



HAL
open science

Évolution de la pratique professionnelle des orthophonistes à la suite de l'expérience de la téléorthophonie en période de crise sanitaire

Mathilde de Hédouville

► To cite this version:

Mathilde de Hédouville. Évolution de la pratique professionnelle des orthophonistes à la suite de l'expérience de la téléorthophonie en période de crise sanitaire. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03988813

HAL Id: dumas-03988813

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03988813v1>

Submitted on 14 Feb 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.

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

**ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DES
ORTHOPHONISTES À LA SUITE DE L'EXPÉRIENCE DE LA
TÉLÉORTHOPHONIE EN PÉRIODE DE CRISE SANITAIRE**

Par **DE HEDOUVILLE Mathilde**

Le 17 juin 2022

Directeur de mémoire : FERRY-LOCATI Elsa, Orthophoniste

Membres du jury :

Pr MOM Thierry, ORL, Directeur universitaire du CFUO de Clermont-Ferrand

MÉRIGAUD Jennifer, Orthophoniste, Directrice pédagogique du CFUO de Clermont-Ferrand

CHABANNE Caroline, Orthophoniste

Année universitaire : 2021-2022

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier les personnes qui ont participé de près ou de loin, à la création de ce mémoire.

Merci à ma maîtresse de mémoire, Elsa Ferry-Locati. Merci pour le temps que vous avez consacré à ce travail et pour l'intérêt que vous lui avez porté.

Merci à tous les orthophonistes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire. Merci de m'avoir partagé votre expérience clinique.

Merci à Cristina Alba-Delgado. Merci pour votre regard scientifique et pour votre aide relative à la partie pratique de ce mémoire.

Merci à tous les membres de l'équipe pédagogique. Merci pour votre investissement et votre suivi pendant ces cinq années de formation.

Merci à toutes les maîtresses de stage qui m'ont accueillie au cours de mes études. Merci de m'avoir fait découvrir votre savoir-être. Merci de m'avoir transmis vos savoirs et votre savoir-faire. Merci d'avoir partagé avec moi vos patients ! Je souhaite remercier plus particulièrement Caroline Chabanne : Merci pour ta bienveillance, ton soutien, et tes encouragements si précieux. Merci également d'avoir accepté ce rôle de Jury Expert.

Plus intimement, je souhaite remercier les personnes qui m'ont tant soutenue...

Merci à Sophie Gendrot, la première orthophoniste que j'ai rencontrée, MON orthophoniste. Merci d'avoir mis, dans le cœur de la petite patiente que j'étais, le désir de devenir orthophoniste. Depuis mes 6 ans, cette vocation ne m'a jamais quittée.

Merci à mes merveilleuses amies clermontoises. Merci pour votre présence pendant ces cinq ans. Merci pour tous les souvenirs que nous avons partagés ensemble.

Merci à Firmin et à mes parents, qui, malgré la distance, ont été bien présents. Merci d'avoir toujours cru en moi.

« Le bonheur c'est quand sa passion devient son métier. Et que son métier prend racine dans sa vie.

Et la vie dans un idéal qui la transcende » (Estienne, 2004, p. 7).

Résumé

Introduction : L'orthophonie, guidée par un savoir-être et un savoir-faire importants, est un art en constante évolution depuis 1964. Ce métier de soins, de relation et de communication a été subitement bouleversé par la Covid-19. Les orthophonistes, soumis à l'état d'urgence sanitaire, ont eu l'interdiction d'exercer en présentiel entre le 17 mars 2020 et le 11 mai 2020. Ils ont ainsi dû s'adapter et, pour nombre d'entre eux, expérimenter la téléorthophonie. Les professionnels ayant recouru à la téléorthophonie pendant la crise sanitaire ont alors pu éprouver les intérêts et les limites du distanciel.

Matériels et méthodes : L'hypothèse de cette étude est que l'expérience de la téléorthophonie a modifié la pratique professionnelle des orthophonistes en faisant évoluer leur savoir-être et leur savoir-faire. L'expérience de 100 orthophonistes ayant recouru à la téléorthophonie pendant la crise sanitaire a été recueillie via un questionnaire en ligne. Une comparaison de leur pratique en distanciel à leur pratique en présentiel avant et après l'expérience de la téléorthophonie a ensuite été effectuée.

Résultats : Les résultats révèlent que la téléorthophonie a modifié la pratique des orthophonistes en faisant évoluer plusieurs composantes du savoir-être et du savoir-faire étudiées. Si de nouvelles habitudes en distanciel ont été établies par les orthophonistes, celles-ci n'ont pas été maintenues lors du retour en présentiel.

Discussion : Aujourd'hui pérennisée, la téléorthophonie est un outil au service de la pratique orthophonique, mais ne doit pas la remplacer. De facto, puisque les orthophonistes ont été capables d'ajuster leur pratique en distanciel, ils devraient pouvoir conserver leurs ajustements en présentiel.

Mots-clés : *orthophonie – téléorthophonie – pratique – évolution – savoir-être – savoir-faire – crise sanitaire – questionnaire*

Abstract

Introduction : Speech and language therapy, guided by important interpersonal skills and know-how, is an art that has been constantly evolving since 1964. This profession of care, relationship and communication was suddenly disrupted by Covid-19. Speech and language therapists, subject to the state of health emergency, were prohibited from practising face-to-face between March 17th 2020 and May 11th 2020. They had to adapt and, for many of them, experiment with telepractice. The professionals who used telepractice during the health crisis were then able to test the interests and limits of distance mode.

Materials and methods : The hypothesis of this study is that the experience of telepractice has modified the professional practice of speech and language therapists by changing their know-how and interpersonal skills. The experience of 100 SLTs who used telepractice during the health crisis was collected via an online questionnaire. A comparison of their distance practice with their face-to-face practice before and after the telepractice experience was then carried out.

Results : The results show that telepractice has modified the practice of speech and language therapists by changing several components of the know-how and interpersonal skills studied. Although new habits were established by the SLTs in the distance mode, these were not maintained when they returned to the face-to-face mode.

Discussion : Telepractice is now a permanent feature of SLT practice but it should not replace it. In fact, as speech and language therapists have been able to adjust their practice in the distance mode, they should be able to maintain their adjustments in the face-to-face mode.

Keywords : *speech and language therapy – telepractice – practice – evolution – interpersonal skills – know-how – health crisis – questionnaire*

Liste des acronymes

AMO : Acte Médical d'Orthophonie

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles

ARS : Agence régionale de santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

COVID-19 : Corona virus disease-19

CSP : Code de la santé publique

DPC : Développement Professionnel Continu

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

FNO : Fédération Nationale des Orthophonistes

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IP : Internet Protocol

LSVT : Lee Silverman Voice Treatment

NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

PES : Prises en soins

SORA : Syndicat des Orthophonistes de la Région Auvergne

TDA/H : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TMO : Télésoin Médical en Orthophonie

TNCM : Trouble neurocognitif majeur

TO : Téléorthophonie

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

Table des matières

I- Partie théorique	4
1. L'orthophonie	4
1.1. La pratique professionnelle	4
1.1.1. Définitions	4
1.1.2. Lieux d'exercice et données démographiques.....	5
1.1.3. Analyse et évaluation des pratiques professionnelles.....	6
1.1.4. Savoirs, savoir-faire et savoir-être.....	7
1.2. Le savoir-faire orthophonique	8
1.2.1. Définitions	8
1.2.2. Le cadre thérapeutique.....	9
1.2.3. Le contrat thérapeutique	9
1.3. Le savoir-être orthophonique.....	10
1.3.1. Définitions	10
1.3.2. De la relation thérapeutique à l'alliance thérapeutique	11
1.3.3. La communication verbale et non verbale.....	12
2. La pandémie liée à la Covid-19.....	13
2.1. Déroulement des événements	13
2.1.1. Transmission et propagation du virus.....	13
2.1.2. Réponse du système de santé français	13
2.2. Mesures gouvernementales.....	14
2.2.1. Premier confinement.....	14
2.2.2. Allègement des nouveaux confinements	14
2.3. La télésanté.....	15
2.3.1. La télémedecine.....	15
2.3.2. Le télésoin.....	16
3. La téléorthophonie.....	17
3.1. Historique et mise en place.....	17
3.1.1. Avant l'état d'urgence sanitaire.....	17
3.1.2. Pendant l'état d'urgence sanitaire.....	18
3.1.3. Après l'état d'urgence sanitaire	21
3.2. Caractéristiques de la téléorthophonie.....	21
3.2.1. Intérêts / Avantages de la téléorthophonie	22

3.2.2.	Limites / Inconvénients de la téléorthophonie.....	22
II-	Méthodologie.....	24
1.	Problématique, hypothèse et objectifs	24
1.1.	Problématique.....	24
1.2.	Hypothèse et objectifs	24
2.	Matériel.....	25
2.1.	Construction du questionnaire	25
2.1.1.	Présentation du support	25
2.1.2.	Architecture du questionnaire.....	25
2.2.	Format des questions et modalités de réponses	27
3.	Méthode	29
3.1.	Création et diffusion du questionnaire.....	29
3.2.	Choix et présentation de la population	29
3.2.1.	Critères d'inclusion.....	29
3.2.2.	Critères d'exclusion.....	30
4.	Analyse des résultats	30
4.1.	Analyse descriptive.....	30
4.2.	Représentation des résultats.....	31
III-	Résultats	32
1.	Le sujet participant	32
2.	Le savoir-être orthophonique et téléorthophonique.....	33
2.1.	Analyse de la pratique orthophonique dans le temps	33
2.2.	Sens de variation de la pratique orthophonique en fonction de la TO	34
2.2.1.	Thème C- La relation thérapeutique	36
2.2.2.	Thème D- L'implication des famille/les aidants du patient	36
2.2.3.	Thème E- Le bien-être du patient	36
2.2.4.	Thème F- L'environnement de la prise en soin	37
2.2.5.	Thème G- La communication verbale et para-verbale de l'orthophoniste	37
2.2.6.	Thème H- La communication non verbale de l'orthophoniste.....	37
2.2.7.	Thème I- Le confort et la disponibilité de l'orthophoniste.....	38
2.2.8.	Thème J- La solidarité entre orthophonistes.....	38
3.	Le savoir-faire orthophonique et téléorthophonique	38

3.1.	Analyse de la pratique orthophonique dans le temps	38
3.2.	Sens de variation de la pratique orthophonique en fonction de la TO	39
3.2.1.	Thème K- Le cadre thérapeutique	40
3.2.2.	Thème L- La préparation des séances	40
3.2.3.	Thème M- Le choix du matériel	41
3.2.4.	Thème N- Le dossier suivi du patient.....	41
4.	Les manques liés à la TO.....	41
IV-	Discussion	43
1.	Interprétation des résultats.....	43
1.1.	Premier objectif	43
1.2.	Deuxième objectif.....	44
1.3.	Troisième objectif.....	46
1.4.	Quatrième objectif	47
1.5.	Cinquième objectif	47
1.6.	Hypothèse de l'étude	48
2.	Intérêts de l'étude	48
3.	Limites et biais méthodologique de l'étude.....	48
3.1.	Conception du questionnaire	48
3.2.	Analyse des résultats	49
4.	Perspectives	49
	Conclusion	50
	Références bibliographiques.....	51
	Table des illustrations	58
	Annexes.....	59
	Annexe 1 : Message d'accueil du questionnaire en ligne.....	59
	Annexe 2 : Maquette du questionnaire avant sa création en ligne sur Lime Survey.....	61

I- Partie théorique

Si le terme « *orthophonie* », du grec « *ortho* » signifiant « *droit* » et « *phonie* » se rapportant à la « *voix* », apparaît en 1829 avec la création de l'Institut orthophonique de Paris, le statut légal de la profession existe en France seulement depuis le 10 juillet 1964 (FNO, 2021c). Les orthophonistes, alors reconnus comme professionnels de santé, sont admis au livre IV du Code de la santé publique (CSP). Au premier janvier 2021, 27 642 orthophonistes exerçaient en France. Aujourd'hui, environ 900 étudiants sont, chaque année, diplômés du certificat de capacité d'orthophoniste (DREES, 2021). Depuis sa création, l'orthophonie est « un art en constante évolution » (Le Cossec-Le Bozec, 2012, p. 337) qui nécessite une grande adaptabilité de la part de ses praticiens. La notion d'« *orthophoniste-caméléon* » suggérée par Pauline Toulouse-Beneton (2021) souligne les capacités de l'orthophoniste à renouveler sa pratique en la remettant en question et en développant ses méthodes d'intervention.

1. L'orthophonie

1.1. La pratique professionnelle

1.1.1. Définitions

En 2016, la définition de l'orthophonie est actualisée dans le CSP : la pratique orthophonique inclut « la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo- faciales » (Titre IV, Article L 4341-1 du Code de la santé publique, 2016).

L'orthophoniste est donc le thérapeute spécialiste de l'orthophonie qui prend en soins des patients de tous âges, présentant des troubles congénitaux, développementaux, ou acquis. « Il contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient ainsi qu'au rétablissement de son rapport confiant à la langue » (Titre IV, Article L 4341-1 du Code de la santé publique, 2016)

Son champ de compétences est, quant à lui, toujours en vigueur depuis 2004 dans le CSP : « L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :

1. Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :
 - a) La rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;

- b) La rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral, dysphasies, bégaiements, quelle qu'en soit l'origine ;
- c) La rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompétence vélo-pharyngée ;
- d) La rééducation des troubles du langage écrit, dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, et des dyscalculies ;
- e) L'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication ;

2. Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :

- a) La rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques ;
- b) La rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ;
- c) La rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ;
- d) La rééducation des troubles de la déglutition, dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-lingo-faciale ;
- e) La rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-oesophagienne ou trachéo-pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire ;

3. Dans le domaine des pathologies neurologiques :

- a) La rééducation des dysarthries et des dysphagies ;
- b) La rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées, aphasie, alexie, agnosie, agraphie, acalculie ;
- c) Le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral (Article R4341-3, 2004). »

L'orthophoniste effectue les actes médicaux d'orthophonie (AMO) inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et agit sur prescription médicale (FNO, 2021c).

1.1.2. Lieux d'exercice et données démographiques

L'orthophoniste peut travailler en libéral (dans un cabinet et/ou au domicile de ses patients), en salariat (à l'hôpital, dans des structures médico-sociales, etc), ou avoir une activité mixte. Au 1^{er} janvier

2021, 22 307 des orthophonistes exerçaient une pratique libérale ou mixte, tandis que 5 335 étaient salariés (DREES, 2021). La répartition des orthophonistes est inégale sur le territoire français. La densité moyenne est de 41,08 orthophonistes pour 100 000 habitants (DREES, 2021). D'après la Haute Autorité de Santé (HAS) : l'orthophonie est marquée par « un accès aux soins en tension à cause d'une démographie insuffisante pour répondre à l'accroissement de la demande, accroissement lié à l'extension de son champ de compétences et à la croissance des populations concernées » (HAS, 2021, p. 98). La dégradation de l'offre des soins orthophoniques s'explique notamment par :

- Un numérus clausus peu élevé (912 places en 2021) entraînant un nombre insuffisant d'orthophonistes en France (FNO, 2021a).
- Des contraintes budgétaires au sein d'établissements de santé à l'origine d'un grand nombre de postes vacants (plus de 31% des postes salariés) voire d'une absence de postes dans ces structures (HAS, 2021).
- Des zones sous-dotées et très sous-dotées, dépourvues d'orthophonistes (FNO, 2021b).

1.1.3. Analyse et évaluation des pratiques professionnelles

L'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP) et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) contribuent à rendre les praticiens experts de leur art, via leur formation initiale et continue. En orthophonie, si elles sont complémentaires, ces méthodes visent toutes deux l'amélioration de la qualité des soins, le respect des obligations éthiques et déontologiques, la construction d'une identité professionnelle et le maintien des valeurs de la profession (Lanaud & Kim, 2016).

L'APP spécifique à l'orthophonie pourrait correspondre au néologisme « *méta-orthophonie* » proposé par Françoise Estienne (2004, p. 13), qu'elle définit comme une « prise de distance par rapport à sa pratique pour l'analyser et l'enrichir à travers une série d'outils capables : de comprendre, d'analyser et de favoriser l'action thérapeutique pour la rendre efficace ».

L'EPP appliquée à l'orthophonie cible, actuellement, la pratique du bilan orthophonique. Cette démarche réflexive permet aux orthophonistes, réunis en petits groupes, d'analyser leur pratique de manière critique et constructive, tout en faisant des liens avec les textes réglementaires. La méthodologie élaborée par la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) puis validée par la HAS inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique orthophonique (FNO form, s. d.).

Les futurs orthophonistes sont également sensibilisés à ces méthodes d'amélioration puisque l'APP et l'EPP figurent, depuis 2013, parmi les trois référentiels qui réglementent la formation initiale des étudiants en orthophonie (Lanaud & Kim, 2016) :

- UE 10 du référentiel de formation : « *Évaluation des pratiques professionnelles* »
- Compétence 7 du référentiel de compétences : « *Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle* »
- Activité 8 du référentiel d'activités : « *Veille professionnelle et actions d'amélioration des pratiques professionnelles* » via la « *Réalisation d'actions d'analyse des pratiques professionnelles* »

Si l'évolution des pratiques professionnelles peut être facilitée par l'APP et l'EPP, elle peut également être freinée par plusieurs facteurs : un burn out, des préoccupations personnelles, un épuisement biologique, une démotivation face au travail, un sentiment d'impuissance, des compétences insuffisantes et du stress (Pont, 2011). Tout professionnel doit ainsi avoir conscience de ces risques pour éviter leur survenue.

1.1.4. Savoirs, savoir-faire et savoir-être

Les référentiels mentionnés ci-dessus détaillent les aptitudes dont l'orthophoniste doit faire preuve ainsi que les activités qu'il doit mettre en œuvre afin d'être compétent et efficace (Lanaud & Kim, 2016). Son expertise est possible grâce à l'articulation de trois ressources : ses connaissances (ses savoirs), ses pratiques (son savoir-faire) et ses attitudes (son savoir-être) (Durand, 2006).

Ce trio de compétences est acquis en formation initiale puis constamment enrichi et mis à jour grâce au Développement Professionnel Continu (DPC). Tout thérapeute détient des savoirs, un savoir-faire et un savoir-être qu'il peut donc améliorer « au fil du temps, au fil de ses remises en question, de ses formations, de ses expériences professionnelles et personnelles, au fil de sa maturité grandissante, etc. » (Pont, 2011, p. 78)

D'après le CNRL(s. d.-a), le savoir est : « l'ensemble des connaissances reçues, d'expériences vécues dans un domaine, dans une discipline, dans une science, dans une profession ». Jean-Jacques Guilbert (2001) identifie, quant à lui, les savoirs théoriques à des « *compétences intellectuelles* ». Selon Françoise Estienne (2004), le savoir orthophonique, correspondant aux apprentissages accumulés

durant les études et après, postule de suivre l'évolution permanente des idées et connaissances. « Un savoir, aussi riche et pointu soit-il, doit se traduire dans un savoir-faire » (Estienne, 2004, p. 13).

1.2. Le savoir-faire orthophonique

« Dans le cadre des troubles congénitaux, développementaux ou acquis, l'orthophoniste met en œuvre les techniques et les *savoir-faire* [emphasis ajoutée] les plus adaptés à l'évaluation et au traitement orthophonique du patient et participe à leur coordination. » (Titre IV, Article L 4341-1 du Code de la santé publique, 2016)

1.2.1. Définitions

Le savoir-faire est défini par le CNRTL(s. d.-b) comme la : « pratique aisée d'un art, d'une discipline, d'une profession, d'une activité suivie ; habileté manuelle et/ou intellectuelle acquise par l'expérience, par l'apprentissage, dans un domaine déterminé. » Jean-Jacques Guilbert (2001) assimile, quant à lui, le savoir-faire à des « *compétences gestuelles* ».

Le savoir-faire orthophonique se caractérise par une technicité associée à des procédés et des méthodes dont seul l'orthophoniste dispose pour effectuer des bilans orthophoniques et prendre en soins des patients. Ces compétences techniques ne sont pas naturelles : elles sont fondées sur des bases théoriques solides et nécessitent d'être éprouvées. D'après Delphine Pont (2011), le savoir-faire orthophonique permet ainsi de différencier l'orthophoniste d'un autre professionnel de santé. Cependant, cette technicité est flexible et peut différer d'un orthophoniste à un autre, mais également d'une prise en soins (PES) à une autre.

