie du patient (n=413)

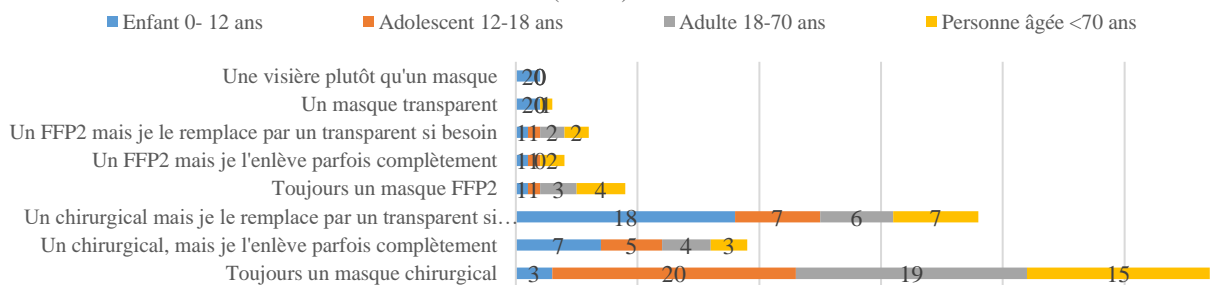


Figure C: Répartition du port du masque utilisé en fonction de l'âge et de la pathologie du patient (n=413)

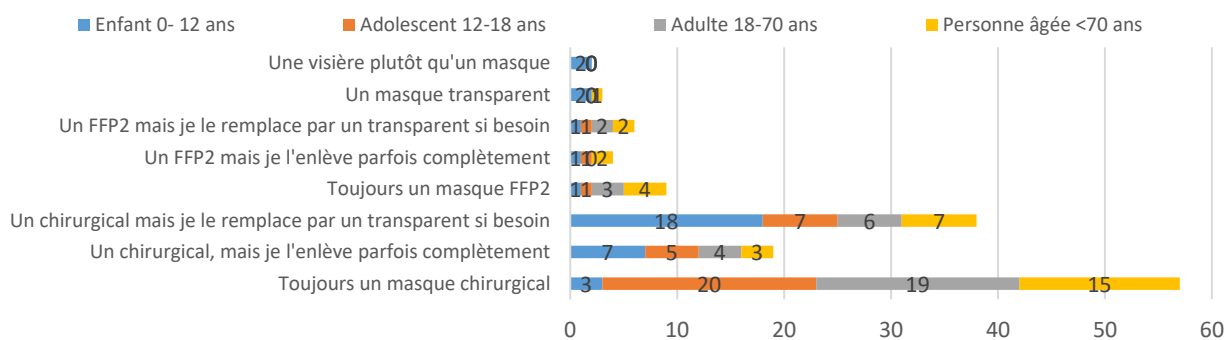


Figure D: Répartition du port du masque utilisé en fonction de l'âge du patient (n=28)

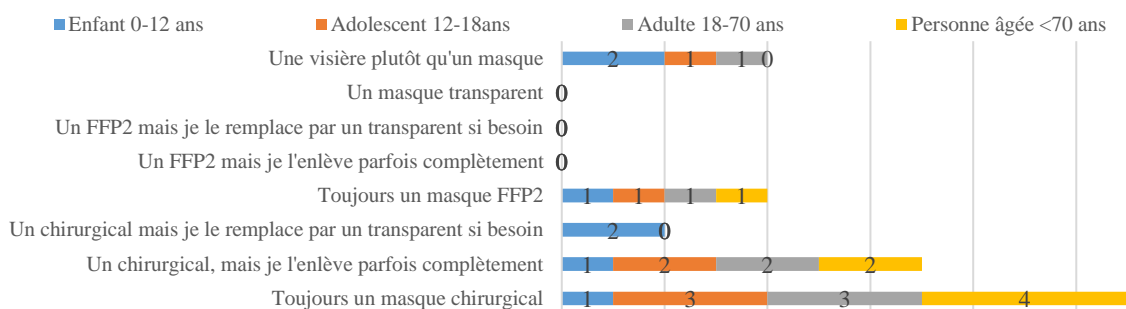


Tableau 8 : Utilisation du plexiglass

Questions	Réponses	Effectifs (/245)	Effectif en pourcentage (%)
Utilisation d'un plexiglass	Oui toujours	106	43
	Non, jamais	76	31
	Oui mais pas pour tout le monde	63	26
Vous pouvez l'enlever en fonction :	Je ne l'enlève pas	93	38
	Pas de plexiglass	68	28
	De la pathologie	40	16
	De l'âge du patient	20	8
	Utilisation au début mais plus maintenant	6	2
	De l'âge du patient et de la pathologie	2	1
	Depuis septembre 2021 je ne le mets plus	2	1
	Autre:	14	6

