

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE
FACULTE DE MEDECINE
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
Tél : 03 20 62 76 18
departement-orthophonie@univ-lille.fr



MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Nathalie Blanchard

soutenu publiquement en juin 2022

**« Analyse des pratiques en téléorthophonie :
questionnaire aux orthophonistes »**

MEMOIRE dirigé par

Loïc Gamot, orthophoniste au CRDTA du CHU de Lille et enseignant au Département
d'Orthophonie de l'Université de Lille

Lille – 2022

*« Je vous souhaite des rêves à n'en plus finir, et l'envie furieuse d'en réaliser quelques-uns. Je vous souhaite d'aimer ce qu'il faut aimer, et d'oublier ce qu'il faut oublier. »
Jacques Brel.*

A mon fils.

Remerciements

Tout d'abord, je remercie sincèrement toutes les orthophonistes qui ont permis la réalisation de cette étude en accordant du temps et de l'intérêt pour répondre à ce questionnaire.

J'adresse également tous mes remerciements à Monsieur Loïc Gamot, pour avoir accepté de diriger ce travail et m'avoir prodigué ses conseils et ses remarques judicieuses au cours de sa réalisation. Merci à Madame Ingrid Gibaru qui a consenti d'être la première lectrice de ce mémoire.

Je remercie chaleureusement tous les maîtres de stage qui m'ont accueillie avec bienveillance et ont eu à cœur de me transmettre leur savoir-faire.

Enfin, merci à ma famille et à mes amis pour les encouragements, le soutien, la bienveillance et l'affection qu'ils m'ont témoignés tout au long de ce long parcours de reconversion.

Résumé :

Cette étude vise à analyser les pratiques de la téléorthophonie en France. Son recours pourrait faciliter l'accès au soin et apporter une réponse à la disproportion entre les besoins de soin orthophonique croissants et la répartition des praticiens sur notre territoire. L'utilisation de la téléorthophonie était marginale en France jusqu'en 2020. Le contexte pandémique a suscité des dispositions transitoires quant au déploiement de cette activité à distance afin de garantir la continuité des soins. Sa pérennisation inscrite en 2021 dans la convention nationale des orthophonistes découle des accords entre l'assurance maladie et les représentants syndicaux de la profession, ainsi que de l'évolution de la législation relative à la télésanté. Depuis, sa pratique dans le cadre clinique est circonscrite. Un questionnaire adressé aux orthophonistes nous a permis de recueillir leurs opinions au sujet de la téléorthophonie, leur retour d'expérience sur les modalités pratiques et techniques résultant de son application, ainsi que les réflexions éthiques, déontologiques et thérapeutiques qu'elle soulève. Les orthophonistes qui ont répondu à notre enquête sont dans l'ensemble plutôt favorables à cette modalité et à sa ratification, dans la limite d'un recours encadré et adapté à chaque situation clinique afin de satisfaire aux exigences d'une bonne pratique orthophonique.

Mots-clés :

Télésoin - Téléorthophonie - Analyse des pratiques.

Abstract :

This study aims to analyse the practice of telehealth in speech therapy in France. Its use could facilitate access to care and provide an answer to the disproportion between the growing need for speech and language therapy and the distribution of practitioners on our territory. The use of telehealth in speech therapy was marginal in France until 2020. The pandemic context has led to transitional provisions for the deployment of this remote activity in order to guarantee continuity of care. Its perpetuation in 2021 in the national agreement for speech and language therapists is the result of agreements between the health insurance scheme and the trade union representatives of the profession, as well as the evolution of the legislation on telehealth. Since then, its practice in the clinical setting has been circumscribed. A questionnaire sent to speech and language therapists enabled us to gather their opinions about telehealth in speech therapy, their feedback on the practical and technical aspects of its application, as well as the ethical, deontological and therapeutic considerations it raises. The speech and language therapists who responded to our survey were generally in favour of this modality and its ratification, within the limits of a controlled use adapted to each clinical situation in order to meet the requirements of good speech and language therapy practice.