Puisque certaines rééducations requièrent un aspect ludique, les habiletés manuelles et aptitudes à la créativité semblent être liées au savoir-faire orthophonique qui se veut adaptable à chaque patient : « Construire des exercices prend évidemment du temps mais montre au patient que nous le respectons et que nous partons de lui, de son quotidien, de ses hobbies, de son niveau et de ses difficultés. » (Brison & Grammaticos, 2012, p. 354)

Le savoir-faire orthophonique est également associé à la mise en place par l'orthophoniste de dispositifs lui permettant d'agir efficacement. Ce dernier peut ainsi recourir à des moyens facilitant l'organisation ou le déroulement des séances : la pose d'un cadre thérapeutique, l'utilisation d'un

contrat, la préparation des activités, la structuration et la gestion du temps de séance, etc. Les notions de cadre thérapeutique et de contrat thérapeutique sont les plus présentes dans la littérature.

1.2.2. Le cadre thérapeutique

L'idée dominante signifiée par le terme « cadre » est celle de la « délimitation ». Par généralisation, le cadre thérapeutique serait une circonscription de l'espace et du temps thérapeutique. Baron définit le cadre thérapeutique comme un « espace de confidences, un espace de travail lié à un handicap et des souffrances, lieu de chaleur et de valorisation » (Baron, 2010, p. 87).

Si l'existence d'un cadre externe est inévitable puisque la pratique orthophonique est régie par des décrets, le CSP et une NGAP, l'établissement d'un cadre thérapeutique interne est, quant à lui, fondamental (Pelaez, 2021). En effet, il permet de poser des limites au patient, aux parents/aidants mais également au thérapeute, dès le début de la PES. Maria-Inès Pelaez (2021) identifie le cadre thérapeutique à « un dehors et un dedans : ce qui est possible, ce qui ne l'est pas ; pour nous [les orthophonistes] et pour le patient ». D'après Delphine Pont (2011, p. 40), « c'est d'abord le lieu, l'horaire, la durée et la fréquence des séances, la rémunération et le mode de paiement. » Afin que l'orthophoniste et son patient puissent travailler sereinement, le cadre se doit d'être permanent et respecté mutuellement (Riberi, 2016).

En orthophonie, le cadre peut ainsi être considéré comme un espace et un temps de soin dans lequel des objectifs (projet thérapeutique...), des repères et des rituels stables (horaire, présence des parents/aidants, configuration du bureau...), des règles à respecter (ponctualité, assiduité, respect du matériel...) des limites à ne pas franchir (refus de travailler, discourtoisie, non-paiements...), etc, sont établis par le professionnel. Ces éléments permettent d'optimiser la PES, à condition d'être honorés tant par l'orthophoniste que par son patient (Pelaez, 2021).

1.2.3. Le contrat thérapeutique

Juridiquement, le terme « contrat » a pour définition « accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes destiné à créer, modifier, transmettre, ou éteindre des obligations » (Article 1101 du Code civil, 2016). Selon Françoise Estienne (2004, p. 24), le contrat thérapeutique désigne « l'engagement mutuel entre le patient ou ses représentants et le thérapeute à œuvrer ensemble pour obtenir un état désiré défini en termes positifs, opérationnels ».

En orthophonie, le contrat symbolise la volonté de l'orthophoniste et du patient à s'engager ensemble dans un projet thérapeutique commun. Il peut être formalisé à l'écrit et constituer une charte, gage d'une véritable alliance thérapeutique (Pelaez, 2021). C'est un outil au service du cadre thérapeutique. Toutefois, l'éthique et la déontologie, les règles socioculturelles, sont, entre autres, des principes implicites rarement énoncés ou rédigés par l'orthophoniste (Pont, 2011, p.40).

La co-construction d'un contrat nécessite que l'orthophoniste prenne le temps d'expliquer sa façon de travailler, ses attentes, ses objectifs ; et pense à recueillir la demande du patient ainsi que son consentement (Pelaez, 2021). Sa mise en place permet d'établir un climat de confiance et de responsabilités partagées (Pont, 2011). Elle contribue également à générer de la motivation chez le patient et son thérapeute ; d'après Françoise Estienne (2004), le recours à ce contrat est motivant et mobilisateur d'énergie.

1.3. Le savoir-être orthophonique

Si le savoir-faire orthophonique est essentiel puisqu'il fait la spécificité de l'orthophoniste, le savoir-être orthophonique semble jouer un rôle encore plus important dans l'efficacité de la PES (Pont, 2011). (D'après Bregeard, 1991, p.20 cité par Pont, 2011) : « Les résultats ne viendront pas de la technique elle-même, mais de notre capacité de relation avec l'autre ». L'orthophoniste doit donc faire preuve d'un savoir-faire mais également d'un savoir-être indispensable pour pouvoir être disponible et savoir se positionner face aux différentes situations (Baron, 2010).

1.3.1. Définitions

Le « savoir-être » est un terme qui englobe les attitudes et les comportements associés aux valeurs humaines permettant des relations harmonieuses. Jean-Jacques Guilbert (2001) caractérise, quant à lui, le savoir-être de « *compétences à communiquer* ».

Au sein d'une relation thérapeutique, le savoir-être se définit par la manière dont le thérapeute « est » avec son patient (D'après Bioy & Maquet, 2003, cités par Pont, 2011). Il s'agit de sa manière de se positionner face à lui, de se comporter envers lui et d'interagir avec lui. Tous les paramètres de la communication (le verbal, le non-verbal et le para-verbal) entrent donc en jeu. Savoir communiquer

pour un thérapeute, c'est également savoir écouter et savoir observer son patient (D'après Mucchielli, 2014, cité par Riberi, 2016). Dans son mémoire, Delphine Pont (2011) liste les attitudes thérapeutiques pouvant correspondre au savoir-être orthophonique : la facilité à entrer en relation, la neutralité bienveillante, l'écoute, l'empathie, la maîtrise de ses émotions, la diplomatie, l'authenticité, l'adaptabilité, la créativité, la fermeté, l'humilité et la patience. D'après elle, ces comportements sont à privilégier et à développer dans une relation thérapeutique pour « créer un climat de confiance, de sécurité et de plaisir, afin de susciter chez le patient motivation, liberté d'expression, et plaisir de l'interaction » (Pont, 2011, p. 19). Si ces qualités sont intrinsèques au thérapeute, elles ne sont pas forcément innées. D'après Claudine Curchod (2009, p. 186) :

« Les attitudes relationnelles ne sont jamais complètement et définitivement acquises et requièrent un apprentissage lent et long, qui va au plus profond de nous-mêmes [les orthophonistes]. Cet apprentissage est non seulement gage d'un épanouissement personnel et professionnel, mais un des meilleurs moyens de prévention des conflits entre personnes soignantes et personnes soignées, entre pairs, entre collaborateurs et supérieurs hiérarchiques. »

L'APP semble ainsi recommandée à tout thérapeute qui souhaite faire évoluer son savoir-être.

1.3.2. De la relation thérapeutique à l'alliance thérapeutique

Le sens littéral de « *relation thérapeutique* » est le rapport entre un thérapeute et son patient. Un consensus émane de la littérature : une bonne relation thérapeutique est essentielle à la réussite d'une rééducation. Néanmoins, le praticien, qui s'investit dans la relation, peut éprouver de la difficulté à maintenir un juste équilibre entre empathie et professionnalisme (Dufournier, 2017).

En orthophonie, la relation thérapeutique fait suite à une rencontre entre un patient et un orthophoniste. Elle est également dite « *relation d'aide* » puisqu'elle se crée à partir d'une plainte et d'une demande exprimées par un patient, auxquelles l'orthophoniste répond en proposant une PES (Pont, 2011). Dès leur premier contact, les facteurs relationnels priment puisque l'orthophoniste et le patient ont besoin de se connaître pour savoir comment se comporter (Dufournier, 2017).

D'après Pascaline Dufournier (2017), lors des séances qui suivent cette rencontre, l'orthophoniste doit soutenir le processus rééducatif en proposant un climat rassurant pour son patient. Cette relation de soutien est caractérisée par l'absence de jugements de valeur, le respect, l'intérêt de l'orthophoniste envers son patient. Le thérapeute dispose alors de plusieurs techniques de soutien : les

encouragements, la validation empathique, les interventions de psychoéducation, les conseils, les compliments (Dufournier, 2017). D'après Delphine Pont (2011, p. 17) : « Il est important que l'orthophoniste se concentre sur la personne dans sa globalité plutôt que sur son trouble uniquement. Il s'agit de redonner à l'individu son statut de sujet parlant et cela passe par la relation thérapeutique. »

Une fois instaurée, la relation ne se trouve plus au premier plan et devient un instrument au service de la PES orthophonique. Aussi, la relation thérapeutique évolue vers une alliance thérapeutique. Cette alliance qui se noue au sein d'une thérapie est appelée « *rapport collaboratif* » par Charly Cungi (2016) qui insiste sur la participation active du patient. Le rapport collaboratif consiste en une relation dans laquelle le patient et son thérapeute travaillent ensemble pour un objectif commun. D'après Pascaline Dufournier (2017), ce rapport implique quatre grands principes : la négociation, la mutualité, la confiance et l'acceptation. Finalement, relation et communication vont de pair : la relation permet la communication et inversement, une communication efficace renforce cette même relation.

1.3.3. La communication verbale et non verbale

La communication se définit comme « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu » (Brin-Henry et al., 2011). Bien que controversés, les travaux du psychologue Mehrabian en 1967 indiquent que, dans un échange, 7 % du message total serait verbal, 38 % serait vocal et 55% serait corporel (Joly, 2014). La communication transite donc par différents canaux et présente trois dimensions :

- La communication verbale qui se manifeste par la signification des mots via le langage oral et écrit.
- La communication non verbale qui s'exprime par le langage corporel à travers la proxémie, la distance à l'interlocuteur, les postures, les gestes, le toucher, les mimiques, le regard, les émotions.
- La communication para-verbale qui se traduit par l'aspect vocal de la parole grâce à l'intonation, le débit, la hauteur, le rythme, l'articulation, le volume, les pauses, les ruptures (Joly, 2014).

Selon Françoise Estienne (2004, p. 9), « Un orthophoniste parle bien, s'exprime facilement oralement et par écrit, son élocution est irréprochable, il possède plusieurs langues qu'il parle avec aisance, sa voix est bonne si pas nécessairement belle... ». Elle fait référence au « *savoir-dire* » orthophonique qui émane du *savoir-être* et véhicule un *savoir* et un *savoir-faire* grâce aux habiletés communicationnelles.

Au même titre que le soin et la relation, la communication est au cœur de l'orthophonie ; Ces trois fondements de la pratique ont été alors subitement bouleversés par la survenue de la Covid-19...

2. La pandémie liée à la Covid-19

Le 17 novembre 2019, un nouveau virus de la famille des Coronavirus a été découvert en Chine. Son agent pathogène est le *Severe Acute Respiratory Syndrome- Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), responsable de syndrome respiratoire aigu sévère. Les sujets atteints peuvent être asymptomatiques, mais également présenter des symptômes légers à sévères. Les formes les plus graves peuvent évoluer vers une détresse respiratoire aiguë du sujet et entraîner sa mort (Prêcheur et al., 2020).

2.1. Déroulement des événements

2.1.1. Transmission et propagation du virus

Les modes de transmission du virus, par voie aérienne ainsi que par contact direct et indirect de surfaces contaminées, contribuent à sa propagation très rapide à l'extérieur de la Chine (Prêcheur et al., 2020). En France, les trois premiers cas officiels, depuis la découverte du virus, sont pris en soins le 24 janvier 2020 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020a). La charge virale et l'indice de contagiosité de cette maladie sont très élevés : une personne affectée contamine environ deux ou trois autres personnes (Prêcheur et al., 2020). Entre le 21 janvier 2020 et le 24 mars 2020, 22 302 cas de Covid-19 ont été recensés en France (Santé publique France, 2020).

2.1.2. Réponse du système de santé français

Le 30 janvier 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclare que l'émergence de ce virus constitue une urgence de santé publique de portée internationale (Organisation mondiale de la santé, 2020). La France réagit à cette urgence sanitaire via le plan « ORSAN » (Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) aussi appelé « *plan blanc* ». Ce dispositif est « élaboré et mis en œuvre par chaque ARS dont les objectifs opérationnels sont : d'assurer la prise en charge des patients atteints d'infection liée à un agent infectieux et d'endiguer la propagation de l'agent infectieux » (Ministère des solidarités et de la santé, 2020).

Le stade 1 du plan ORSAN, déclenché le 13 février 2020, consiste à freiner l'introduction du virus en France par des stratégies d'endiguement. Le stade 2, dont le but est de limiter la propagation du virus sur le territoire français via des mesures d'endiguement, est activé le 29 février 2020 (Gay & Steffen, 2020). Le 11 mars 2020, l'OMS (2020) annonce officiellement que l'épidémie de Covid-19 est devenue pandémique. Une campagne sanitaire de recommandation « *des gestes barrières* » hygiéniques et de distanciation physique est ainsi diffusée en France (Ministère des Solidarités et de

la Santé, 2020b). Enfin, le stade 3 du plan ORSAN visant l'atténuation des effets de la pandémie est mis en place le 14 mars 2020 (Gay & Steffen, 2020). Les professionnels de santé, dont les orthophonistes, ont reçu comme consigne de la direction générale de santé le report des soins non urgents de leurs patients considérés comme fragiles (FNO, 2020a).

2.2. Mesures gouvernementales

2.2.1. Premier confinement

Afin de prévenir la propagation de la Covid-19, le Président Emmanuel Macron annonce, le 16 mars 2020, l'interdiction de déplacement de toute personne hors de son domicile à l'exception des motifs décrits dans l'article 1 du Décret N°2020-260, à partir du 17 mars 2020. (Direction de l'information légale et administrative, 2020) Le gouvernement français établit ainsi un premier confinement national du 17 mars au 15 avril, prolongé jusqu'au 11 mai 2020. Pour répondre à cette crise sanitaire, la possibilité d'instaurer un état d'urgence sanitaire en cas de catastrophe sanitaire est introduite au CSP le 23 mars 2020. L'état d'urgence sanitaire est, alors, appliqué une première fois en France du 24 mars 2020 au 10 juillet 2020 (Direction de l'information légale et administrative, s. d.).

Ce premier confinement a un réel impact sur les professionnels de santé : les professionnels paramédicaux doivent cesser leur activité en présentiel car leur sécurité sanitaire ainsi que celle de leurs patients ne peuvent être assurées faute de masques, de gants et de surblouses. En effet, ces moyens de protection sont réservés aux professionnels prioritaires, c'est-à-dire les soignants des patients atteints de la Covid-19 ou de ceux en urgence vitale (*Covid-19 : Actualités du mardi 24 mars 2020*).

Beaucoup de professionnels de santé libéraux ont donc fermé leur cabinet et stoppé leurs PES. Afin de juguler la crise sanitaire tout en assurant la continuité des soins, le recours à la télésanté a été la meilleure alternative (Cayol, 2020).

2.2.2. Allègement des nouveaux confinements

L'état d'urgence sanitaire est à nouveau appliqué entre le 17 octobre 2020 et le 1^{er} juin 2021 (Direction de l'information légale et administrative, s. d.). Pendant cette période, un deuxième confinement est instauré en France à partir du 30 octobre 2020 jusqu'au 15 décembre 2021. Bis repetita, un troisième confinement débute le 3 avril 2021 pour s'achever le 3 mai 2021.

Ces deux périodes sont moins contraignantes que la première pour les professionnels de santé :

« Les professions réglementées par le Ministère des Solidarités et de la Santé intervenant dans le champ de la santé sont les professions reconnues par le Code de la santé publique et les professions à usage de titre encadrées par diverses lois non codifiées. Ces professionnels peuvent ainsi continuer, selon leur domaine de compétences et mode d'exercice habituels, y compris en cabinet libéral, à recevoir des patients dans le respect notamment des mesures dites barrières. » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020c)

Si les professionnels en question ont la possibilité de poursuivre leurs PES en présentiel sur ces périodes critiques, la télésanté reste une option envisageable. (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020c)

2.3. La télésanté

Dans la littérature, le terme correspondant à la notion de « *santé à distance* », le plus génériquement employé, est « *télésanté* » ou « *telehealth* » (Dufournier, 2017).

Le concept de télésanté figure dans le CSP en tant que titre du chapitre VI du Livre III : il comprend les notions de « *télé médecine* » et de « *télésoin* ». L'objectif de la télésanté est de faciliter et d'améliorer la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi médical de patients (AMELI, 2021). Il s'agit d'un outil utile pour pallier les difficultés d'accès aux soins dues à l'évolution de la démographie médicale, aux inégalités territoriales d'accès aux soins ou encore, à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques liée au vieillissement de la population (Safon, 2021).

La pandémie de Covid-19 transforme la prestation des soins de santé, notamment par une expansion rapide de la télésanté (Tenforde et al., 2020). « Les pratiques de télésanté entrent aujourd'hui dans les universités et les écoles de formation. Demain, les professionnels de santé exerceront de façon courante à la fois en présentiel et à distance » (Simon & Moulin, 2021).

2.3.1. La télé médecine

Le concept de « *télé médecine* » apparaît pour la première fois en France en 2004 dans la *Loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie* puis est reconnu et intégré au CSP en 2009 dans la *Loi n° 2009-879 dite « Hôpital Patient Santé Territoire »* (HPST) (Toulouse-Beneton, 2021). L'article L6316-1 du Code de la santé publique (2019) définit la « *télé médecine* » comme :

« Une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »

La télémédecine se décline en 5 actes différents : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance médicale et la réponse médicale dans le cadre de la régulation médicale (AMELI, 2021).

Si la télémédecine a fait l'objet de nombreuses expérimentations après sa législation, son intérêt pratique a réellement été révélé lors de la crise sanitaire induite par la Covid-19, laquelle a facilité son acceptation sociale par les professionnels de santé et par les patients (Cayol, 2020). « Avec l'épidémie de Covid-19, la télémédecine et le télésoin se sont invités dans les usages. De nouvelles professions ont été autorisées à exercer à distance pour que la population puisse continuer à se soigner. » (Simon & Moulin, 2021).

2.3.2. Le télésoin

Afin de simplifier l'accès aux soins et la coordination des professionnels de santé, la *Loi n° 2019-774 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé* consacre un chapitre au déploiement de la télémédecine et des télésoins (HAS, 2021). Le terme « *télésoin* » est défini pour la première fois dans l'article L6316-2 du Code de la santé publique (2019) comme « une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. » Les professions concernées sont les pharmaciens et auxiliaires médicaux (HAS, 2021).

Si le concept de télésoin figure dans la loi française dès juillet 2019, les actes de télésoin, ses conditions de réalisation et les catégories professionnelles concernées ne seront pas réglementés avant le confinement de mars 2020 (Toulouse-Beneton, 2021). Dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire lié à la pandémie de Covid-19, des mesures sont prises par le ministre des Solidarités et de la Santé afin de permettre à certains professionnels, dont les orthophonistes, de recourir au télésoin (HAS, 2021).

3. La téléorthophonie

Dans la littérature, la notion d'« *orthophonie à distance* » est exprimée à travers les termes « *téléorthophonie* », « *visiophonie* », « *e-orthophonie* ». Dans ce mémoire, la formulation privilégiée est celle de « *téléorthophonie* » (TO) qui renvoie à l'utilisation du télésoin dans le cadre de la pratique orthophonique (Bertin, 2021).

3.1. Historique et mise en place

3.1.1. Avant l'état d'urgence sanitaire

Alors que l'orthophonie à distance existe depuis de nombreuses années au Canada et aux États-Unis, les prémices de la TO sont récentes en France (Dufournier, 2017). Les premières recherches et expérimentations remontent à 2014 avec la publication du mémoire d'Olivier Deygas qui réalisait un état des lieux de la TO et mettait en avant ses perspectives. Il a ainsi interrogé 144 orthophonistes et 211 étudiants en dernière année d'orthophonie afin de connaître leur position sur la pratique de l'orthophonie à distance (Toulouse-Beneton, 2021). D'après Olivier Deygas (2014, p. 36), les participants de son étude estiment que leur pratique serait limitée en TO :

« Interagir via un écran serait trop restrictif. Ils [les participants] évoquent leur attachement à la consultation en présentiel. Elle leur semble essentielle pour créer l'alliance thérapeutique et le sentiment de co-présence. Cependant, ils admettent l'utilité de la téléorthophonie dans certains cas. Le suivi post-thérapeutique et la guidance sont les actes les plus susceptibles d'être réalisables. Un bilan à distance ne serait pas souhaitable et une prise en charge ne pourrait se concevoir que très ponctuellement à distance. »

En 2015, la question de la TO est au cœur des débats ; plusieurs orthophonistes l'exerçant déjà à demi-mot, une législation semble ainsi nécessaire pour encadrer cette pratique (Toulouse-Beneton, 2021). Bien que la TO ne figure ni dans la NGAP ni dans la Convention Nationale, elle ne peut être qualifiée d'illégale puisqu'elle s'inscrit dans le cadre de la télé-réhabilitation et profite du décret d'application relatif à la télé-médecine (Lanaud & Kim, 2016). Toutefois, ce mode d'intervention ne peut se pratiquer dans un cadre conventionné : les soins prodigués en TO ne sont donc pas pris en charge par la Sécurité sociale (Toulouse-Beneton, 2021). Dans sa thèse « *De la formation ouverte à distance à la rééducation orthophonique à distance : vers une nouvelle approche enrichie de l'orthophonie* », Pascaline Dufournier (2017) révèle les intérêts qu'elle a trouvés à la pratique de la TO : l'augmentation de l'offre de soins, l'accroissement de l'accessibilité des soins, l'amélioration de la qualité des soins, etc.