Tableau 9 : Conséquence de l'utilisation du plexiglass

Questions	Réponses	Nombre de réponses (/311)	Nombre de réponses en pourcentage (%)
Son utilisation entraîne pour vous...	Une mesure barrière	103	33
	Un changement dans l'alliance thérapeutique (gêne physique, barrière..)	92	30
	Pas de plexiglass	36	12
	Une distance physique trop importante	59	19
	Autre	18	6

Tableau 10 : Utilité du plexiglass

Questions	Réponses	Effectif (/245)	Effectif en pourcentage (%)
Un support utile ?	Non, il me gêne	135	55
	Oui, il me sert beaucoup d'un point de vue pratique	36	15
	Pas de plexiglass	31	13
	Nécessaire pour compléter les gestes barrières mais gênant	3	1
	Non, son utilisation n'a pas montré d'efficacité donc est inutile	2	1
	Pas utile mais pas gênant non plus	2	1
	Permet d'enlever son masque ponctuellement pour montrer les gestes articulatoires à des enfants surtout en LO	2	1
	Autre	34	14

Tableau 11 : Utilisation du matériel

Questions		Effectifs (/245)	Effectifs en pourcentage (%)
Avez-vous banni certains supports/matériels ?	Non	127	52
	Oui	118	48
Avez-vous changé votre manière d'utiliser votre matériel ?	Oui	144	59
		Effectif (/144)	Effectif en pourcentage (%)
Quel est-il ?	J'utilise des supports informatiques	48	33
	J'imprime plus souvent des feuilles en format papier	44	31
	Je fais un planning pour l'utilisation du matériel et ainsi le faire tourner chaque semaine	13	9
	Je crée du matériel spécifiquement pour chaque patient	4	3
	Autres	35	24
Surcharge de travail ?	Oui	81	56
	Non	64	44
	Non	101	41
Rééducation toujours avec la même efficacité ?	Oui	113	78
	Non	15	10
	Autre	16	11

Tableau 12 : Utilisation de la téléorthophonie

Questions	Réponses	Effectifs (/245)	Effectif en pourcentage (%)
Pratique de la téléorthophonie envisagée ?	Non	216	88
	Oui	18	7
	Ne sais pas	11	4

Recours à la téléorthophonie	Oui	174	71
	Non	71	29
Séances en téléorthophonie, plus de préparation nécessaire ?	Oui	146	60
	Non concerné	67	27
	Non	15	6
	Au début oui mais plus maintenant.	6	2
	Tout dépend des pathologies	2	1
	Autre	9	4
Aujourd'hui, recours à la téléorthophonie ?	Jamais, je préfère éviter	113	46
	Uniquement s'il n'y a pas d'autres possibilités	65	27
	Oui parfois, avec certaines pathologies/patients	52	21
	Oui	15	6

Tableau 13 : Ressentis des orthophonistes depuis l'apparition des mesures sanitaires

Questions	Réponses	Effectif (/245)	Effectif en pourcentage (%)
Patients progressent-ils plus lentement ?	Plus ou moins, tout dépend des pathologies et des patients, la différence n'est pas significative	115	47
	Je ne vois pas de changements	108	44
	Oui	8	3
	Autre	14	6
Nombre d'appels concernant LO plus importants depuis la fin du confinement ?	Oui	77	31
	Non	135	55
	Non concerné (pas de LO, structure...)	9	4
	Ne sait pas	11	4
	Autre	13	5
Patients avec des anciens troubles redemandent-ils à être pris en soin ?	Oui parfois	45	18
	Oui, plus qu'avant	11	4
	Non, je ne trouve pas de différence	189	77

ANNEXE 3 : Questionnaire à destination des patients extrait de Google Forms

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de mon mémoire « Analyse des pratiques professionnelles et des adaptations réalisées dans la prise en soin orthophonique suite à la crise sanitaire ».

Après avoir interrogé les orthophonistes à ce sujet, je souhaiterais connaître l'avis des patients. Si vous êtes suivis par une orthophoniste ou que votre enfant l'est, ce questionnaire est fait pour vous !

Les réponses seront recueillies anonymement et le questionnaire peut être interrompu à tout moment. Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des données personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Si ce sujet vous intéresse et si vous souhaitez consulter les résultats vous pouvez déposer votre adresse mail à la fin de ce questionnaire.

Je vous remercie pour le temps que vous allez consacrer à ce questionnaire. En fonction de vos réponses, ce questionnaire dure moins de 5 min, vous pouvez le commencer et le finir plus tard, vos réponses seront enregistrées.