Keywords :

Telehealth in speech therapy - telepractice - telerehabilitation

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1. Déontologie et orthophonie : le cadre légal	2
2. Éthique en orthophonie	3
3. Introduction de la pratique à distance dans le domaine du soin	4
3.1. Prémices et évolution du cadre légal de la télémédecine en France	4
3.2. Définition de la téléorthophonie.....	5
3.3. Intérêt et niveau de preuve de la téléorthophonie	6
3.4. État des lieux de la téléorthophonie à l'étranger	6
3.5. État des lieux de la téléorthophonie en France.....	7
3.5.1. Évolution du cadre légal de la téléorthophonie en France	8
3.5.2. Perspectives de pérennité de la téléorthophonie en France.....	9
Méthode	10
1. Méthodologie	10
1.1. Élaboration et structure du questionnaire.....	10
1.2. Élaboration des questions.....	11
1.3. Diffusion du questionnaire	11
Résultats	11
1. Profil des répondants.....	12
2. Fréquence du recours à la téléorthophonie	14
3. Retour d'expérience des orthophonistes ayant pratiqué la téléorthophonie	16
3.1. Le matériel informatique utilisé en téléorthophonie	18
3.2. Le matériel de rééducation utilisé en téléorthophonie	19
3.3. Appréciation des orthophonistes ayant pratiqué la téléorthophonie	21
3.4. Pérennité de la téléorthophonie au sein de l'échantillon.....	22
3.5. L'âge des patients.....	23
4. Appréciation des orthophonistes n'ayant pas pratiqué la téléorthophonie	24
5. Opinion générale des répondants au sujet de la téléorthophonie.....	26
Discussion	27
1. Analyse du profil global des répondants.....	28
2. Temporalité et pérennité de la téléorthophonie	28
3. Intérêts et inconvénients majeurs de la téléorthophonie	28
4. Profil des utilisateurs de la téléorthophonie.....	29
5. Critères d'éligibilité des patients pouvant bénéficier de séances en téléorthophonie....	30
6. Critères de validité de la téléorthophonie selon les pathologies	30
7. Limites de l'étude	31
1.1. Représentativité de l'échantillon.....	31
1.2. Sélection des questions abordées dans le questionnaire	31
8. Perspectives.....	32
Conclusion	32
Bibliographie.....	33

Introduction

L'essor des nouvelles technologies a ouvert des perspectives dans de nombreuses pratiques professionnelles, y compris dans les domaines médicaux et paramédicaux. Des outils de vidéo-transmission performants permettent à présent de proposer des prises en soin à distance. Toutefois, comme l'a souligné la Haute Autorité de Santé, la télé-médecine n'est pas « une manière de remplacer des médecins et autres professionnels de santé, mais elle apporte des réponses intéressantes aux questions actuelles de baisse de la démographie médicale » (HAS, 2013, p. 11). La télé-orthophonie pourrait permettre d'améliorer l'accès au soin. En effet, l'insuffisance de praticiens et la demande croissante de soins orthophoniques a rendu l'offre déficitaire en France. Les délais pour obtenir une intervention orthophonique sont très longs. La pénurie de thérapeutes est générale sur l'ensemble de notre territoire et particulièrement dans les zones rurales (Kremer & Lederlé, 2016). Dès 2018, la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) avait entrepris une réflexion et soumis des propositions au Ministère de la Santé, estimant que la télé-orthophonie pouvait offrir une réponse à cette problématique (Vannier, 2015). Cependant, jusqu'en 2020, elle n'entrait pas dans la nomenclature des actes conventionnés. Les soins devaient être dispensés en présentiel pour être indemnisés par l'Assurance Maladie. De fait, le recours à la télé-orthophonie était marginal et n'était pas remboursé. Toutefois, lors du premier confinement lié à la pandémie de la covid-19 en mars 2020, des autorisations temporaires permettant son utilisation ont été légiférées afin de garantir la continuité des soins. Parallèlement, la législation a continué d'évoluer en vue de sa pérennisation.