En 2017, les orthophonistes obtiennent la permission d'expérimenter la TO :

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

3.1.2. Pendant l'état d'urgence sanitaire

L'état d'urgence sanitaire est également inédit dans le milieu de l'orthophonie (Toulouse-Beneton, 2021). D'après Noémie Gendron (2020b) :

« Il y a les inquiets organisés qui, dès le premier jour du confinement, appellent sans relâche (ça se compte en heures) le numéro payant dédié aux orthophonistes pour bénéficier des indemnités journalières. Il y a les inquiets seulement. Il y a ceux qui se réjouissent d'avoir du temps pour être à jour dans les comptes rendus, finaliser leur comptabilité...Il y a ceux qui se réjouissent d'en avoir pour tout autre chose que de l'orthophonie. Il y a ceux qui n'arrivent pas à se mettre au travail dans ce contexte sanitaire inédit. ... »

Le confinement instauré le 17 mars 2020 oblige plus de 99% des orthophonistes libéraux à fermer leur cabinet (Dehêtre, 2020). C'est un bouleversement total, empli de questionnements et d'inquiétudes, auquel les orthophonistes doivent s'adapter dans l'urgence, en raison d'enjeux thérapeutiques, éthiques et financiers (Toulouse-Beneton, 2021).

« ... Il y a ceux qui hésitent encore à fermer leur cabinet et qui ouvrent une vraie réflexion sur le statut des orthophonistes dans cette crise. Il y a ceux qui cherchent à rester au plus près de leurs patients en se filmant, en les appelant régulièrement, en leur envoyant des liens pour travailler. Il y a ceux qui deviennent les enseignants de leurs enfants. Il y a ceux qui souhaitent s'inscrire à la réserve sanitaire pour aider le personnel soignant en première ligne. Il y a ceux qui proposent de mettre en place des groupes de réflexion en orthophonie sur les réseaux sociaux. Il y a ceux qui cousent des masques. Il y a ceux se battent pour que la téléorthophonie soit reconnue. ... » (Gendron-Bouillon, 2020b)

En effet, les orthophonistes ne sont pas autorisés à recevoir leurs patients durant cette période.

Cependant, bien que le confinement national ait alors fortement encouragé le télétravail, l'usage de la TO n'est, à l'époque, pas encore réglementé et conventionné (Bertin, 2021).

« ... Il y a ceux qui improvisent des formations en ligne. Il y a ceux qui se mobilisent pour pouvoir prendre en charge les premiers patients sortis de réanimation qui auront besoin de soins orthophoniques. Nous sommes un peu tous de ceux-là. Il y aura un avant et un après Covid-19 dans notre profession. Adaptons-nous. Remodélisons-la. Restons solidaires. » (Gendron-Bouillon, 2020b)

Le maître-mot des orthophonistes semble ainsi être « *adaptation* ». À défaut de pouvoir agir dans l'immédiat, ils envisagent des solutions, imaginent l'orthophonie autrement et se réinventent.

C'est une semaine après le début du confinement que l'état d'urgence national est déclaré pour la première fois à compter du 24 mars 2020, et pour une durée initiale de 2 mois (Gay & Steffen, 2020). Le 25 mars 2020, un nouvel arrêté délivre l'autorisation du télésoin pour tous les actes en orthophonie, excepté la rééducation des troubles de l'articulation, la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle, la rééducation vélo-tubo-tympanique et la rééducation des troubles de la voix. Les bilans initiaux et de renouvellement sont également exclus de cet arrêté.

« La pertinence du recours au télésoin est déterminée par l'orthophoniste. Ces actes de télésoin sont réalisés par vidéotransmission. Ils sont conditionnés à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par l'orthophoniste. Pour les mineurs de 18 ans, la présence d'un des parents majeurs ou d'un majeur autorisé est nécessaire. Pour les patients présentant une perte d'autonomie, la présence d'un aidant est requise. » (Arrêté du 25 mars 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, 2020).

De plus, les actes de TO sont entièrement pris en charge par la Sécurité Sociale afin de simplifier leur facturation (Bertin, 2021).

Le 26 mars, la FNO publie des fiches de préconisations détaillant les conditions déontologiques, éthiques, juridiques et techniques de la TO, et met à disposition de tous les orthophonistes un système d'accès au télésoin gratuit et sécurisé (FNO, 2020b).

De nombreux groupes Facebook se créent alors dans le but de favoriser l'expression, le questionnement, mais également l'échange de conseils, le partage de matériels entre orthophonistes :

« Groupe d'échanges sur la Téléorthophonie en temps de confinement » (devenu ensuite « Exercice du télésoin en Orthophonie en France), « Téléorthophonie : interventions orthophoniques au préscolaire », etc (Toulouse-Beneton, 2021). Le groupe « Téléorthophonie » existant depuis février 2017, voit, quant à lui, son nombre de membres quadrupler en l'espace de quelques mois.

Une enquête sur « la mise en application du télésoin en orthophonie dans le cadre des mesures dérogatoires exceptionnelles dans le contexte de la crise sanitaire liée à la pandémie due au Covid-19 » est réalisée par la FNO et diffusée en ligne du 16 au 23 avril 2020. Sur les 6 025 réponses valides et retenues, 2 658 orthophonistes expriment avoir pratiqué la TO sur cette période, soit 44% de l'échantillon (Bertin, 2021).

L'état d'urgence sanitaire étant prolongé jusqu'au 10 juillet 2020, l'usage de la TO est permis jusqu'à cette date. L'arrêté du 10 juillet 2020 proroge l'autorisation d'exercer la TO jusqu'au 30 octobre 2020 (FNO, s. d.). Cependant, l'état d'urgence sanitaire sonne à nouveau le 17 octobre 2020 et donne lieu à un deuxième confinement le 30 octobre 2020. La TO est donc une nouvelle fois autorisée jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire. Le 18 février 2021, l'HAS édite un rapport d'élaboration concernant la qualité et la sécurité du télésoin (HAS, 2021). Des recommandations de bonnes pratiques pour le télésoin en orthophonie y sont intégrées : « Il est suggéré d'éviter le télésoin avec des jeunes enfants pour qui les écrans sont déconseillés. De plus, l'importance d'un environnement adéquat, calme et avec une luminosité correcte paraît pertinente » (Bertin, 2021, p. 9).

L'arrêté du 13 avril 2021 portant sur l'approbation de l'avenant n°17 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie, assure la pérennité de la TO dès la fin de l'état d'urgence sanitaire (Bertin, 2021). Les champs d'application de la TO y sont précisés :

- Tous les patients peuvent bénéficier de la TO à condition d'avoir, au préalable, effectué au moins un acte ou un bilan en présentiel avec le même orthophoniste qu'en distanciel.
- Toutes les situations de soin sont possibles en TO, hormis les actes nécessitant un contact direct en présentiel avec le patient ou un équipement spécifique non disponible près de lui.
- Maximum 20% de l'activité conventionnée d'un orthophoniste peut se faire à distance.
- Seul un orthophoniste du même territoire que le patient peut lui proposer du télésoin.

Les modalités de réalisation et de facturation de la TO y sont également détaillées :

- Les actes de TO sont facturés avec le code Télésoin Médical en Orthophonie (TMO) dont la valeur est identique à celle du code AMO.

- L'orthophoniste, ne pouvant lire la carte Vitale du patient, facture les séances de TO en mode SESAM sans vitale ou en mode SESAM « dégradé ».

L'état d'urgence sanitaire, reconduit à plusieurs reprises, est finalement levé le 1^{er} juin 2021 (Direction de l'information légale et administrative, s. d.).

3.1.3. Après l'état d'urgence sanitaire

Si les cabinets d'orthophonie peuvent ré-ouvrir dès la fin du 1^{er} confinement, les professionnels se posent de nombreuses questions concernant la reprise des soins et le protocole sanitaire à appliquer (Gendron-Bouillon, 2020a). Bien que les orthophonistes puissent accueillir leurs patients en présentiel, ils ont toujours la possibilité de continuer la TO (Toulouse-Beneton, 2021). En effet, de nombreux patients demandent à poursuivre leur PES à distance après avoir apprécié les avantages de la TO : gain de temps, économie d'argent du fait de l'absence de déplacement, accès au soin facilité, etc. Cependant, les mesures dérogatoires permettant l'utilisation de plateformes non sécurisées (telles que Face Time, WhatsApp, Skype, etc.) ne sont pas maintenues (Cayol, 2020). Les orthophonistes doivent donc recourir à des solutions numériques garantissant la protection des données.

D'après Noémie Gendron-Bouillon (2020a, p. 9), « Les nouvelles habitudes ne sont pas faciles à prendre, le rythme est infernal, mais les retrouvailles avec certains patients restent réjouissantes. Certains orthophonistes ont fait le choix de poursuivre le télésoin à temps plein ou en alternant avec le présentiel. » Ce retour à la normale est fatigant pour les professionnels qui doivent travailler autrement, notamment en respectant le rigoureux protocole sanitaire. De plus, la reprise de l'orthophonie en présentiel, associée à la poursuite de l'orthophonie en distanciel, nécessite une grande vigilance à l'origine d'une fatigue « post déconfinement » chez les orthophonistes (Gendron-Bouillon, 2020a).

Une fois la fin de l'état d'urgence sanitaire décrétée, la pérennisation de la TO peut entrer en vigueur à hauteur de 20% de l'activité totale de l'orthophoniste. Sa mise en œuvre doit permettre au professionnel de répondre au mieux aux besoins de chaque patient, et non d'augmenter son nombre d'actes. Aussi, une PES en présentiel doit être privilégiée à une PES téléorthophonique (Bertin, 2021).

3.2. Caractéristiques de la téléorthophonie

En 2021, Pauline Toulouse-Beneton (2021) a réalisé un mémoire d'orthophonie intitulé « *Retour d'expérience sur la pratique du télésoin en orthophonie à l'occasion de la crise sanitaire liée*

à l'épidémie de Covid-19 : *Évaluation des besoins des orthophonistes libéraux pour accompagner le développement de cette nouvelle pratique.* » Dans cet écrit, elle propose une « *synthèse des intérêts, limites et spécificités du télésoin en orthophonie issue des mémoires en orthophonie réalisés sur le sujet entre 2014 et 2019* » (Toulouse-Beneton, 2021) sous forme de tableau. Aussi, les points résumés et présentés ci-dessous résultent de son travail.

3.2.1. Intérêts / Avantages de la téléorthophonie

D'après Pauline Toulouse-Beneton (2021), la TO s'adresse particulièrement aux adolescents de 12-17 ans et aux adultes. De nombreuses PES sont compatibles et efficaces avec la TO : langage écrit, bégaiement, articulation, neurologie (AVC, aphasie, démences en stade léger sans altération de la compréhension), maladies chroniques. L'orthophoniste peut effectuer divers types d'intervention : rééducation, guidance, suivi post-thérapeutique, surveillance, PES intensive (type LSVT) ...

La TO favorise indéniablement l'accès aux soins des patients vivant en zones dépourvues d'orthophonistes, des patients ne pouvant pas se déplacer et des patients expatriés. La TO permet une PES plus écologique car elle s'intègre dans l'environnement du patient. Elle facilite la mise en pratique immédiate des conseils. La TO peut également pallier une période d'absence et compléter des séances en présentiel en rendant le suivi plus fréquent et régulier.

La TO agit sur l'aspect économique et organisationnel en réduisant le coût, l'organisation et la durée des trajets. En effet, la TO est pratique et confortable pour le patient et l'orthophoniste qui peuvent rester à domicile.

La TO opère sur l'aspect matériel avec un marché qui s'est développé pour proposer des outils adaptés aux besoins.

Par ailleurs, la TO influe sur l'aspect humain puisqu'elle permet un contact plus fréquent et facilité avec les aidants qui deviennent acteurs de la PES. Si elle est déjà construite avant, l'alliance thérapeutique n'est pas compromise par la TO. Pour certains patients, l'outil informatique motive d'ailleurs leur communication. Elle facilite également l'expression des patients les plus réservés.

3.2.2. Limites / Inconvénients de la téléorthophonie

D'après Pauline Toulouse-Beneton (2021), la TO ne s'adresse pas aux très jeunes enfants. Certaines PES semblent plus difficiles à mettre en œuvre à distance : langage oral, cognition

mathématique, pathologies présentant des troubles associés, démences en stade modéré à sévère, Alzheimer, aphasie non fluente, TNCM, surdité, TSA, voix, déglutition, dysgraphie. La TO n'est pas adaptée à certains troubles : troubles du comportement, troubles de la compréhension, TDAH, handicap sensoriel...

La TO peut être considérée comme moins humaine car elle augmente le risque d'isolement social du patient et son sentiment de solitude. Elle contraint la pratique orthophonique en rendant impossible le toucher thérapeutique et le contact kinesthésique, en limitant la communication verbale et non verbale et en réduisant les supports de rééducation.

La TO entraîne un risque d'abus, de dérives, un manque de confidentialité et de sécurité des données. Poser un cadre légal était donc nécessaire pour faire respecter les règles éthiques, déontologiques, juridiques et économiques. Le cadre thérapeutique, modifié par la création d'un nouvel espace-temps, doit également être posé.

De plus, la TO influe sur l'aspect économique et matériel : l'illectronisme, la qualité de la connexion internet, du son et de l'image peuvent entraver la qualité de l'échange. Pour pallier ces difficultés, l'achat d'un matériel performant (connexion, équipement) et l'appropriation de l'outil sont nécessaires, tant par le patient que par l'orthophoniste.

L'aspect organisationnel est également modifié par la TO : la préparation des séances peut être chronophage, la ponctualité des séances peut être altérée... Le risque de confusion vie privée/vie professionnelle augmente.

Enfin la TO agit sur l'aspect humain : elle ne peut s'envisager que si l'alliance thérapeutique a été construite au préalable en présentiel. L'absence de contact physique estompe le « être avec ». La communication à distance est alors réduite puisque l'aspect non verbal est moins visible. Le niveau de motivation et d'attention du patient comme de l'orthophoniste peut donc diminuer.

Si la fatigue engendrée par la TO n'a pas été relevée entre 2014 et 2019, celle-ci est mise en évidence par Maya Hally-Dufour (2020) : l'utilisation des écrans entraîne une sensation de perte d'énergie et d'épuisement : fatigue visuelle, céphalées, fatigue vocale, tensions musculaires, crispations, etc.

Alors que la TO n'en était qu'à ses balbutiements ces dernières années, la Covid-19 a favorisé son utilisation massive depuis la crise sanitaire. Le nombre d'orthophonistes ayant testé la TO a bien augmenté depuis les dernières études sur le sujet. Ces orthophonistes, novices ou non en TO, avec un parti-pris ou non à propos de la TO, ont donc pu ressentir les intérêts et les limites de cette pratique. Aussi, la conception d'une nouvelle étude à visée de ces professionnels nous paraissait judicieuse.

II- Méthodologie

Cette partie relatara les étapes scientifiques de cette étude. Tout d'abord, nous exposerons la problématique à l'origine de notre enquête. Puis, nous préciserons notre hypothèse ainsi que les objectifs qui lui sont associés. Enfin, nous présenterons le matériel (construction d'un questionnaire) et la méthode (diffusion du questionnaire, choix de la population cible et analyse statistique) nécessaires à notre enquête.

1. Problématique, hypothèse et objectifs

1.1. Problématique

Comme évoqué précédemment, l'orthophonie, guidée par un savoir-être et un savoir-faire importants, est un art en constante évolution depuis 1964. Ce métier de soins, de relation et de communication a été subitement bouleversé par la Covid-19. Les orthophonistes, soumis à l'état d'urgence sanitaire, ont eu l'interdiction d'exercer en présentiel entre le 17 mars 2020 et le 11 mai 2020 ; ils ont ainsi dû s'adapter et, éventuellement, recourir à la TO. Finalement, les mesures liées à la Covid-19 n'auraient-elle pas contribué à l'évolution de l'orthophonie ? Dans son mémoire, Laura Bertin (2021) met en évidence l'évolution positive des représentations de la TO chez les orthophonistes à la suite de la crise sanitaire. Mais qu'en est-il de la pratique ? Aussi le questionnement suivant nous semble pertinent et est le point de départ de notre étude : L'expérience de la téléorthophonie a-t-elle fait évoluer la pratique professionnelle des orthophonistes ?

1.2. Hypothèse et objectifs

L'hypothèse de cette étude est que l'expérience de la TO a modifié la pratique professionnelle des orthophonistes en faisant évoluer leur savoir-être et leur savoir-faire. Le but de l'enquête est de permettre aux orthophonistes de prendre du recul sur leur manière de travailler en analysant leur savoir-être et leur savoir-faire selon les différentes conditions de pratiques, en présentiel et en distanciel.

Cinq objectifs découlent de cette hypothèse :

- Premier objectif : Déterminer si, une fois le retour en présentiel, les orthophonistes satisfaits par la TO ont fait le choix de poursuivre la TO avec certains patients.
- Deuxième objectif : Définir si le savoir-être et le savoir-faire orthophoniques ont varié en fonction de l'expérience de la TO.

- Troisième objectif : Évaluer si les nouvelles habitudes, établies durant l'expérience de la TO, ont été maintenues lors du retour en présentiel.
- Quatrième objectif : Examiner si, une fois le retour en présentiel, les orthophonistes ont recouru aux manques qu'ils ont éprouvés pendant l'expérience de la TO.
- Cinquième objectif : Récolter l'avis des orthophonistes quant à l'utilisation de la TO incitée par la crise sanitaire.

Pour répondre à ces objectifs, nous comparerons la pratique orthophonique en distanciel à la pratique en présentiel avant et après l'expérience de la TO.

2. Matériel

2.1. Construction du questionnaire

2.1.1. Présentation du support

Le questionnaire a été élaboré via l'outil Lime Survey. Ce logiciel permet de créer des enquêtes statistiques, des sondages et des formulaires en ligne, sur support web ou mobiles, et d'en récolter les réponses (*LimeSurvey*, s. d.). Lime Survey ne conserve pas les adresses IP (Internet Protocol) des ordinateurs et permet donc l'anonymisation des données.

Chaque participant pouvait accéder au questionnaire via le lien d'accès qui leur avait été diffusé. Une fois la page de la plateforme ouverte, un message d'accueil (Annexe 1) s'affichait sur l'écran de l'utilisateur. Cette introduction au questionnaire présentait le cadre de l'enquête, les objectifs et les premières hypothèses. Elle informait également le participant de l'architecture du questionnaire, de l'anonymisation des réponses et du temps de complétion. La durée de remplissage du questionnaire étant estimée à 15 minutes, chaque participant pouvait stopper le questionnaire à tout moment, et le reprendre plus tard via le même lien. Enfin, les critères d'inclusion étaient rappelés et devaient être validés par l'utilisateur afin de commencer le questionnaire.

2.1.2. Architecture du questionnaire

La maquette intégrale de notre questionnaire avant sa création en ligne est disponible en Annexe 2. Celui-ci contient 102 questions (1 à 102) regroupées en 15 thèmes (A à O) et réparties dans 4 axes principaux (I à IV) :

- I- Le sujet participant : Thèmes A à B avec questions 1 à 8
- II- Le savoir-être orthophonique et téléorthophonique : Thèmes C à J avec questions 9 à 68.
- III- Le savoir-faire orthophonique et téléorthophonique : Thèmes K à N avec questions 69 à 98
- IV- Les manques liés à la TO : Thèmes O à P avec questions 99 à 102

Les thèmes C à N ont été répartis en tant que composantes du savoir-être ou du savoir-faire d'après les données de la littérature et selon le regard clinique de 3 orthophonistes interrogées en mars 2021.