Merci à vous

Covre Sarah

*Obligatoire

1. Quel âge avez-vous/ votre enfant ? * *Une seule réponse possible.*

- Moins de 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Entre 20 et 30 ans
- Entre 30 et 50
- Plus de 50 ans

2. Avez-vous fait ou votre enfant a-t-il bénéficié d'un suivi l'orthophonique avant le 1er confinement ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui → Question 3
- Non → Question 5

3. Trouvez-vous / votre enfant trouve-t-il qu'il y ait une différence importante dans vos/les séances d'orthophonie avant et après les mesures sanitaires ? * *Une seule réponse possible.*

Oui → Question 4

Non → Question 6

Plus ou moins → Question 4

4. Vous trouvez une différence dans vos séances entre avant et après. A quels niveaux ?
Plusieurs réponses possibles.

Dans ma relation avec l'orthophoniste

Dans mes progrès/ceux de mon enfant

Autre _____
→ Question 6

5. Vous avez commencé l'orthophonie après le 1er confinement. Préférez-vous faire vos séances sans le masque ? * *Une seule réponse possible.*

Oui

Non

6. Votre propre masque vous gêne-t-il/ gêne votre enfant pendant la séance ? * *Une seule réponse possible.*

Oui

Non

Ne sait pas

7. Le masque de l'orthophoniste vous gêne-t-il/ gêne votre enfant pendant la séance ? * *Une seule réponse possible.*

Oui

Non

Ne sait pas

8. Trouvez-vous qu'il est plus difficile de communiquer avec le masque ? Que votre enfant ait plus de difficultés ? * *Une seule réponse possible.*

Oui

Non

Ne sait pas

9. Si votre orthophoniste porte une blouse, cela vous gêne-t-il/ gêne votre enfant ? * *Une seule réponse possible.*
- Oui
- N'en porte pas
- Non
10. Si votre orthophoniste utilise un plexiglass, aimeriez-vous ou votre enfant aimerait-il l'enlever ? * *Une seule réponse possible.*
- Oui
- Non
- N'en a pas
11. Avez-vous ou votre enfant a-t-il suivi des séances de téléorthophonie ? * *Une seule réponse possible.*
- Oui → Question 12
- Non → Question 13
12. Vous avez suivi des séances de téléorthophonie. Avez-vous trouvé, votre enfant a-t-il trouvé les séances concluantes ? * *Une seule réponse possible.*
- Oui → Question 14
- Non, je préfère les séances en présentiel → Question 14
- Non → Question 14
13. Vous n'avez pas suivi des séances de téléorthophonie. Quelle est votre perception de cette pratique ? * *Une seule réponse possible.*
- L'idée me plaît, j'aimerais essayer
- Je n'aimerais pas en faire
- Autre : _____
14. Adresse mail _____

ANNEXE 4: Tableau des résultats du questionnaire destiné aux patients

Tableau 1 : Population générale et suivi orthophonique

Questions	Réponses	Effectif (/16)	Effectif en pourcentage (%)	
Age	Entre 10 et 20 ans	11	69	
	Plus de 50 ans	4	25	
	Moins de 10 ans	1	6	
Suivi orthophonique avant le 1 ^{er} confinement	Oui	5	31	
			Effectif (5)	Effectif en pourcentage (%)
Différence entre les séances avant et après la mise en place des mesures sanitaires	Oui	1	20	
	Non	4	80	
A quels niveaux ? Dans ma relation avec l'orthophoniste			Effectifs (/4)	Effectif en pourcentage (%)
	Préférez-vous faire vos séances sans le masque ?	Oui	7	64
		Non	4	36

Tableau 2 : Conséquences du port du masque, de la blouse et de l'utilisation du plexiglass

Questions	Réponses	Effectif (/16)	Effectif en pourcentage (%)
Une gêne ressentie concernant le port de votre propre masque ?	Non	12	75
	Oui	3	19
	Ne sait pas	1	6
Une gêne ressentie concernant le port du masque de l'orthophoniste ?	Non	11	69
	Oui	3	19
	Ne sait pas	2	13
Plus difficile de communiquer avec le masque ?	Oui	10	63
	Non	6	38
Gêne occasionnée du port de la blouse de l'orthophoniste	N'en porte pas	14	88
	Oui	1	6
	Non	1	6
Désir d'enlever le plexiglass	N'en a pas	15	94
	Oui	1	16
	Non	0	0

Tableau 3 : Vision de la téléorthophonie par les patients

Questions	Réponses	Effectif (/16)		Effectif en pourcentage (%)
Expérience de la téléorthophonie	Oui	3		19
		Effectifs (/3)		Effectif en pourcentage (%)
	Séances de téléorthophonie concluantes	Non, je préfère les séances en présentiel	2	67
		Oui	1	25
	Non	13		81
		Effectifs (/13)		Effectif en pourcentage (%)
Quel est votre perception de cette pratique ?	Je n'aimerai pas en faire		9	69
		L'idée me plaît, j'aimerai essayer	4	31