Chacune des questions relatives aux parties II et III est présentée selon la chronologie suivante, constituant des conditions de pratique :

- Avant l'expérience de la TO = l'orthophonie en présentiel avant la crise sanitaire
- Pendant l'expérience de la TO = l'orthophonie en distanciel pendant la crise sanitaire
- Après l'expérience de la TO = l'orthophonie, une fois le retour en présentiel possible

Axes	Thèmes			
I- Le sujet participant	A- Mode d'exercice et patientèle de l'orthophoniste (Questions 1 à 4)			
	B- Ressenti de l'orthophoniste quant à l'expérience de la TO (Questions 5 à 8)			
II-Le savoir-être orthophonique et téléorthophonique	C- La relation thérapeutique (Questions 9 à 17)	Avant la TO	Pendant la TO	Après la TO
	D- La relation avec la famille / les aidants du patient (Questions 18 à 20)			
	E- Le bien-être du patient (Questions 21 à 29)			
	F- L'environnement de la PES (Questions 30 à 32)			
	G- La communication verbale, para-verbale de l'orthophoniste			
	H- La communication non verbale de l'orthophoniste (Questions 33 à 53)			

	I- Le confort et la disponibilité de l'orthophoniste (Questions 54 à 65)			
	J- La solidarité entre orthophonistes (Questions 66 à 68)			
III-Le savoir-faire orthophonique et téléorthophonique	K- Le cadre thérapeutique (Questions 69 à 74)	Avant la TO	Pendant la TO	Après la TO
	L- La préparation des séances (Questions 75 à 83)			
	M- Le choix du matériel (Questions 84 à 92)			
	N- Le dossier suivi du patient (Questions 93 à 98)			
IV-Les manques liés à la TO	O- Les limites de la TO (Questions 99 à 100)			
	P- Évolution de la pratique professionnelle ? (Question 101 à 102)			

Figure 1. Représentation de l'architecture globale du questionnaire utilisé dans cette étude. Les questions sont détaillées dans l'Annexe 2. TO signifie téléorthophonie.

2.2. Format des questions et modalités de réponses

Notre questionnaire comprend différents styles de questions :

- Des questions à réponse unique,
- Des questions à réponse unique de type « oui/non » permettant d'écarter ou de proposer des compléments de réponses le cas échéant,
- Des questions à choix multiples,
- Des questions avec échelle d'intensité.

La version en ligne propose 102 questions regroupées en 34 blocs. Afin de ne pas effrayer les participants avec le nombre important de questions, l'écran affiche les blocs les uns après les autres. Toutes les questions sont obligatoires et nécessitent une réponse pour que l'enquête se poursuive. Seuls les commentaires sont facultatifs ; des zones de saisie libres leur sont consacrées afin d'obtenir des réponses qualitatives plus spécifiques.

Le premier bloc relatif à l'axe I comporte les 8 premières questions déterminant le profil du participant.

Les questions 9 à 98 relatives aux axes II et III apparaissent, quant à elles, par bloc de 3 questions ciblant un même item avant, pendant et après la TO. La difficulté était de formuler les questions en gardant une tournure similaire pour chaque condition de pratique. Ce mode d'affichage répétitif a été privilégié afin de permettre aux participants de répondre rapidement et efficacement aux nombreuses questions. En effet, dès les premières questions, les participants pouvaient prendre le rythme instauré par la chronologie « avant, pendant et après la TO ». Afin de limiter le coût cognitif lié au questionnaire, les modalités de réponses aux questions 9 à 98 présentent également un caractère itératif. La difficulté était de respecter un modèle d'uniformité : nous souhaitons que les items de réponses des axes II et III soient adaptés à chaque question, tout en étant similaires d'une question à une autre. Nous avons donc opté pour des questions à choix unique principalement, avec 2 à 4 items de réponses proposés. Pour chaque bloc de 3 questions :

- La première question est primordiale car elle permet de faire un état des lieux de la pratique orthophonique en présentiel avant la TO. Afin de répondre à cette première question, le participant doit se concentrer sur sa pratique en présentiel initiale et identifier ses habitudes, ses ressentis, ses comportements antérieurs. Les items de réponses sont alors variés.
- La deuxième question est essentielle car elle permet aux orthophonistes de revenir sur leur expérience de la TO. Afin de répondre à cette deuxième question, le participant doit comparer sa pratique pendant la TO à celle avant la TO. En effet, les items de réponses sont les suivants :
 - Plus (souvent) qu'en présentiel
 - Autant (aussi souvent) qu'en présentiel
 - Moins (souvent) qu'en présentiel
- La troisième question a toute son importance car elle permet aux orthophonistes d'observer et d'analyser leur pratique en présentiel actuelle. Afin de répondre à cette troisième question, le participant doit comparer sa pratique après la TO à sa pratique pendant la TO. En effet, les items de réponses sont les suivants :
 - Plus (souvent) qu'en distanciel
 - Autant (aussi souvent) qu'en distanciel
 - Moins (souvent) qu'en distanciel

L'axe IV se divise en 2 groupes de questions : le premier bloc présente les questions 99 à 100 sous forme de choix multiples. Le second et dernier bloc affiche les questions 101 et 102 et propose des zones de saisies libres pour des commentaires facultatifs. La question 101, à réponse unique de type

« oui/non », est en lien direct avec notre problématique. Cette question clé vise à recueillir l’avis des orthophonistes concernant une éventuelle évolution de leur pratique grâce à la TO.

3. Méthode

3.1. Création et diffusion du questionnaire

La structure du questionnaire et les items ciblés pour chaque axe reposent sur un travail bibliographique préalable. Les questions ont été élaborées à la suite d’échanges avec 4 orthophonistes, dont Pascaline Dufournier, auteure de la thèse *De la formation ouverte à distance à la rééducation orthophonique à distance : Vers une nouvelle approche enrichie de l’orthophonie ?* (2017).

Le questionnaire a été construit en juillet 2021. Le lien de l’enquête a été transmis au Syndicat des Orthophonistes de la Région Auvergne (SORA) puis à la FNO, et a été diffusé sur le groupe Facebook d’orthophonistes « *Téléorthophonie* » en septembre 2021. Son accès a été désactivé fin octobre 2021.

3.2. Choix et présentation de la population

Afin d’obtenir un échantillon représentatif de notre population cible, nous souhaitons initialement obtenir 80 réponses à notre enquête en ligne. Notre objectif ayant été atteint et dépassé, nous avons pris la décision de stopper l’accès au questionnaire dès 100 réponses récoltées.

3.2.1. Critères d’inclusion

Le cadre de l’enquête et les critères d’inclusion retenus pour sélectionner les sujets participants sont présentés dans le message d’accueil introduisant le questionnaire (Annexe 1). Chaque individu de la population cible de notre enquête doit :

- Être orthophoniste diplômé(e)
- Avoir pratiqué la TO pendant la crise sanitaire (entre mars 2020 et juin 2021).
- Avoir pris connaissance du cadre de l’enquête

Un accord de principe permettant de vérifier ces critères est nécessaire pour accéder au questionnaire.

3.2.2. Critères d'exclusion

Ce questionnaire étant publié sur internet, toute personne disposant du lien peut y avoir accès. Notre seul critère d'exclusion est le non-respect des conditions d'inclusion mentionnées ci-dessus. Nous avons également fait le choix de ne pas prendre en compte les réponses incomplètes pouvant biaiser l'étude.

4. Analyse des résultats

4.1. Analyse descriptive

Les réponses obtenues à ce questionnaire constituent des données qualitatives. Une fois dépouillées, celles-ci ont suivi une analyse statistique non paramétrique permettant de comparer les fréquences relatives des différents paramètres évalués. Cette comparaison est réalisée par un test khi-carré et le niveau de significativité est établi à $p < 0.05$. Dans la partie « résultats », les résultats sont cités, selon la variable évaluée, en pourcentages ou en nombre d'individus. Les valeurs-p sont représentées entre parenthèses.

Les questions 2 et 3, ne seront pas traitées dans ce mémoire car les résultats ne s'avèrent plus pertinents au regard de notre hypothèse de travail. De plus, les réponses aux questions 15, 16 et 17 n'ont pas été prises en compte : le nombre de PES n'étant pas le même en présentiel et en distanciel, le nombre d'absents par semaine risquait d'être biaisé.

Afin de faciliter l'analyse statistique, des regroupements d'items de réponses ont été réalisés :

- Question 7 : Les 5 groupes « 1 », « 2 », « 3 », « 4 », « 5 » ont été rassemblés en 2 groupes : « 1 et 2 » correspondant au groupe « Insatisfaction quant à la TO » et « 3, 4 et 5 » correspondant au groupe « Satisfaction quant à la TO ».
- Questions 9 et 12 : Les 4 groupes « Très à l'aise », « À l'aise », « Mal à l'aise » et « Très mal à l'aise » ont été rassemblés en 2 groupes : « Très à l'aise / À l'aise » et « Mal à l'aise / Très mal à l'aise ».
- Questions 18 et 48 : Les 4 groupes « À chaque séance », « Souvent », « Parfois », et « Jamais » ont été rassemblés en 2 groupes : « À chaque séance / Souvent » et « Parfois / Jamais ».
- Questions 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39, 45, 51, 69, 72, 75, 78, 81 et 96 : Les 3 groupes « Oui, toujours », « Oui, parfois » et « Non, jamais » ont été rassemblés en 2 groupes : « Toujours » et « Parfois / Jamais ».

- Question 54 : Les 3 groupes « Oui », « Pas particulièrement » et « Non » ont été rassemblés en 2 groupes : « Oui » et « Pas particulièrement / Non ».
- Questions 60, 84, 87, 90 : Les 3 groupes « Souvent », « Rarement » et « Jamais » ont été rassemblés en 2 groupes : « Souvent » et « Rarement / Jamais ».

Les questions 9 à 98, regroupées en 11 thèmes (C à N) n'ont pas été traitées séparément, mais simultanément aux autres questions appartenant au même thème (cf figure 1). Une moyenne des réponses pour chacun des thèmes C à N a donc été calculée. Les résultats permettront de relever une variation globale de la pratique orthophonique, mais également un impact positif ou négatif de la TO sur la pratique des orthophonistes pour chacun de ces thèmes.

4.2. Représentation des résultats

Le traitement des données a été effectué via le logiciel Excel. Les réponses à l'axe I seront mises en valeur à travers un tableau et permettront de déterminer le profil des participants.

Afin de simplifier leur lisibilité, les réponses aux axes II et III seront représentées en deux étapes :

- 1) Un graphique en courbes permettra de relever une éventuelle variation globale de la pratique orthophonique dans le temps : avant, pendant et après l'expérience de la TO, et pour chaque composante. Nous filtrerons donc les réponses afin de prendre seulement en compte les sujets ayant répondu « autant (aussi souvent) qu'en présentiel » à la deuxième question de chaque bloc et « autant (aussi souvent) qu'en distanciel » à la troisième réponse de chaque bloc. L'allure évolutive des courbes signifiera que la TO a modifié la pratique orthophonique. L'allure stationnaire des courbes indiquera que la TO n'a pas modifié la pratique orthophonique.
- 2) Si les courbes vont dans le sens d'une modification de la pratique orthophonique, les réponses obtenues aux questions pendant la TO et après la TO seront nécessaires pour comprendre cette évolution. Un diagramme en barres représentera la proportion de sujets ayant répondu « plus (souvent) » et donc augmenté leur comportement en présentiel et/ou en distanciel, ainsi que la proportion de sujets ayant répondu « moins (souvent) », et donc diminué leur comportement en présentiel et/ou en distanciel. Les réponses « autant (aussi souvent) qu'en distanciel » seront également prises en compte et traitées en regard des réponses à la 2^{ème} question du bloc (pendant la TO). Ces proportions révéleront le sens de variation de la pratique orthophonique en distanciel par rapport au présentiel et en présentiel par rapport au distanciel.

Enfin, les réponses à l'axe IV seront représentées grâce à un diagramme en barres.

III- Résultats

Cette partie traitera des résultats obtenus à notre questionnaire. Notre démarche d'investigation suivra la structure du questionnaire : tout d'abord, nous déterminerons le profil des sujets participants. Dans un deuxième temps, nous étudierons les résultats relatifs au savoir-être ainsi qu'au savoir-faire orthophonique et téléorthophonique. Enfin nous évoquerons les manques liés à la TO, éprouvés par les orthophonistes.

1. Le sujet participant

Tableau 1. Statistiques descriptives des paramètres étudiés chez le sujet participant				
Paramètres étudiés	Items de réponse	Total	Niveau de satisfaction quant à la TO	
			Insatisfaction	Satisfaction
Profession	Orthophoniste	100	6	94
	Libéral	89	5	84
Mode d'exercice	Salariat	6	1	5
	Mixte	5	0	5
Expérience de la TO avant le confinement	Oui	6	0	6
	Non	94	6	88
Recours obligatoire à la TO pendant le confinement	Oui	58	4	54
	Pas tout à fait	23	1	22
	Non	19	1	18
Poursuite de la TO après le confinement	TO	5	0	5
	TO + Présentiel	81	2	79
	Présentiel	14	4	10

Le tableau 1 permet de croiser les réponses obtenues selon les paramètres étudiés avec le niveau de satisfaction des orthophonistes quant à leur expérience de la TO. Les nombres indiquent la proportion de sujets ayant répondu pour chaque item de réponses. TO signifie téléorthophonie

Le profil des sujets participants et leur rapport à la TO ont pu être établis grâce aux questions 4 à 8 :

- Les orthophonistes ayant pratiqué la TO exerçaient principalement en libéral (89%).
- 94% des orthophonistes n'avaient jamais fait l'expérience de la TO avant la crise sanitaire.

- Plus de la moitié des orthophonistes (58%) s'est sentie obligée d'y recourir en période de confinement puisqu'il s'agissait de la seule solution pour travailler.
- Pour 90% des orthophonistes, l'insaturation de la TO a été synonyme de fatigue. Cette mise en place a également paru stressante pour 38% d'entre eux, rapide pour 35% d'entre eux, facile pour 30% d'entre eux, intuitive pour 23% d'entre eux et difficile pour 19% d'entre eux.
- Une fois le retour en présentiel possible, la majeure partie des participants (81%) a privilégié l'orthophonie en présentiel tout en poursuivant la TO avec certains patients.

Pour rappel, le premier objectif était le suivant : « Déterminer si, une fois le retour en présentiel, les orthophonistes satisfaits par la TO ont fait le choix de poursuivre ou non la TO avec certains patients. » Afin d'y parvenir, les réponses aux questions 7 et 8 ont été croisées et analysées :

- 84 orthophonistes, parmi les 94 participants satisfaits par la TO, (soit 89% d'entre eux), ont fait le choix de poursuivre la TO uniquement, ou cumulée au présentiel (valeur-p = 0,0001257).
- 4 orthophonistes, parmi les 6 participants insatisfaits par la TO (soit 67% d'entre eux), ont fait le choix de reprendre uniquement l'orthophonie en présentiel (valeur-p = 0,0001257).

Les orthophonistes satisfaits par la TO ont donc fait le choix de poursuivre la TO avec certains patients.

2. Le savoir-être orthophonique et téléorthophonique

2.1. Analyse de la pratique orthophonique dans le temps

Le deuxième objectif était le suivant : « Définir si le savoir-être et le savoir-faire orthophoniques ont varié en fonction de l'expérience de la TO ». Afin d'y répondre, nous nous sommes intéressées aux questions 9 à 68. Une comparaison de la pratique orthophonique en distanciel à la pratique en présentiel avant et après l'expérience de la TO a été effectuée. L'allure évolutive des courbes (Figure 2) indique que l'expérience de la TO a fait varier les 8 composantes du savoir-être étudiées :

- La relation thérapeutique (valeur-p = $6,73 \cdot 10^{-8}$; figure 2A)
- L'implication des parents/aidants en séance (valeur-p = $9,21 \cdot 10^{-26}$; figure 2B)
- L'environnement du patient (valeur-p = $5,62 \cdot 10^{-12}$; figure 2C)
- Le bien-être du patient (valeur-p = 0 ; figure 2D)
- La communication verbale et para-verbale de l'orthophoniste (valeur-p = $3,24 \cdot 10^{-26}$; figure 2E)
- La communication non verbale de l'orthophoniste (valeur-p = $8,40 \cdot 10^{-19}$; figure 2F)
- Le confort et la disponibilité de l'orthophoniste (valeur-p = $6,07 \cdot 10^{-44}$; figure 2G)
- La solidarité entre orthophonistes (valeur-p = $1,11 \cdot 10^{-19}$; figure 2H)

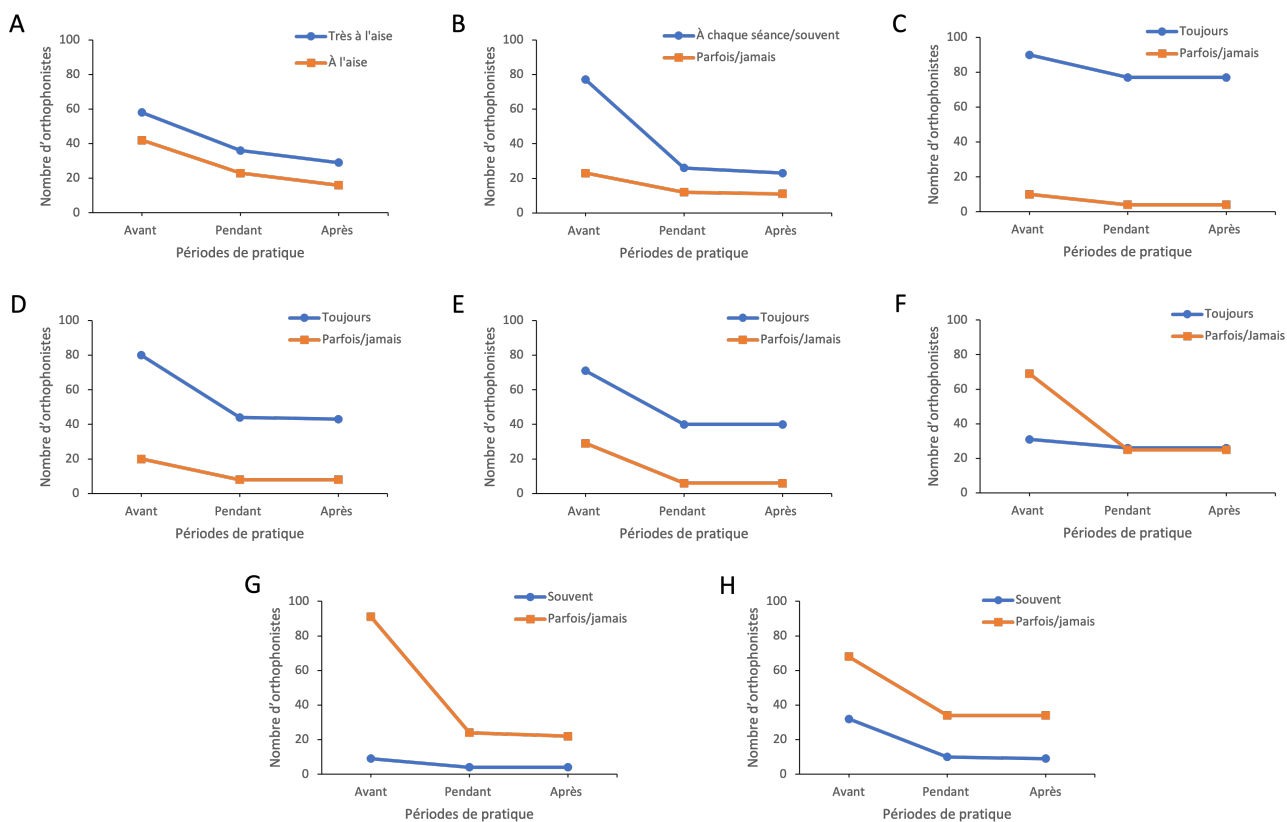


Figure 2. Courbes représentant l'évolution de 7 composantes du savoir-être chez les orthophonistes selon les périodes de pratique en présentiel et en distanciel. L'axe des ordonnées indique le nombre d'individus. L'axe des abscisses représente les périodes de pratique avant, pendant et après la TO. A, Proportion d'orthophonistes étant à l'aise ou très à l'aise dans la relation thérapeutique en fonction de la TO. B, Proportion d'orthophonistes impliquant ou non les parents/aidants du patient en séance en fonction de la TO. C, Proportion d'orthophonistes prêtant attention ou non au bien-être du patient. D, Proportion d'orthophonistes veillant ou non à l'environnement du patient en fonction de la TO. E, Proportion d'orthophonistes veillant ou non à leur comportement verbal et para-verbal en fonction de la TO. F, Proportion d'orthophonistes veillant ou non à leur comportement non verbal en fonction de la TO. G, Proportion d'orthophonistes veillant ou non à leur confort en fonction de la TO. H, Proportion d'orthophonistes partageant ou non du matériel sur les réseaux sociaux en fonction de la TO. TO signifie téléorthophonie.

2.2. Sens de variation de la pratique orthophonique en fonction de la TO

L'expérience de la TO ayant fait varier les 8 composantes du savoir-être étudiées, nous avons examiné les réponses « plus (souvent) » et « moins (souvent) » aux questions 9 à 68, afin de déterminer les modifications comportementales pendant la TO.

Une diminution de l'aisance des orthophonistes dans la relation thérapeutique est observée pendant la TO (Figure 3A). En revanche, une augmentation du comportement des orthophonistes est visible pour les composantes C à K pendant la TO (Figure 3B, C, D, E, F, G, H).

Pour rappel, le troisième objectif était le suivant : « Évaluer si les nouvelles habitudes, établies durant l'expérience de la TO, ont été maintenues lors du retour en présentiel. » Afin d'y répondre, nous avons mesuré ces modifications comportementales après la TO.

A contrario, une augmentation de l'aisance des orthophonistes dans la relation thérapeutique est observée après la TO (Figure 3A), tandis qu'une diminution du comportement des orthophonistes est visible pour les 7 composantes C à K après la TO (Figure 3B, C, D, E, F, G, H). Une fois le retour en présentiel possible, les orthophonistes n'ont donc pas maintenu les nouvelles habitudes établies durant le distanciel.

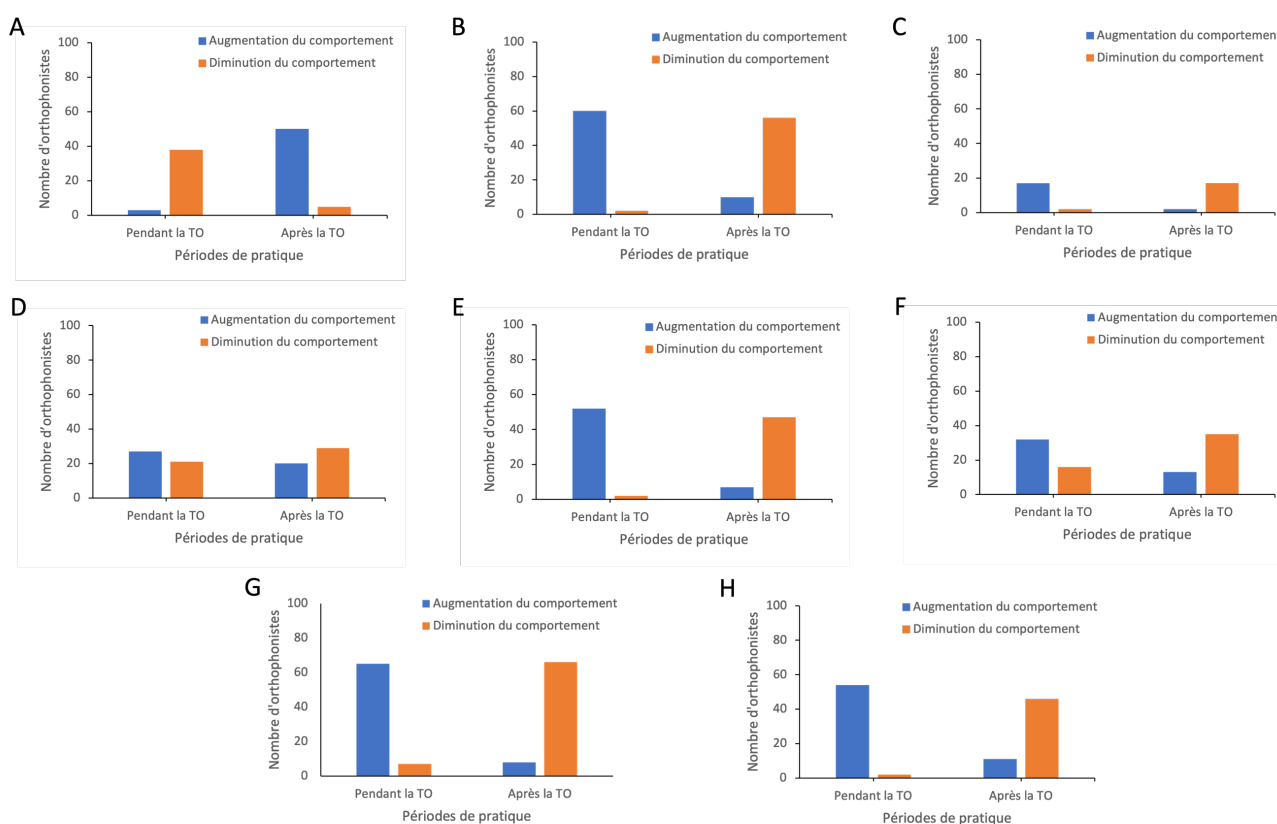


Figure 3. Diagrammes représentant les modifications comportementales selon les périodes de pratique en présentiel et en distanciel pour 7 composantes du savoir-être chez les orthophonistes. L'axe des ordonnées indique le nombre d'individus. L'axe des abscisses représente les périodes pendant et après la TO. A, Aisance des orthophonistes dans la relation thérapeutique en fonction de la TO. B, Implication des familles/aidants par les orthophonistes en fonction de la TO. C, Vigilance des orthophonistes au bien-être du patient en fonction de la TO. D, Vigilance des orthophonistes à l'environnement du patient en fonction de la TO. E, Vigilance des orthophonistes à leur comportement verbal et para-verbal en fonction de la TO. F, Vigilance des orthophonistes à leur comportement non verbal en fonction de la TO. G, Vigilance des orthophonistes à leur confort en fonction de la TO. H, Solidarité des orthophonistes concernant le partage de matériel en fonction de la TO. TO signifie téléorthophonie.

2.2.1. Thème C- La relation thérapeutique

Le distanciel a eu un impact négatif significatif sur la relation thérapeutique : pendant l'expérience de la TO, 38% des orthophonistes se sentaient, ainsi que leurs patients, moins à l'aise face à la relation thérapeutique établie, contre 5% après l'expérience de la TO ($p = 6,35.10^{-59}$; Figure 3A).

Le retour en présentiel a eu un impact positif significatif sur la relation thérapeutique : après l'expérience de la TO, 50% des orthophonistes se sentaient, ainsi que leurs patients, plus à l'aise face à la relation thérapeutique, contre 3% pendant l'expérience de la TO ($p = 6,35.10^{-59}$; Figure 3A).

2.2.2. Thème D- L'implication des famille/les aidants du patient

Le distanciel a eu un impact positif significatif sur la famille/les aidants du patient : pendant l'expérience de la TO, 60% des orthophonistes demandaient plus souvent aux parents/aidants du patient d'assister aux séances, contre 10% après l'expérience de la TO ($p = 1,16.10^{-67}$; Figure 3B).

Le retour en présentiel a eu un impact négatif significatif sur la relation/alliance thérapeutique : après l'expérience de la TO, 56% des orthophonistes demandaient moins souvent aux parents/aidants du patient d'assister aux séances, contre 2% pendant l'expérience de la TO ($p = 1,16.10^{-67}$; Figure 3B).

2.2.3. Thème E- Le bien-être du patient

Le distanciel a eu un impact positif significatif sur le bien-être du patient : pendant l'expérience de la TO, 17% des orthophonistes prêtaient plus attention à l'état moral et physique du patient, à son état de fatigue et de concentration, à son confort et à son assise, contre 2% après l'expérience de la TO ($p = 3,51.10^{-29}$; Figure 3C).

Le retour en présentiel a eu un impact négatif significatif sur la relation/alliance thérapeutique : après l'expérience de la TO, 17% des orthophonistes prêtaient moins attention à l'état moral et physique du patient, à son état de fatigue et de concentration, à son confort et à son assise, contre 2% pendant l'expérience de la TO ($p = 3,51.10^{-29}$; Figure 3C).

2.2.4. Thème F- L'environnement de la prise en soin

Le distanciel a eu un impact positif significatif sur l'environnement de la PES : pendant l'expérience de la TO, 27% des orthophonistes prêtaient plus attention au cadre (bruit, luminosité, etc.) dans lequel se déroulait la séance, contre 20% après l'expérience de la TO ($p = 0,03$; Figure 3D).

Le retour en présentiel a eu un impact négatif significatif sur l'environnement de la PES : après l'expérience de la TO, 29% des orthophonistes prêtaient moins attention au cadre (bruit, luminosité, etc.) dans lequel se déroulait la séance, contre 21% pendant l'expérience de la TO ($p = 0,03$; Figure 3D).

2.2.5. Thème G- La communication verbale et para-verbale de l'orthophoniste

Le distanciel a eu un impact positif significatif sur la communication verbale et para-verbale de l'orthophoniste : pendant l'expérience de la TO, 52% des orthophonistes étaient plus vigilants à leur débit, articulation au bon respect des tours de parole, utilisaient davantage le langage écrit comme support, contre 7% après l'expérience de la TO ($p = 2,92.10^{-74}$; Figure 3E).

Le retour en présentiel a eu un impact négatif significatif sur la communication verbale et para-verbale de l'orthophoniste : après l'expérience de la TO, 47% des orthophonistes étaient moins vigilants à leur débit, articulation au bon respect des tours de parole, utilisaient moins le langage écrit comme support, contre 2% pendant l'expérience de la TO ($p = 2,92.10^{-74}$; Figure 3E).

2.2.6. Thème H- La communication non verbale de l'orthophoniste

Le distanciel a eu un impact positif significatif sur la communication non verbale de l'orthophoniste : pendant l'expérience de la TO, 32% des orthophonistes étaient plus vigilants au champ de vision du patient, cherchaient davantage à avoir une communication expressive et à capter le regard du patient, contre 13% après l'expérience de la TO ($p = 6,77.10^{-10}$; Figure 3F).

Le retour en présentiel a eu un impact négatif significatif sur la communication non verbale de l'orthophoniste : après l'expérience de la TO, 35% des orthophonistes étaient moins vigilants au champ de vision du patient, cherchaient moins à avoir une communication expressive et à capter le regard du patient, contre 16% pendant l'expérience de la TO ($p = 6,77.10^{-10}$; Figure 3F).

2.2.7. Thème I- Le confort et la disponibilité de l'orthophoniste

Le distanciel a eu un impact positif significatif sur le confort et la disponibilité de l'orthophoniste : pendant l'expérience de la TO, 65% des orthophonistes accordaient plus d'importance à leur confort et à leur assise et effectuaient plus de pauses, contre 8% après l'expérience de la TO ($p = 8,47.10^{-102}$; Figure 3G).

Le retour en présentiel a eu un impact négatif significatif sur le confort et la disponibilité de l'orthophoniste : après l'expérience de la TO, 66% des orthophonistes accordaient moins d'importance à leur confort et à leur assise et effectuaient moins de pauses, contre 7% pendant l'expérience de la TO ($p = 8,47.10^{-102}$; Figure 3G).

2.2.8. Thème J- La solidarité entre orthophonistes

Le distanciel a eu un impact positif significatif sur la solidarité entre orthophonistes : pendant l'expérience de la TO, 54 % des orthophonistes partageaient davantage de documents/matériels sur les réseaux sociaux contre 11% après l'expérience de la TO ($p = 1,25.10^{-47}$; Figure 3H).

Le retour en présentiel a eu un impact négatif significatif sur la solidarité entre orthophonistes : après l'expérience de la TO, 46 % des orthophonistes partageaient moins de documents/matériels sur les réseaux sociaux contre 2% pendant l'expérience de la TO ($p = 1,25.10^{-47}$; Figure 3H).

3. Le savoir-faire orthophonique et téléorthophonique

3.1. Analyse de la pratique orthophonique dans le temps

Toujours dans le but de répondre au deuxième objectif, nous nous sommes ensuite intéressées aux questions 69 à 98 du questionnaire. Une comparaison de la pratique orthophonique en distanciel à la pratique en présentiel avant et après l'expérience de la TO a été effectuée.

L'allure évolutive des courbes indique que l'expérience de la TO a fait varier la moitié des composantes du savoir-faire étudiées :

- La préparation des séances (valeur-p = $3,99.10^{-92}$; figure 4B)
- Le choix du matériel (valeur-p = $1,63.10^{-22}$; figure 4C)

En revanche, l'allure stationnaire des courbes révèle que l'expérience de la TO n'a pas fait varier les 2 composantes suivantes du savoir-faire étudiée :

- Le cadre thérapeutique (valeur-p = 1 ; figure 4A)
- Le dossier suivi du patient (valeur-p = 1 ; figure 4D)

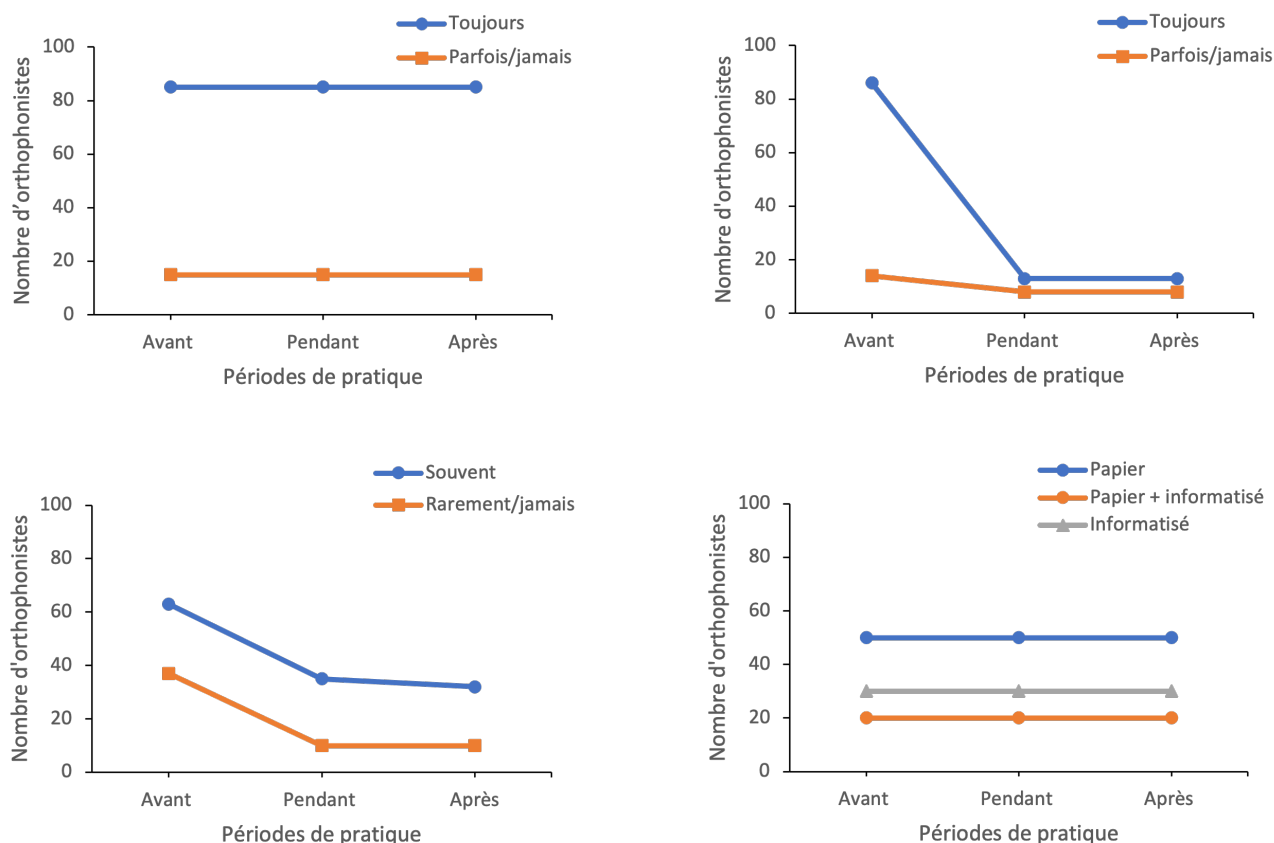


Figure 4. Courbes représentant l'évolution de 4 composantes du savoir-faire chez les orthophonistes selon les périodes de pratique en présentiel et en distanciel. L'axe des ordonnées indique le nombre d'individus. L'axe des abscisses représente les périodes de pratique avant, pendant et après la TO. A, Proportion d'orthophonistes instaurant ou non un cadre thérapeutique en fonction de la TO. B, Proportion d'orthophonistes préparant ou non les séances en fonction de la TO. C, Proportion d'orthophonistes variant ou non dans le choix du matériel. D, Proportion d'orthophonistes utilisant un dossier suivi du patient papier, papier et informatisé ou informatisé, en fonction de la TO. TO signifie téléorthophonie.

3.2. Sens de variation de la pratique orthophonique en fonction de la TO

L'expérience de la TO ayant fait varier les 2 composantes du savoir-être étudiées, nous avons examiné les réponses « plus (souvent) » et « moins (souvent) » aux questions 75 à 92, afin de

déterminer les modifications comportementales pendant la TO. Une augmentation du comportement des orthophonistes est visible pour les composantes L (Figure 3A) et M (Figure 3B) pendant la TO.

Toujours dans le but de répondre au troisième objectif, nous avons ensuite mesuré ces modifications comportementales après la TO. A contrario, une diminution du comportement des orthophonistes est visible pour les 2 composantes L (Figure 3A) et M (Figure 3B) après la TO. Une fois le retour en présentiel, les orthophonistes n'ont donc pas maintenu les nouvelles habitudes établies en distanciel.

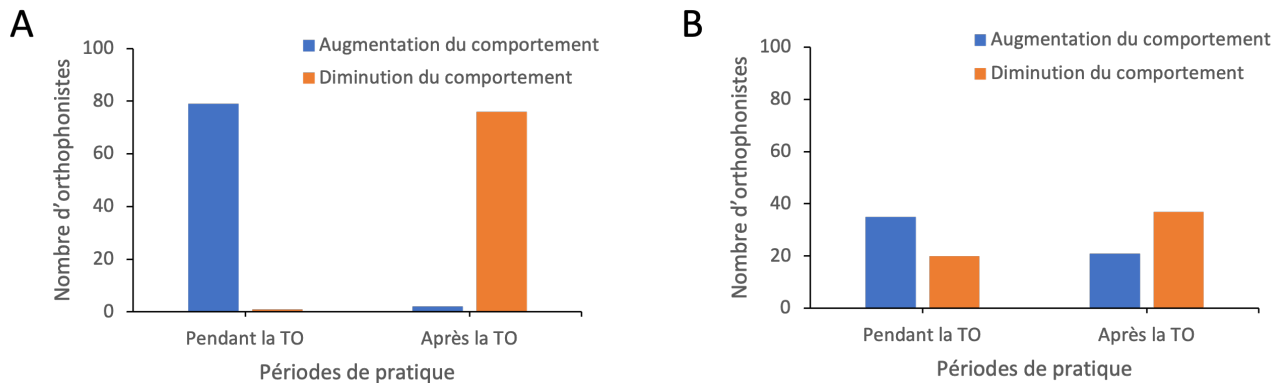


Figure 5. Diagrammes représentant les modifications comportementales selon les périodes de pratique en présentiel et en distanciel pour 4 composantes du savoir-faire chez les orthophonistes. L'axe des ordonnées indique le nombre d'individus. L'axe des abscisses représente les périodes pendant et après la TO. A, Préparation des séances par les orthophonistes en fonction de la TO. B, Choix et création de matériel par les orthophonistes en fonction de la TO. TO signifie téléorthophonie.

3.2.1. Thème K- Le cadre thérapeutique

Le distanciel et le retour en présentiel n'ont eu aucun impact sur le cadre thérapeutique : les orthophonistes ont posé le cadre thérapeutique de la même manière en distanciel qu'en présentiel. L'instauration d'un contrat thérapeutique et la gestion de la durée des séances étaient les mêmes en distanciel qu'en présentiel ($p = 1$; Figure 4D).

3.2.2. Thème L- La préparation des séances

Le distanciel a eu un impact positif significatif sur la préparation des séances : pendant l'expérience de la TO, 79 % des orthophonistes préparaient davantage les activités, s'appuyaient plus sur une trame d'objectifs pour suivre le projet thérapeutique, contre 2% après l'expérience de la TO ($p = 0$; Figure 5A).

Le retour en présentiel a eu un impact négatif significatif sur la préparation des séances : après l'expérience de la TO, 76% des orthophonistes préparaient moins les activités, s'appuyaient moins sur une trame d'objectifs pour suivre le projet thérapeutique contre 1% pendant l'expérience de la TO ($p = 0$; Figure 5A).

3.2.3. Thème M- Le choix du matériel

Le distanciel a eu un impact positif significatif sur le choix du matériel : pendant l'expérience de la TO, 35% des orthophonistes créaient plus de matériel, variaient davantage dans le choix des outils de rééducation, utilisaient plus de supports informatiques, contre 21% après l'expérience de la TO ($p = 3,46.10^{-05}$; Figure 5B).

Le retour en présentiel a eu un impact négatif significatif sur le choix du matériel : après l'expérience de la TO, 37% des orthophonistes créaient moins de matériel, variaient moins dans le choix des outils de rééducation, utilisaient moins de supports informatiques, contre 20% pendant l'expérience de la TO ($p = 3,46.10^{-05}$; Figure 5B).

3.2.4. Thème N- Le dossier suivi du patient

Le distanciel et le retour en présentiel n'ont eu aucun impact sur le dossier patient : les orthophonistes ont gardé le même format de dossier suivi ($p = 1$; Figure 4D). En outre, les orthophonistes ont pris autant de notes au cours des séances en distanciel et en présentiel avant et après la TO ($p = 1$).

4. Les manques liés à la TO

Le quatrième objectif était le suivant : « Examiner si, une fois le retour en présentiel, les orthophonistes ont recouru aux manques qu'ils ont éprouvés pendant l'expérience de la TO. » Afin d'y répondre, nous avons comparé les réponses aux questions 99 et 100.

La manipulation de matériel et la perception du non verbal ont particulièrement manqué aux orthophonistes pratiquant la TO :

- Tous les orthophonistes ayant éprouvé le manque de manipulation de matériel (89%) et de perception du non verbal (74%) y ont recouru une fois la reprise en présentiel possible (figure 6).

- Un tiers des orthophonistes a regretté le manque de contact humain (saluer le patient en lui serrant la main, prendre la main du patient...) et de toucher thérapeutique (stimulations oraux-faciales, manœuvres de déglutition, thérapies manuelles...) Cependant, une fois la reprise en présentiel possible, seulement 8% des orthophonistes ont recouru au contact humain et 26% au toucher thérapeutique (figure 6).

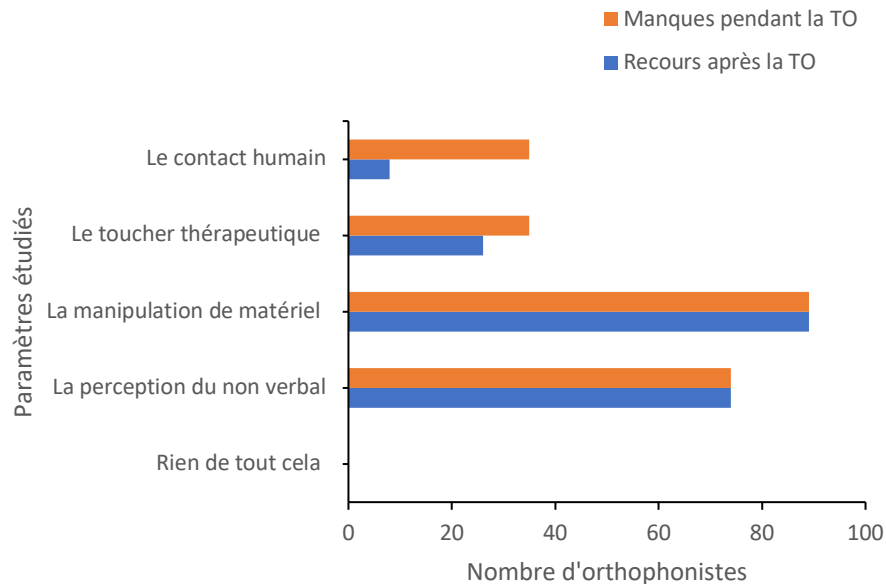


Figure 6 : Diagramme représentant les manques éprouvés par les orthophonistes pendant la TO et recours après la TO. L'axe des ordonnées représente les paramètres étudiés. L'axe des abscisses indique le nombre d'orthophonistes. TO signifie téléorthophonie.

Enfin, notre dernier objectif visait à « récolter l'avis des orthophonistes quant à l'utilisation de la TO incitée par la crise sanitaire ». Pour y répondre, nous sommes intéressées aux réponses à la question 101 et avons pris en considération les 69 commentaires facultatifs associés.

Une nette modification du savoir-faire et savoir-être est ressentie chez les participants ayant recouru à la TO pendant la crise sanitaire. En effet, 93% des orthophonistes estiment que l'expérience de la TO a fait évoluer leur pratique professionnelle.

Parmi les 7 orthophonistes n'ayant pas ressenti cette évolution professionnelle, 6 d'entre eux avaient répondu avoir été insatisfaits par la TO.

IV- Discussion

Cette partie relatara les résultats présentés ci-dessus, eu égard à notre problématique. Afin de vérifier l'hypothèse de départ, nous discuterons de chacun des objectifs fixés en prenant appui sur des commentaires probants. Dans un deuxième temps, nous évoquerons les intérêts résultant de notre travail. Enfin, nous exposerons les limites de cette étude ainsi que ses perspectives.

1. Interprétation des résultats

1.1. Premier objectif

En grande majorité, les orthophonistes ont été satisfaits par la TO. S'ils se sont sentis contraints d'y recourir, compte tenu du contexte sanitaire, ils déclarent ne pas regretter cette expérimentation forcée : *« Je ne regrette pas cette expérience même si j'ai eu quelques appréhensions au tout début. Et travaillant dans un département très étendu cela permet à des personnes qui n'auraient jamais entrepris de soins, de suivre une rééducation. C'est également très intéressant dans la prise en charge des ados qui adorent ce mode de rééducation. »* La mise en place de la TO a été fatigante pour grand nombre d'orthophonistes qui la pratiquaient pour la première fois. Si l'imprévu associé à l'inconnu a pu être source de fatigue et de stress pour les participants, plusieurs d'entre eux précisent *« avoir rapidement pris le pli »* après *« s'être lancés »*.

De fait, une fois le retour en présentiel possible, les orthophonistes satisfaits par la TO ont fait le choix de poursuivre la TO avec certains patients. Dans plusieurs commentaires, la TO est associée à l'idée d'une découverte bénéfique : *« Personnellement, c'est une belle découverte, j'ai beaucoup apprécié même si c'était très fatigant. Cela a permis à certains patients de bénéficier de plusieurs séances par semaine, ce qui est difficile en présentiel. Mes patients étaient globalement satisfaits : cela a permis aux parents ou aidants de suivre les prises en charge et d'en faire partie intégrante. En fait, pour moi, c'est la seule chose positive dans ce confinement. »* Quelques orthophonistes précisent avoir laissé le choix à leurs patients qui, comme eux, ont apprécié la praticité et le confort des séances en distanciel : *« Beaucoup de patients souhaitaient poursuivre en TO, et me le demandent encore, je sens leur intérêt, mais avec 20%, je suis limitée... »* Le contexte sanitaire a également fortement influencé les professionnels dans leur prise de décision : *« Au début, il était conseillé d'espacer les séances de 15 minutes en présentiel. Je respectais donc les recommandations, mais je ne pouvais pas voir tout le monde, même en allongeant mes journées. Je faisais donc des journées en présentiel, et une journée où j'enchaînais en visio. Ce sont surtout les enfants que je voyais 2 fois par semaine qui avaient une séance en visio. »*

Parmi les orthophonistes satisfaits par la TO, certains assimilent la TO à un palliatif et ont donc privilégié une reprise en présentiel uniquement : « *La téléorthophonie est plus une solution de "dépannage" pour moi. Elle m'a permis de travailler et de maintenir un lien avec mes patients. À la fin du confinement, je n'ai pas hésité à cesser la téléorthophonie : le présentiel est largement préférable en termes d'interactions* ». D'autres, ont répondu aux attentes de leurs patients : « *Les gens souhaitaient reprendre en présentiel. De plus, lorsqu'il a été question de recourir à un logiciel payant, je n'ai pas désiré continuer.* »

A contrario, parmi les orthophonistes non satisfaits par la TO, 2 deux d'entre, contraints par le contexte sanitaire, ont poursuivi la TO avec certains patients : « *J'ai dû conserver la téléorthophonie avec les patients positifs, les cas-contacts et les personnes à risque.* »

Finalement, une fois le retour en présentiel possible, les orthophonistes non satisfaits par la TO ont plutôt fait le choix de cesser leur activité en distanciel : « *J'étais heureuse et mes patients aussi de retrouver ENFIN un "vrai" contact, libéré de la technologie.* »

1.2. Deuxième objectif

Le savoir-être et le savoir-faire orthophoniques ont varié en fonction de l'expérience de la TO. L'allure évolutive des courbes et le test khi-carré mettent en évidence une modification de la pratique orthophonique, avec l'utilisation de la TO, pour toutes les composantes du savoir-être étudiées. En effet, les conditions informatiques peu naturelles ont poussé les orthophonistes à adapter leurs attitudes relationnelles et capacités d'attention.

Une seule modification négative engendrée par la TO a été relevée : à distance, les orthophonistes et les patients se sentaient moins à l'aise face à la relation thérapeutique établie. En partant du postulat qu'une bonne relation thérapeutique constitue la clé d'une rééducation réussie, la TO a pu entraver l'efficacité des PES. La période de confinement interdisant les contacts humains, l'impatience des patients et des orthophonistes à l'idée de se retrouver physiquement était d'autant plus grande. Aussi, les patients comme les orthophonistes semblent avoir savouré la reprise du présentiel et se sont sentis plus à l'aise dans leur relation thérapeutique.

Par ailleurs, plusieurs modifications positives entraînées par la TO ont été remarquées. En distanciel, les orthophonistes ont, notamment, manifesté :

- Une plus grande implication de l'entourage : les parents/aidants, gérant l'outil informatique, participaient davantage aux séances. De plus, pour les patients mineurs ou présentant une perte d'autonomie, la présence d'une personne majeure autorisée était requise.

- Une meilleure prise en compte du bien-être du patient : pendant la crise sanitaire, les orthophonistes et leurs patients étaient privés de tout lien social. Certains ont été contaminés par la Covid-19. D'autres n'ont pas supporté la situation de confinement. Aussi, ce contexte particulier a malgré tout favorisé la prise de nouvelles et l'attention portée aux uns et aux autres. La TO a donc permis aux orthophonistes de garder un lien virtuel avec le patient et de prendre soin de lui à distance. Les orthophonistes affirment avoir pris plus le temps d'interroger le patient quant à son état moral et physique, son état de fatigue et de concentration, son confort et à son assise, etc.
- Une plus grande vigilance à l'environnement de la PES : la qualité d'une séance en visioconférence pouvant être impactée par de nombreux facteurs extérieurs, les orthophonistes étaient plus vigilants au cadre dans lequel la séance se déroulait : bruit, luminosité, réseau internet, etc. Certains commentaires précisent que les orthophonistes faisaient plus attention à leur environnement dans lequel ils travaillaient mais demandaient également au patient de respecter certaines recommandations pour le bon déroulé de la séance.
- Une communication plus adaptée par les orthophonistes : l'intelligibilité des interlocuteurs pouvant être entravée par de nombreux facteurs extérieurs, les orthophonistes faisaient davantage attention à leur manière de s'exprimer. Ils ont particulièrement adapté leur communication verbale et para-verbale en ajustant leur débit et articulation, en complétant les consignes orales par des consignes écrites, en s'assurant davantage de la bonne compréhension des patients. Ils ont également veillé à leur communication non verbale en adoptant une communication expressive afin de rendre cette situation de communication « artificielle » la plus vivante possible. Plusieurs orthophonistes cherchaient davantage à capter le regard du patient, celui-ci se révélant être un bon indicateur de son niveau d'attention et de compréhension.
- Une plus grande attention à leurs conditions de travail : la TO a permis aux orthophonistes de goûter au confort lié à l'exercice à domicile. Le cadre visuel étant limité, les orthophonistes ont pu profiter du « hors champ » pour prendre soin d'eux en privilégiant une assise et une position confortables. Ils se sont également accordé davantage de pauses entre deux séances.
- Une plus grande solidarité entre eux sur les réseaux sociaux : si la crise sanitaire a incité à la solidarité dans tout le pays, cela s'est confirmé chez les orthophonistes. La TO limitant l'utilisation de matériels édités, les orthophonistes ont beaucoup travaillé à partir d'outils informatisés qu'ils ont pris plaisir à créer et à partager sur les réseaux sociaux. Une multitude de diaporamas sont, encore aujourd'hui, disponibles gratuitement sur le groupe facebook « *Teleorthophonie* ».

D'un point de vue du savoir-faire, l'allure évolutive des courbes et le test khi-carré mettent en évidence une modification de la pratique orthophonique pour 2 composantes évaluées. Là encore, les conditions

informatiques peu naturelles ont encouragé les orthophonistes à s'organiser autrement et à prendre de nouvelles habitudes pratiques. En distanciel, les orthophonistes ont fait preuve :

- D'une meilleure préparation des activités : les orthophonistes, maîtrisaient peu la technicité du distanciel et les supports informatiques ; ils ont alors préféré anticiper davantage leurs séances en prenant le temps de prévoir les activités en amont. S'ils ne ressentaient pas le besoin d'une telle préparation en présentiel, les orthophonistes trouvaient sécurisant de maîtriser le déroulé de la séance, de viser des objectifs thérapeutiques précis suivant une trame, de connaître les nouveaux supports de rééducation, afin de pallier les imprévus liés à la TO. Aussi, les orthophonistes étaient rassurés de pouvoir être pleinement dans la PES, centrés sur le patient, et non stressés par les aléas du distanciel.
- D'une plus grande créativité dans le choix du matériel : le contexte de confinement était plus propice à la création d'outils de rééducation. Plusieurs orthophonistes estiment avoir eu plus de temps pour penser, fabriquer et tester leurs créations. En outre, ils témoignent avoir pris plaisir à profiter de ce versant du métier. Quelques orthophonistes avouent leur fierté d'avoir créé des supports et d'avoir pu les partager sur les réseaux sociaux. Une telle diversité d'outils étant disponible en ligne, les orthophonistes avaient l'embarras du choix ; ils ont pu découvrir de nouveaux matériels et, inévitablement, recourir aux supports informatiques (diaporamas PowerPoint, langageecrit.com, loreilleenor.com, etc.)

En revanche, la TO n'a exercé aucune influence sur le cadre thérapeutique et le dossier suivi du patient.

1.3. Troisième objectif

Si l'analyse statistique révèle que de nouvelles habitudes ont été établies en distanciel, celles-ci n'ont pas été maintenues lors du retour en présentiel possible. Ces résultats s'expliquent par un « retour à la normale anormal » pour les orthophonistes qui doivent travailler autrement, en respectant le protocole sanitaire et en adaptant leurs PES. Ce sujet est d'ailleurs traité, cette année, dans le mémoire de Sarah Covre, étudiante à Clermont-Ferrand. Bien que les comportements adoptés pendant la TO aient été considérés comme bénéfiques par les orthophonistes, l'expression : « *Chassez le naturel, il revient au galop* », citée dans plusieurs commentaires, semble particulièrement à propos !

Néanmoins, quelques participants ont révélé avoir pris conscience, grâce à notre questionnaire, que leur pratique en présentiel nécessitait autant de vigilance et d'ajustements que leur pratique en distanciel. Si les impacts positifs et négatifs de la TO n'ont pas perduré en présentiel, cette étude aura peut-être le mérite de motiver certains professionnels à réajuster leurs habitudes en présentiel.

Quoique cela n'ait pas été mis en évidence statistiquement, quelques orthophonistes indiquent, en commentaires, avoir conservé quelques habitudes favorables du présentiel : « *Je suis beaucoup plus attentive au cadre de la séance et à son respect, que ce soit en termes d'horaires comme en termes de contenus. J'ose davantage scinder la séance en plusieurs petits objectifs. Je prends quasi systématiquement une pause d'1/4h entre chaque patient pour avoir le temps de reprendre ce qui a été fait pendant la séance précédente, ce que j'ai observé, et préparer la séance suivante, voire m'accorder tranquillement un espace pour laisser vagabonder mes pensées. Je crois que ces nouvelles habitudes m'ont sauvée d'un épuisement professionnel !* »

1.4. Quatrième objectif

Une fois le retour en présentiel, les orthophonistes ont recouru aux manques qu'ils ont éprouvés pendant l'expérience de la TO. En effet parmi les limites de la TO relevées dans la littérature, les plus citées sont : le contact humain, le toucher thérapeutique, la manipulation de matériel et la perception du non verbal.

Si la totalité des participants ayant éprouvé le manque de manipulation de matériel et la perception du non verbal en distanciel y ont recouru en présentiel, ce n'est pas le cas pour les sujets regrettant le manque de contact humain et le toucher thérapeutique. Cependant, la crise sanitaire étant toujours d'actualité malgré un retour en présentiel possible, ces résultats peuvent s'expliquer par la conservation des gestes barrières. En effet les directives gouvernementales recommandaient, entre autres, le respect d'une distance d'au moins un mètre avec les autres, et l'arrêt des embrassades ainsi que des poignées de main. Le contact humain et toucher thérapeutique ont donc été restreints.

1.5. Cinquième objectif

La proportion d'orthophonistes ayant le ressenti que l'expérience de la TO avait fait évoluer leur pratique professionnelle est probante : « *Votre questionnaire m'a permis de prendre conscience des changements effectués grâce à l'expérience de la TO, merci ! En le remplissant je me suis aperçue il y avait eu un avant et un après dans ma pratique.* » Nombre d'orthophonistes associent cette évolution à « *un renouvellement intellectuel* » essentiel pour penser différemment la PES.

En pareille occurrence, les orthophonistes n'étaient-ils pas les plus à mêmes de juger de leur évolution professionnelle ?

1.6. Hypothèse de l'étude

Les résultats permettent donc de valider notre hypothèse initiale : l'expérience de la TO a modifié la pratique professionnelle des orthophonistes en faisant évoluer leur savoir-être et savoir-faire. Cette évolution, objectivée statistiquement, est confirmée par 93% des répondants.

2. Intérêts de l'étude

Ce sujet de mémoire a été très bien accueilli par les participants. Ces derniers ont, d'ailleurs, manifesté beaucoup d'intérêt à notre étude par commentaires.

Le but de l'enquête était de permettre aux orthophonistes une prise de recul sur leur manière de travailler, via une auto-évaluation de leur savoir-être et leur savoir-faire selon les différentes conditions de pratique, en présentiel et en distanciel. Afin d'inciter les orthophonistes à veiller à leur savoir-être et à leur savoir-faire quelle que soit leur condition de pratique, une prise de conscience de leurs attitudes et de leur technicité était essentielle. L'étude que nous avons menée propose donc un état des lieux des pratiques orthophoniques en fonction de la TO.

La pérennisation de la TO étant entrée en vigueur, ce travail permet également de mettre en exergue les effets de la TO sur la pratique orthophonique, tout en prenant en compte la vision des orthophonistes et leur ressenti.

Enfin, le regard porté sur la TO des personnes qui liront ce mémoire pourra, éventuellement, être modifié, comme le nôtre l'a été au cours de cette étude. Aussi, la finalité de ce travail est de faire évoluer les réflexions et perspectives concernant l'orthophonie et le renouvellement de ses pratiques.

3. Limites et biais méthodologique de l'étude

Malgré notre intention de suivre une démarche méthodique et rigoureuse, nous relevons, à regret, quelques limites de cette étude.

3.1. Conception du questionnaire

Si ladite étude a fait l'objet de nombreux commentaires positifs relatifs à sa conception, celle-ci présente, néanmoins, une limite incontestable : notre questionnaire propose une comparaison de la pratique orthophonique en distanciel pendant la TO avec la pratique en présentiel avant la TO, puis

une comparaison de la pratique orthophonique en présentiel après la TO avec la pratique orthophonique en distanciel pendant la TO. Cependant, cette configuration ne permet pas une confrontation immédiate de la pratique orthophonique en présentiel après la TO avec la pratique en présentiel avant la TO.

D'autre part, la construction des items de réponses n'a pas été optimale pour l'analyse statistique des résultats qui s'est révélée particulièrement complexe. Qui plus est, nous avons fait le choix de garder un modèle de réponses similaire pour les axes II et III ; or certains items manquaient de précision et de nuances. Enfin, nous avons opté pour des zones de saisie libres consacrées aux commentaires facultatifs. Malheureusement, aucun participant estimant que la TO n'avait pas fait évoluer sa pratique professionnelle n'a explicité son avis. La saisie obligatoire d'un commentaire final aurait probablement été bénéfique.

Enfin, une question portait sur l'utilisation d'un moyen pour gérer la durée de la séance ; la durée effective des séances aurait également pu être faire l'objet d'une question.

3.2. Analyse des résultats

Dans un souci de synthèse et de clarté, nous avons présenté un résultat global pour chaque thème (C à N) en traitant simultanément toutes les questions d'un même thème. Toutefois, notre étude aurait pu être approfondie par une analyse statistique plus détaillée permettant d'analyser chacune des questions 9 à 98 séparément.

Par ailleurs, les questions 2 et 3, 15,16 et 17 ont été soumises aux participants, mais ont finalement été jugées non pertinentes pour répondre à notre problématique, et n'ont donc pas été traitées. À titre informatif, les réponses associées apparaissent, toutefois, intéressantes.

4. Perspectives

Comme indiqué précédemment, une comparaison immédiate de la pratique orthophonique en présentiel avant la TO avec la pratique orthophonique en présentiel après la TO pourrait être judicieuse. Le maintien ou non des habitudes établies pendant la TO serait, ainsi, probablement mieux objectivé.

De plus, une analyse plus approfondie de chaque composante du savoir-être et du savoir-faire pourrait également être pertinente afin de préciser les impacts de chacun des points interrogés. Ce travail serait particulièrement long mais permettrait aux orthophonistes de mieux cibler leurs pistes d'amélioration.

Enfin, maintenant que des textes réglementaires encadrent l'orthophonie en distanciel, la TO constituerait, probablement, une action d'EPP enrichissante pour ses praticiens.

Conclusion

Le but de ce mémoire était de permettre aux orthophonistes d'analyser leur savoir-être et leur savoir-faire selon les différentes conditions de pratique, en présentiel et en distanciel. Aussi, nous avons créé un questionnaire ciblant le sujet participant, le savoir-être orthophonique et téléorthophonique, le savoir-faire orthophonique et téléorthophonique et les manques liés à la TO. 100 orthophonistes ayant recouru à la TO pendant la crise sanitaire ont répondu à notre questionnaire en ligne. Nous avons ainsi comparé leur pratique orthophonique en distanciel à leur pratique en présentiel avant et après l'expérience de la TO. De facto, cette étude est un état des lieux des pratiques orthophoniques en fonction de la TO.

Après avoir répondu aux 5 objectifs de l'étude, nous avons pu valider notre hypothèse initiale : l'expérience de la TO a modifié la pratique professionnelle des orthophonistes en faisant évoluer leur savoir-être et leur savoir-faire. Aussi, la TO a permis aux orthophonistes de se réinventer et de découvrir leurs capacités d'adaptation ainsi que celles de leurs patients. Bien que de nouvelles habitudes en distanciel aient été établies par les orthophonistes, celles-ci n'ont pas été maintenues lors du retour en présentiel. Aujourd'hui pérennisée, la TO est un outil au service de la pratique orthophonique, et ne doit, en aucun cas, la remplacer. Dès lors, si les orthophonistes ont été capables d'ajuster leur pratique en distanciel, ne seraient-ils pas également aptes à conserver ces ajustements dans leur pratique en présentiel ?

In fine, maintenant que la profession dispose de textes réglementaires concernant l'orthophonie en distanciel, la TO ne pourrait-elle pas faire l'objet d'une action d'EPP ?

Références bibliographiques

AMELI. (2021). *Télesanté, la santé à distance*. <https://www.ameli.fr/assure/sante/telesante>

Arrêté du 25 mars 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, (2020).

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

Article 1101 du Code civil, Code Civil (2016).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040787

Article L6316-1 du Code de la santé publique, Code de la santé publique (2019).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887059/

Article L6316-2 du Code de la santé publique, Code de la santé publique (2019).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038841874

Article R4341-3, Code de la santé publique (2004).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006914181/

Avis relatif à l'avenant n° 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996, (2017).

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

Baron, L. (2010). *Orthophoniste-patient : De la relation aux émotions. Définitions, observations et réflexion* [Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes]. Archive des bibliothèques universitaires de Nantes. <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=5b6dae9d-6b18-4035-8219-20af253f4a6f>

Bertin, L. (2021). *La téléorthophonie en France : Pratiques professionnelles et perspectives* [Mémoire d'orthophonie]. Université Claude Bernard Lyon 1.

Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Véronique, M. (2011). *Dictionnaire d'Orthophonie*. Ortho Edition.

- Brison, A., & Grammaticos, E. (2012). Nous ne sommes pas des Wonder Women ! In *Pratiquer l'orthophonie : Expériences et savoir-faire de 33 orthophonistes* (p. 349-359). Elsevier Masson.
- Cayol, A. (2020). L'adaptation du système de santé français face à la pandémie de covid-19 par le développement des usages de la télémédecine. *Droit, Santé et Société*, 7(1), 25-30.
<https://doi.org/10.3917/dsso.071.0025>
- CNRTL. (s. d.-a). Savoir. In *CNRTL*. Consulté 20 janvier 2022, à l'adresse
<https://www.cnrtl.fr/definition/savoirs>
- CNRTL. (s. d.-b). Savoir-faire. In *CNRTL*. Consulté 20 janvier 2022, à l'adresse
<https://www.cnrtl.fr/definition/savoir-faire>
- Covid-19 : Actualités du mardi 24 mars 2020*. (s. d.). FNO.fr. Consulté 25 janvier 2022, à l'adresse
<https://www.fno.fr/ressources-diverses/covid-19-actualites-du-mardi-24-mars-2020/>
- Cungi, C. (2016). *L'alliance thérapeutique* (Nouvelle édition). Retz.
- Curchod, C. (2009). *Relations soignants-soignés, Prévenir et dépasser les conflits* (Elsevier Masson).
- Dehêtre, A. (2020). L'exercice libéral de l'orthophonie pris dans la tourmente de la crise sanitaire du « Covid ». Un premier bilan. *L'Orthophoniste*, 400, 5-9.
- Deygas, O. (2014). *La téléorthophonie : État des lieux et perspectives* [Mémoire d'orthophonie, Université de Caen Basse Normandie, UFR de médecine]. Caen-BU.
- Direction de l'information légale et administrative. (s. d.). *Qu'est-ce que l'état d'urgence sanitaire ?*
Vie-publique.fr. Consulté 20 janvier 2022, à l'adresse <https://www.vie-publique.fr/fiches/273947-quest-ce-que-letat-durgence-sanitaire>
- Direction de l'information légale et administrative. (2020, mars 17). *Coronavirus : Les mesures de confinement*. Vie-publique.fr. <https://www.vie-publique.fr/en-bref/273932-coronavirus-les-mesures-de-confinement>

- DREES. (2021). *Démographie des orthophonistes en France*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Dufournier, P. (2017). *De la formation ouverte à distance à la rééducation orthophonique à distance : Vers une nouvelle approche enrichie de l'orthophonie ?* [Thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2]. HAL archives ouvertes. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01807657/document>
- Durand, T. (2006). L'alchimie de la compétence. *Revue française de gestion*, 160, 261-292. <https://doi.org/10.3166/rfg.160.261-292>
- Estienne, F. (2004). *Orthophonie et efficacité, Les fondements d'une pratique*. (Solal).
- FNO. (s. d.). *Prolongation du télésoin en orthophonie*. FNO.fr. Consulté 25 janvier 2022, à l'adresse <https://www.fno.fr/actualites/prolongation-du-telesoin-en-orthophonie/>
- FNO. (2020a, mars 15). *Covid-19 : Message au 15 mars 2020*. FNO.fr. <https://www.fno.fr/ressources-diverses/covid-19-message-au-15-mars-2020/>
- FNO. (2020b, mars 26). *Covid : Télésoin, préconisations et système d'accès gratuit*. FNO.fr. <https://www.fno.fr/actualites/cadre-legislatif/telesoin-en-orthophonie-preconisations-et-systeme-dacces-gratuit/>
- FNO. (2021a). *Arrêté sur le numerus clausus 2021-2022*. <https://www.fno.fr/ressources-diverses/arrete-sur-le-numerus-clausus-2018-2019/>
- FNO. (2021b). *La réponse à la demande de soins en orthophonie. Un enjeu majeur de santé publique. Une nécessité pour notre profession. Une priorité de la Fédération Nationale des Orthophonistes*. https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2019/10/NS20191015_Acces_Orthophonie.pdf
- FNO. (2021c). *Livret professionnel de l'orthophoniste 2021*. https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2021/03/Livret_pro_FNO-adherents-V8-15-03-2021-3.pdf

- FNO form. (s. d.). *Évaluation des pratiques professionnelles*. FNO form. Consulté 31 janvier 2022, à l'adresse <https://www.fnoform.fr/formation-epp-orthophoniste/>
- Gay, R., & Steffen, M. (2020). Une gestion étatique centralisée et désordonnée. *Chronique internationale de l'IRES*, 171, 1.
- Gendron-Bouillon, N. (2020a). Covid-19, nouvelles pratiques en orthophonie. *Ortho magazine*, 149.
- Gendron-Bouillon, N. (2020b). Restons chez nous et solidaires. *Ortho magazine*, 147.
- Guilbert, J.-J. (2001). L'ensorcelante ambiguïté de « savoir, savoir-être et savoir-faire ». *Pédagogie médicale*, 2(1). <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2001/01/pmed20012p23/pmed20012p23.html>
- Hallay-Dufour, M. (2020). Les origines de la fatigue liée au télésoin. *Ortho magazine*, 149, 22-24.
- HAS. (2021). *Qualité et sécurité du télésoin : Bonnes pratiques pour la mise en oeuvre*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/qualite_et_securite_du_telesoin_-_criteres_deligibilite_et_bonnes_pratiques_pour_la_mise_en_oeuvre_-_rapport_delaboration.pdf
- Joly, A. (2014). *Communication verbale et non verbale entre patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : Etude des interactions lors d'un atelier thérapeutique et rôle de l'orthophoniste* [Mémoire d'orthophonie, Université de Lorraine]. HAL archives ouvertes. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01842403/document>
- Lanaud, A., & Kim, V. (2016). *Analyse des pratiques professionnelles en téléorthophonie : Étude de 3 cas uniques* [Mémoire d'orthophonie, Université Paris VI Pierre et Marie Curie]. HAL archives ouvertes.
- Le Cossec-Le Bozec, M.-P. (2012). La première fois reste une première fois. In *Pratiquer l'orthophonie : Expériences et savoir-faire de 33 orthophonistes* (p. 337-347). Elsevier Masson.

LimeSurvey. (s. d.). Wikipédia. Consulté 10 février 2022, à l'adresse

<https://fr.wikipedia.org/wiki/LimeSurvey>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020a). *Trois cas d'infection par le coronavirus (2019-*

nCoV) en France [Communiqué de presse]. [https://solidarites-](https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/trois-cas-d-infection-par-le-coronavirus-2019-ncov-en-france-429100?TSPD_101_R0=0221d8cfabc14153e6e4ad267d88a379i050000000000000000b991d650ffff00000000000000000000000000000061faf0030073cfe7d408eeb285a9ab2000f15611fca93d03e9e2c1212e9174d81796fc35d76af8c9a560b0b3337a496518082ab303730a2800de0c76a156b322d716e0b8389efa4a1a233e24550bc77b482ea0a701678d1ebdca47b579a7a0a0bd)

[sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/trois-cas-d-infection-par-le-](https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/trois-cas-d-infection-par-le-coronavirus-2019-ncov-en-france-429100?TSPD_101_R0=0221d8cfabc14153e6e4ad267d88a379i050000000000000000b991d650ffff00000000000000000000000000000061faf0030073cfe7d408eeb285a9ab2000f15611fca93d03e9e2c1212e9174d81796fc35d76af8c9a560b0b3337a496518082ab303730a2800de0c76a156b322d716e0b8389efa4a1a233e24550bc77b482ea0a701678d1ebdca47b579a7a0a0bd)

[coronavirus-2019-ncov-en-france-429100?TSPD_101_R0=0221d8cfabc14153e6e4ad267d88a379i050000000000000000b991d650ffff00000000000000000000000000000061faf0030073cfe7d408eeb285a9ab2000f15611fca93d03e9e2c1212e9174d81796fc35d76af8c9a560b0b3337a496518082ab303730a2800de0c76a156b322d716e0b8389efa4a1a233e24550bc77b482ea0a701678d1ebdca47b579a7a0a0bd](https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/trois-cas-d-infection-par-le-coronavirus-2019-ncov-en-france-429100?TSPD_101_R0=0221d8cfabc14153e6e4ad267d88a379i050000000000000000b991d650ffff00000000000000000000000000000061faf0030073cfe7d408eeb285a9ab2000f15611fca93d03e9e2c1212e9174d81796fc35d76af8c9a560b0b3337a496518082ab303730a2800de0c76a156b322d716e0b8389efa4a1a233e24550bc77b482ea0a701678d1ebdca47b579a7a0a0bd)

Ministère des solidarités et de la santé. (2020). *Préparation au risque épidémique Covid-19* [Guide

méthodologique]. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf?TSPD_101_R0=8f10a75977937eb1141699efc0f2d0a3o7u00000000000000000003e600f5dffff00000000000000000000000000000061fac6f5000bd5ee9108eeb285a9ab200001856c406eed7adac8c8c8d2db4a52ae3c94b2ba8d7d494a3fd7551111f3de8d0823dbcd3d0a28001b84b411349cebfcfac356510683cc91894dca1a80c0ad9e80ed5821ef158aac0ff2d8a892cb1fc2)

[2.pdf?TSPD_101_R0=8f10a75977937eb1141699efc0f2d0a3o7u00000000000000000003e600f5dffff00000000000000000000000000000061fac6f5000bd5ee9108eeb285a9ab200001856c406eed7adac8c8c8d2db4a52ae3c94b2ba8d7d494a3fd7551111f3de8d0823dbcd3d0a28001b84b411349cebfcfac356510683cc91894dca1a80c0ad9e80ed5821ef158aac0ff2d8a892cb1fc2](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf?TSPD_101_R0=8f10a75977937eb1141699efc0f2d0a3o7u00000000000000000003e600f5dffff00000000000000000000000000000061fac6f5000bd5ee9108eeb285a9ab200001856c406eed7adac8c8c8d2db4a52ae3c94b2ba8d7d494a3fd7551111f3de8d0823dbcd3d0a28001b84b411349cebfcfac356510683cc91894dca1a80c0ad9e80ed5821ef158aac0ff2d8a892cb1fc2)

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020b). *Épidémie de COVID-19 : Chacun doit appliquer*

tous les gestes barrières [Communiqué de presse]. [https://solidarites-](https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/epidemie-de-covid-19-chacun-doit-appliquer-tous-les-gestes-barrieres?TSPD_101_R0=0ad96c8eb48502b84665fc29cae2c0d9165000000000000000003e600f5dffff00000000000000000000000000000061fc3c8a00ee36078408eeb285a9ab2000e2ef55342def4f561127bfcc0857e67ebc30236415471fa02ba17eb2cf026a81081c532a050a2800073095d8c5d3cd564ac2294b0ebe8387ba0032473dd513656bc66a16d77de03e4841d42e28f4574e)

[sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/epidemie-de-covid-19-chacun-](https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/epidemie-de-covid-19-chacun-doit-appliquer-tous-les-gestes-barrieres?TSPD_101_R0=0ad96c8eb48502b84665fc29cae2c0d9165000000000000000003e600f5dffff00000000000000000000000000000061fc3c8a00ee36078408eeb285a9ab2000e2ef55342def4f561127bfcc0857e67ebc30236415471fa02ba17eb2cf026a81081c532a050a2800073095d8c5d3cd564ac2294b0ebe8387ba0032473dd513656bc66a16d77de03e4841d42e28f4574e)

[doit-appliquer-tous-les-gestes-barrieres?TSPD_101_R0=0ad96c8eb48502b84665fc29cae2c0d9165000000000000000003e600f5dffff00000000000000000000000000000061fc3c8a00ee36078408eeb285a9ab2000e2ef55342def4f561127bfcc0857e67ebc30236415471fa02ba17eb2cf026a81081c532a050a2800073095d8c5d3cd564ac2294b0ebe8387ba0032473dd513656bc66a16d77de03e4841d42e28f4574e](https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/epidemie-de-covid-19-chacun-doit-appliquer-tous-les-gestes-barrieres?TSPD_101_R0=0ad96c8eb48502b84665fc29cae2c0d9165000000000000000003e600f5dffff00000000000000000000000000000061fc3c8a00ee36078408eeb285a9ab2000e2ef55342def4f561127bfcc0857e67ebc30236415471fa02ba17eb2cf026a81081c532a050a2800073095d8c5d3cd564ac2294b0ebe8387ba0032473dd513656bc66a16d77de03e4841d42e28f4574e)

- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020c, décembre 8). *Poursuite de l'activité des professionnels de santé et des professions « à usage titre » pendant le confinement (DHOS/DGS)*. Health & co. <https://www.hygienes.net/ministere-de-la-sante/poursuite-de-lactivite-des-professionnels-de-sante-et-des-professions-a-usage-titre-pendant-le-confinement-dhos-dgs/>
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *La flambée de 2019-nCoV est une urgence de santé publique de portée internationale*. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-emergencies/pages/news/news/2020/01/2019-ncov-outbreak-is-an-emergency-of-international-concern>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19—11 mars 2020*. <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Pelaez, M.-I. (2021). Le cadre thérapeutique : Entre affirmation de soi et bienveillance. *Ortho magazine*, 152, 26-27.
- Pont, D. (2011). *Évolution de la relation au patient au cours de l'expérience professionnelle de l'orthophoniste* [Mémoire d'orthophonie, Université Henri Poincaré, Nancy 1]. HAL archives ouvertes. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01879756/document>
- Prêcheur, I., Benhamou, Y., & Pakdaman, L. (2020). Covid-19 : Que sait-on ? *Ortho magazine*, 148, 10-12.
- Riberi, G. (2016). *Téléorthophonie : L'éloignement met-il à distance la relation thérapeutique ?* [Mémoire d'orthophonie, Université de Nice]. HAL archives ouvertes. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01482241/document>

Safon. (2021). *ISSN 2606-0272 ISBN 978-2-87812-555-9 La e-santé Télésanté, santé numérique ou santé connectée*. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/e-sante.pdf>

Santé publique France. (2020). *COVID-19 Point épidémiologique hebdomadaire du 24 mars 2020*.

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiA1bCEgt31AhXCzIUkHcjRAekQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F239617%2F2544833&usg=AOvVaw0s3q8fLC1cdO7BvAegwWTr>

Simon, P., & Moulin, T. (2021). *Télémédecine et télésoin—L'essentiel pour pratiquer*. Le Coudrier.

Tenforde, A. S., Borgstrom, H., Polich, G., Steere, H., Davis, I. S., Cotton, K., O'Donnell, M., & Silver, J. K. (2020). Outpatient Physical, Occupational, and Speech Therapy Synchronous Telemedicine : A Survey Study of Patient Satisfaction with Virtual Visits During the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 99(11), 977-981. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001571>

Titre IV, Article L 4341-1 du Code de la santé publique, (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031930059/2016-01-28>

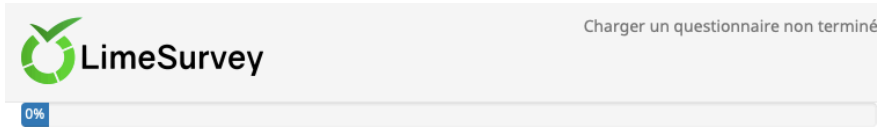
Toulouse-Beneton, P. (2021). *Retour d'expérience sur la pratique du télésoin en orthophonie à l'occasion de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 : Evaluation des besoins des orthophonistes libéraux pour accompagner le développement de cette nouvelle pratique*. [Mémoire d'orthophonie]. Université Paul Sabatier – Toulouse III.

Table des illustrations

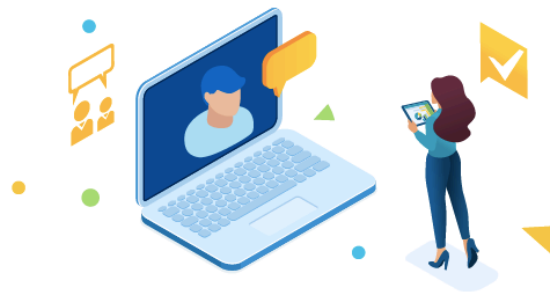
Tableau 1. Statistiques descriptives des paramètres étudiés chez le sujet participant.....	32
Figure 1. Représentation de l'architecture globale du questionnaire utilisé dans cette étude.....	27
Figure 2. Courbes représentant l'évolution de 7 composantes du savoir-être chez les orthophonistes selon les périodes de pratique en présentiel et en distanciel.....	34
Figure 3. Diagrammes représentant les modifications comportementales selon les périodes de pratique en présentiel et en distanciel pour 7 composantes du savoir-être chez les orthophonistes.....	35
Figure 4. Courbes représentant l'évolution de 4 composantes du savoir-faire chez les orthophonistes selon les périodes de pratique en présentiel et en distanciel.....	39
Figure 5. Diagrammes représentant les modifications comportementales selon les périodes de pratique en présentiel et en distanciel pour 4 composantes du savoir-faire chez les orthophonistes.....	40
Figure 6 : Diagramme représentant les manques éprouvés par les orthophonistes pendant la TO et recours après la TO.....	42

Annexes

Annexe 1 : Message d'accueil du questionnaire en ligne



Évolution de la pratique professionnelle des orthophonistes à la suite de l'expérience de la téléorthophonie en période de crise sanitaire



🔥 **Enquête à destination des orthophonistes ayant fait l'expérience de la téléorthophonie en période de crise sanitaire :**

Madame, Monsieur,

Étudiante en 5ème année d'orthophonie au centre de formation de Clermont-Ferrand, je réalise un mémoire de fin d'études traitant de la téléorthophonie encadré par Elsa Ferry-Locati 🇫🇷.

? La problématique suivante est le point de départ de mon étude : [L'expérience de la téléorthophonie a-t-elle fait évoluer la pratique professionnelle des orthophonistes ?](#)

Mon hypothèse est que l'expérience de la téléorthophonie a modifié la pratique professionnelle des orthophonistes en faisant évoluer leur savoir-être et leur savoir-faire. 🧐 Je pense que la mise en place de cette pratique provoquée par la crise sanitaire a été fastidieuse, source d'angoisse et de fatigue, mais a permis aux orthophonistes de se réinventer et de découvrir leurs capacités d'adaptation ainsi que celles de leurs patients.

Le but de mon mémoire est de permettre aux orthophonistes de prendre du recul sur leur manière de travailler en analysant leur savoir-être et leur savoir-faire selon les différentes conditions de pratique, en présentiel et en distanciel. 🤖

Cinq objectifs découlent donc de mon hypothèse :

1. Déterminer si, une fois le retour en présentiel, les orthophonistes satisfaits par la téléorthophonie ont fait le choix de poursuivre la téléorthophonie avec certains patients.
2. Définir si le savoir-être et le savoir-faire orthophoniques ont varié en fonction de l'expérience de la téléorthophonie.
3. Évaluer si les nouvelles habitudes, établies durant l'expérience de la téléorthophonie, ont été maintenues lors du retour en présentiel.
4. Examiner si, une fois le retour en présentiel, les orthophonistes ont recouru aux manques qu'ils ont éprouvés pendant l'expérience de la téléorthophonie.
5. Récueillir l'avis des orthophonistes quant à l'utilisation de la téléorthophonie incitée par la crise sanitaire.

Je réalise donc une enquête auprès des **orthophonistes qui ont recouru à la télé-orthophonie pendant la crise sanitaire**. 🧑

✅ Vous avez toujours eu envie de parler du savoir-être ainsi que du savoir faire orthophoniques et télé-orthophoniques ?

✅ Ces sujets vous posent questions ?

✅ Vous avez quelques minutes devant vous ?

👉 Alors ce questionnaire est fait pour vous !! 😊

Celui-ci est disponible en ligne jusqu'au 31/12/2021 et prend environ 15 minutes ⌚. Il s'articule en 4 parties :

I. [Le sujet participant](#)

II. [Le savoir-être orthophonique et téléorthophonique \(avant, pendant et après votre expérience de la télé-orthophonie\)](#)

III. [Le savoir-faire orthophonique et téléorthophonique \(avant, pendant et après votre expérience de la télé-orthophonie\)](#)

IV. [Les manques liés à la télé-orthophonie](#)

Ce questionnaire est composé de questions à choix unique ou multiple, d'échelles de mesure et d'une question à réponse ouverte. Vous avez également la possibilité de laisser un commentaire à la fin. L'enquête est anonyme : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse !

Merci beaucoup pour le temps que vous accorderez à cette étude ; vos réponses me seront d'une grande aide ! 🙏

Mathilde de Hédouville

Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement.

Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

Accord de principe :

Les informations fournies seront analysées sous forme de statistiques : l'enquête est anonyme. Vous pouvez laisser votre contact, mais cette information ne sera pas stockée en relation avec vos réponses au questionnaire. Les résultats seront exploités à des fins non commerciales.

Ce questionnaire vous est destiné si :

Vous êtes orthophoniste diplômé(e)

Vous avez recouru à la téléorthophonie en période de crise sanitaire

Vous avez pris connaissance du cadre de l'enquête

Pour continuer, veuillez d'abord accepter la politique de notre questionnaire.

Suivant

Annexe 2 : Maquette du questionnaire avant sa création en ligne sur Lime Survey

I- Le sujet participant

A. Concernant votre mode d'exercice et vos patients :	<p>1) <i>Quel est votre mode d'exercice ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salariat <input type="checkbox"/> Mixte</p> <p>2) <i>Quelles pathologies avez-vous prises en charge à distance ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Troubles de l'articulation</p> <p><input type="checkbox"/> Déglutitions dysfonctionnelles</p> <p><input type="checkbox"/> Dysphonies</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité</p> <p><input type="checkbox"/> Retards de parole/langage</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles de la communication et du langage oral</p> <p><input type="checkbox"/> Bégaiements et autres troubles de la fluence</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles de la communication et du langage écrit</p> <p><input type="checkbox"/> Dysgraphies</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles de la cognition mathématique</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles du spectre autistique</p> <p><input type="checkbox"/> Handicaps sensoriels/moteurs et/ou déficiences intellectuelles</p> <p><input type="checkbox"/> Surdités</p> <p><input type="checkbox"/> Pathologies neurologiques : Troubles cognitivo-linguistiques, aphasies, fonctions oro-myo faciales altérées...</p>
--	--

	<p><input type="checkbox"/> Pathologies neuro-dégénératives : troubles cognitivo-linguistiques, aphasies primaires progressives, fonctions oro-myo faciales altérées...</p> <p>3) <i>Dans quelle tranche d'âge se situent vos patients ayant bénéficié de la téléorthophonie ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Moins de 3 ans <input type="checkbox"/> Entre 3 et 10 ans</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 10 et 20 ans <input type="checkbox"/> Entre 20 et 50 ans</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 50 et 70 ans <input type="checkbox"/> Plus de 70 ans</p> <p>4) <i>Aviez-vous déjà pratiqué la téléorthophonie avant la crise sanitaire ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>B. Concernant votre ressenti quant à votre expérience de la téléorthophonie :</p>	<p>5) <i>Vous êtes-vous senti(e) obligé(e) de recourir à la télé-orthophonie en période de confinement ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, c'était la seule solution que j'avais pour travailler</p> <p><input type="checkbox"/> Pas tout à fait, mais j'ai profité de la crise sanitaire pour l'expérimenter</p> <p><input type="checkbox"/> Non, je me suis senti(e) libre de recourir à la téléorthophonie</p> <p>6) <i>La mise en place de la téléorthophonie vous a paru :</i></p> <p><input type="checkbox"/> Facile</p> <p><input type="checkbox"/> Intuitive</p>

	<p><input type="checkbox"/> Rapide</p> <p><input type="checkbox"/> Difficile</p> <p><input type="checkbox"/> Stressante</p> <p><input type="checkbox"/> Fatigante</p> <p>7) <i>Sur une échelle de 1 à 5, quel est votre niveau de satisfaction quant à votre expérience de la téléorthophonie ? (1 étant « très insatisfait(e) » et 5 « très satisfait(e) »)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>8) <i>Une fois le retour en présentiel possible, quel a été votre choix ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Continuer de pratiquer la téléorthophonie uniquement</p> <p><input type="checkbox"/> Reprendre l'orthophonie en présentiel et poursuivre la téléorthophonie avec certains patients</p> <p><input type="checkbox"/> Reprendre l'orthophonie en présentiel et ne pas poursuivre la téléorthophonie</p> <p>➔ + Possibilité de laisser un commentaire</p>
--	---

II- Le savoir-être orthophonique et téléorthophonique

	Avant l'expérience de la téléorthophonie	Pendant l'expérience de la téléorthophonie	Après l'expérience de la téléorthophonie
<p>C. Concernant la relation/l'alliance thérapeutique :</p>	<p>9) Comment vous situez-vous face à la relation thérapeutique établie avec vos patients ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Très à l'aise <input type="checkbox"/> À l'aise <input type="checkbox"/> Mal à l'aise <input type="checkbox"/> Très mal à l'aise <p>12) Comment situez-vous vos patients face à la relation thérapeutique établie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Très à l'aise <input type="checkbox"/> À l'aise <input type="checkbox"/> Mal à l'aise <input type="checkbox"/> Très mal à l'aise 	<p>10) Comment vous situez-vous face à la relation thérapeutique établie avec vos patients ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plus à l'aise qu'en présentiel <input type="checkbox"/> Aussi à l'aise qu'en présentiel <input type="checkbox"/> Moins à l'aise qu'en présentiel <p>13) Comment situez-vous vos patients face à la relation thérapeutique établie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plus à l'aise qu'en présentiel <input type="checkbox"/> Aussi à l'aise qu'en présentiel <input type="checkbox"/> Moins à l'aise qu'en présentiel 	<p>11) Une fois un retour en présentiel, comment vous situez-vous face à la relation thérapeutique établie avec vos patients ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plus à l'aise qu'en distanciel <input type="checkbox"/> Aussi à l'aise qu'en distanciel <input type="checkbox"/> Moins à l'aise qu'en distanciel <p>14) Une fois un retour en présentiel, comment situez-vous vos patients face à la relation thérapeutique établie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plus à l'aise qu'en distanciel <input type="checkbox"/> Aussi à l'aise qu'en distanciel <input type="checkbox"/> Moins à l'aise qu'en distanciel

	<p>15) Quel était votre nombre moyen de patients absents par semaine ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus de 5 par semaine</p> <p><input type="checkbox"/> 5 par semaine</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de 5 par semaine</p>	<p>16) Quel était votre nombre moyen de patients absents par semaine ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>17) Quel est votre nombre moyen de patients absents par semaine ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>
<p>D. Concernant votre relation avec les parents / les aidants du patient :</p>	<p>18) À quelle fréquence demandiez-vous aux parents/aidants d'assister aux séances ?</p> <p><input type="checkbox"/> À chaque séance</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p>19) À quelle fréquence demandiez-vous aux parents/aidants d'assister aux séances ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus souvent qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi souvent qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins souvent qu'en présentiel</p>	<p>20) À quelle fréquence demandez-vous aux parents/aidants d'assister aux séances ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus souvent qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi souvent qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins souvent qu'en distanciel</p>
<p>E. Concernant le bien-être du patient :</p>	<p>21) Prenez-vous le temps de poser des questions sur l'état moral et physique du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>22) Prenez-vous le temps de poser des questions sur l'état moral et physique du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>23) Prenez-vous le temps de poser des questions sur l'état moral et physique du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>

	<p>24) <i>Prêtez-vous attention à son état de fatigue et de concentration ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>25) <i>Prêtez-vous attention à son état de fatigue et de concentration ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>26) <i>Prêtez-vous attention à son état de fatigue et de concentration ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>
<p>F. Concernant l'environnement de la prise en soins :</p>	<p>27) <i>Faisiez-vous attention à son confort, à son assise ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>28) <i>Faisiez-vous attention à son confort, à son assise ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>29) <i>Faites-vous attention à son confort, à son assise ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>
	<p>30) <i>Faisiez-vous attention au cadre dans lequel vos séances se déroulaient (bruits, luminosité...) et l'adaptiez-vous pour que vos patients soient dans les conditions optimales ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>31) <i>Faisiez-vous attention au cadre dans lequel vos séances se déroulaient (bruits, luminosité, réseau internet...) et l'adaptiez-vous pour que vos patients soient dans les conditions optimales ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>32) <i>Faites-vous attention au cadre dans lequel vos séances se déroulent (bruits, luminosité...) et l'adaptiez-vous pour que vos patients soient dans les conditions optimales ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>

<p>G. Concernant votre communication verbale, para-verbale et non verbale :</p>	<p>33) Êtes-vous vigilant(e) à votre débit et à votre articulation ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>34) Êtes-vous vigilant(e) à votre débit et à votre articulation ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>35) Êtes-vous vigilant(e) à votre débit et à votre articulation ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>
	<p>36) Veillez-vous au bon respect des tours de parole ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>37) Veillez-vous au bon respect des tours de parole ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>38) Veillez-vous au bon respect des tours de parole ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>
	<p>39) Vous assurez-vous de la bonne compréhension du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>40) Vous assurez-vous régulièrement de la bonne compréhension du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>41) Vous assurez-vous régulièrement de la bonne compréhension du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>

	<p>42) Pouvez-vous proposer des consignes écrites en plus des consignes orales ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>43) Proposez-vous des consignes écrites en plus des consignes orales ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>44) Proposez-vous des consignes écrites en plus des consignes orales ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>
<p>H. Concernant votre communication non verbale :</p>	<p>45) Faisiez-vous attention à vous placer dans le champ de vision du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p> <p>48) À quelle fréquence cherchez-vous à capter le regard du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Tout le temps</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p>46) Faisiez-vous attention à vous placer dans le champ de vision du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p> <p>49) À quelle fréquence cherchez-vous à capter le regard du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus souvent qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi souvent qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins souvent qu'en présentiel</p>	<p>47) Faites-vous attention à vous placer dans le champ de vision du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p> <p>50) À quelle fréquence cherchez-vous à capter le regard du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus souvent qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi souvent qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins souvent qu'en distanciel</p>

	<p>51) <i>Faisiez-vous en sorte que votre communication soit expressive (gestes, sourires...)?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>52) <i>Faisiez-vous en sorte que votre communication soit expressive (gestes, sourires...)?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>53) <i>Faites-vous en sorte que votre communication soit expressive (gestes, sourires...)?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>
<p>I. Concernant votre confort et disponibilité :</p>	<p>54) <i>Accordez-vous de l'importance au confort de votre assise (fauteuil, ballon pour le dos...)?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Pas particulièrement</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>57) <i>Privilégiez-vous une position assise :</i></p> <p><input type="checkbox"/> Confortable</p> <p><input type="checkbox"/> Conventionnelle : dos droit, pieds au sol</p>	<p>55) <i>Accordez-vous de l'importance au confort de votre assise (fauteuil, ballon pour le dos...)?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p> <p>58) <i>Privilégiez-vous une position assise :</i></p> <p><input type="checkbox"/> Confortable</p> <p><input type="checkbox"/> Conventionnelle : dos droit, pieds au sol</p>	<p>56) <i>Accordez-vous de l'importance au confort de votre assise (fauteuil, ballon pour le dos...)?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p> <p>59) <i>Privilégiez-vous une position assise :</i></p> <p><input type="checkbox"/> Confortable</p> <p><input type="checkbox"/> Conventionnelle : dos droit, pieds au sol</p>

	<p>60) À quelle fréquence vous accordez-vous des temps de pause, des créneaux « détente » entre deux patients ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Rarement</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>63) Lorsque le patient effectuait un exercice en autonomie, pouviez-vous :</p> <p><input type="checkbox"/> Prendre une collation/boisson</p> <p><input type="checkbox"/> Utiliser votre smartphone</p> <p><input type="checkbox"/> Effectuer une autre tâche orthophonique</p> <p><input type="checkbox"/> Rien de tout cela</p>	<p>61) À quelle fréquence vous accordez-vous des temps de pause, des créneaux « détente » entre deux patients ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus souvent qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi souvent qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins souvent qu'en présentiel</p> <p>64) Lorsque le patient effectuait un exercice en autonomie dans le cadre de la télé-orthophonie, pouviez-vous :</p> <p><input type="checkbox"/> Prendre une collation/boisson</p> <p><input type="checkbox"/> Utiliser votre smartphone</p> <p><input type="checkbox"/> Effectuer une autre tâche orthophonique</p> <p><input type="checkbox"/> Rien de tout cela</p>	<p>62) À quelle fréquence vous accordez-vous des temps de pause, des créneaux « détente » entre deux patients ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus souvent qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi souvent qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins souvent qu'en distanciel</p> <p>65) Lorsque le patient effectuait un exercice en autonomie dans le cadre de l'orthophonie en présentiel, pouviez-vous :</p> <p><input type="checkbox"/> Prendre une collation/boisson</p> <p><input type="checkbox"/> Utiliser votre smartphone</p> <p><input type="checkbox"/> Effectuer une autre tâche orthophonique</p> <p><input type="checkbox"/> Rien de tout cela</p>
<p>J. Concernant la solidarité entre orthophonistes :</p>	<p>66) Partagez-vous des documents/matériels orthophoniques sur les réseaux sociaux ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>67) Partagez-vous des documents/matériels orthophoniques sur les réseaux sociaux ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>68) Partagez-vous des documents/matériels orthophoniques sur les réseaux sociaux ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>

III- Le savoir-faire orthophonique et téléorthophonique

<p>K. Concernant le cadre thérapeutique :</p>	<p>69) Instauriez-vous un contrat thérapeutique avec le patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p> <p>72) Utilisez-vous un moyen vous permettant de gérer la durée de la séance ? (Times up, minuteur, alarme...)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>70) Instauriez-vous un contrat thérapeutique avec le patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p> <p>73) Utilisez-vous un moyen vous permettant de gérer la durée de la séance ? (Times up, minuteur, alarme...)</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>71) Instauriez-vous un contrat thérapeutique avec le patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p> <p>74) Utilisez-vous un moyen vous permettant de gérer la durée de la séance ? (Times up, minuteur, alarme...)</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>
<p>L. Concernant la préparation des séances :</p>	<p>75) Créez-vous une trame d'objectifs et d'activités précis pour le patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>76) Créez-vous une trame d'objectifs et d'activités précis pour le patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>77) Créez-vous une trame d'objectifs et d'activités précis pour le patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>

	<p>78) Préparez-vous les activités des séances suivantes en amont ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>79) Préparez-vous les activités des séances suivantes en amont ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>80) Préparez-vous les activités des séances suivantes en amont ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>
<p>M. Concernant le choix du matériel :</p>	<p>81) Notez-vous des idées d'activités en fin de séance pour la séance suivante ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>82) Notez-vous des idées d'activités en fin de séance pour la séance suivante ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>83) Notez-vous des idées d'activités en fin de séance pour la séance suivante ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>
	<p>84) À quelle fréquence avez-vous recours aux supports informatisés (diaporamas, sites Internet...)?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Rarement</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p>85) À quelle fréquence avez-vous recours aux supports informatisés (diaporamas, sites Internet...)?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus souvent qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi souvent qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins souvent qu'en présentiel</p>	<p>86) À quelle fréquence avez-vous recours aux supports informatisés (diaporamas, sites Internet...)?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus souvent qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi souvent qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins souvent qu'en distanciel</p>

	<p>87) À quelle fréquence variez-vous dans le choix du matériel ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Rarement</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>90) À quelle fréquence créez-vous du matériel ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Rarement</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p>88) À quelle fréquence variez-vous dans le choix du matériel ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus souvent qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi souvent qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins souvent qu'en présentiel</p> <p>91) À quelle fréquence créez-vous du matériel ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi souvent qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>89) À quelle fréquence variez-vous dans le choix du matériel ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi souvent qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p> <p>92) À quelle fréquence créez-vous du matériel ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi souvent qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>
<p>N. Concernant le dossier de suivi du patient :</p>	<p>93) Quel format préférez-vous pour le dossier de suivi du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Papier</p> <p><input type="checkbox"/> Informatisé</p> <p><input type="checkbox"/> Papier et informatisé</p> <p>96) Prenez-vous des notes pendant la séance ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p>	<p>94) Quel format préférez-vous pour le dossier de suivi du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Papier</p> <p><input type="checkbox"/> Informatisé</p> <p><input type="checkbox"/> Papier et informatisé</p> <p>97) Prenez-vous des notes pendant la séance ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en présentiel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en présentiel</p>	<p>95) Quel format préférez-vous pour le dossier de suivi du patient ?</p> <p><input type="checkbox"/> Papier</p> <p><input type="checkbox"/> Informatisé</p> <p><input type="checkbox"/> Papier et informatisé</p> <p>98) Prenez-vous des notes pendant la séance ?</p> <p><input type="checkbox"/> Plus qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Autant qu'en distanciel</p> <p><input type="checkbox"/> Moins qu'en distanciel</p>

IV- Les manques liés à la téléorthophonie

<p>O. Concernant les limites de la téléorthophonie :</p>	<p>99) <i>Quels manques avez-vous éprouvés pendant votre expérience de la téléorthophonie ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le contact : saluer en serrant la main, prendre la main du patient... <input type="checkbox"/> Le toucher thérapeutique : stimulations oraux-faciales, manœuvres de déglutition, thérapies manuelles... <input type="checkbox"/> La manipulation de matériel <input type="checkbox"/> La perception du non-verbal <input type="checkbox"/> Rien de tout cela <p>100) <i>Une fois la reprise en présentiel, à quoi avez-vous recouru ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Au contact physique : saluer en serrant la main, prendre la main du patient... <input type="checkbox"/> Au toucher thérapeutique : stimulations oraux-faciales, manœuvres de déglutition, thérapies manuelles... <input type="checkbox"/> À la manipulation de matériel <input type="checkbox"/> À la perception du non-verbal <input type="checkbox"/> À rien de tout cela
<p>P. Évolution de la pratique professionnelle ?</p>	<p>101) <i>Maintenant que vous avez répondu à ce questionnaire, trouvez-vous que l'expérience de la téléorthophonie a fait évoluer votre pratique professionnelle ? (N'hésitez pas à préciser votre réponse en commentaire !)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>→ Possibilité de laisser un commentaire</p> <p>102) <i>Avant de valider le questionnaire, souhaitez-vous ajouter un commentaire concernant ce questionnaire ?</i></p> <p>→ Possibilité de laisser un commentaire</p>