Les orthophonistes sont donc amenés à juger de la pertinence du recours au soin à distance pour leurs patients. L'objectif de ce travail sera de mener une réflexion sur les aspects éthiques et déontologiques inhérents à la télé-orthophonie. Son déploiement soulève de nombreux questionnements sur la validité et les limites de l'utilisation de cet outil. Vannier affirme la nécessité de cette réflexion afin que cette pratique respecte la déontologie et l'éthique professionnelle de l'orthophonie. Pour cela, il est nécessaire de déterminer dans quelles situations une intervention à distance peut être proposée, de définir les modalités pratiques et techniques de cette intervention, d'envisager son financement, de prévoir une inscription dans le cadre de la loi sur le modèle de la télé-médecine et d'adapter la convention nationale des orthophonistes (Vannier, 2015, p. 90). En effet, le cadre déontologique de la télé-orthophonie est encore en mouvance. Par essence, celui de l'éthique est un champ qui n'est jamais forclus. Or, ces deux domaines doivent permettre de répondre aux interrogations des orthophonistes quant au recours au télésoin. Ainsi, parmi ces réflexions indispensables, se trouvent celles de l'égalité et de l'accès au soin, de la continuité des soins, du respect du secret médical, de la lutte contre les déserts médicaux, de la protection de la personne. Les orthophonistes sont également amenés à s'interroger sur les formations spécifiques qui seraient nécessaires, à la manière d'adapter les outils et le matériel orthophonique en visioconférence, à la présence pendant l'intervention d'un des deux parents pour les patients mineurs, à la surexposition des patients aux écrans que génère cette modalité. A l'heure du déploiement de la télé-orthophonie dans un contexte d'état d'urgence sanitaire et en amont de sa pérennisation, nous souhaitons faire un état des lieux de cette pratique et interroger les orthophonistes sur l'utilisation de cet outil.

Contexte théorique, buts et hypothèses

Dans cette partie théorique, nous allons décrire le cadre déontologique et éthique de l'orthophonie afin de définir les fondements sur lesquels la téléorthophonie évolue. Le cadre légal dans lequel s'inscrit l'orthophonie est récent. Ce n'est qu'en 2007 que des dispositions ont été prises au Code de Santé Public imposant aux orthophonistes des règles professionnelles fixées par décret (Bétrancourt, 2016, p. 94).

1. Déontologie et orthophonie : le cadre légal

Contrairement aux professions médicales (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes ...) et à certaines autres professions paramédicales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ...) qui ont constitué un Ordre officiel représentatif de leur profession, il n'existe pas en France, d'Ordre des orthophonistes au sein duquel l'inscription serait une condition nécessaire à l'exercice de cette pratique. Ne disposant pas d'une telle organisation officielle dont la vocation serait de veiller à la stricte observance des devoirs professionnels et au respect de ses règles, il n'existe pas de code déontologique officiel référençant l'ensemble des droits et des devoirs qui régissent spécifiquement cette profession. De fait, le cadre déontologique de l'orthophonie est posé uniquement par les lois en vigueur dont elle relève.

L'orthophonie est définie en qualité de profession de Santé par le Code de Santé Publique (Quatrième partie, Livre III). Par conséquent, elle est tenue aux dispositions qui y sont prévues. Les articles L4341-1 à L4341-9 du Code de Santé Publique s'imposent à tous les orthophonistes titulaires du certificat de capacité d'orthophonie exécutant un acte professionnel. La détention de ce titre est une condition préalable à l'autorisation d'exercer. La définition de la pratique orthophonique est portée à l'article L4341. Il y est stipulé que l'orthophoniste intervient sur prescription médicale, en toute indépendance et en pleine responsabilité de son exercice et en totale autonomie dans l'établissement de son diagnostic et des décisions de soins orthophoniques à mettre en œuvre. L'article précise que les soins orthophoniques peuvent être dispensés à des patients de tous âges. Enfin, ce texte précise que le champ de compétence orthophonique comporte la prévention et la promotion de la santé, la réalisation des évaluations orthophoniques donnant lieu à des comptes rendus de bilan, 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.

Par ailleurs, les orthophonistes dépendent de différentes conventions selon leur cadre d'exercice. Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 81,1 % des orthophonistes exerçaient leur activité de manière libérale ou mixte au 1^{er} janvier 2019. L'activité en tant que salariés hospitaliers représentait 7,32 % et 11,2 % de la profession assuraient d'autres postes salariés. En qualité de salarié au sein d'une structure, le statut d'auxiliaire médical de l'orthophoniste relève du Code de la Santé Publique et du Code du Travail. Les orthophonistes libéraux conventionnés quant à eux, dépendent de la Convention Nationale des orthophonistes qui régit leurs rapports avec les Caisses d'Assurance Maladie. Elle est conclue entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), en sa qualité de syndicat représentatif de la profession. Elle a initialement été conclue le 31 octobre 1996 et a donné lieu à plusieurs avenants de réactualisation. Toutefois, il est important de souligner que la nature conventionnée de l'exercice libéral est une démarche volontaire qui ne fait pas l'objet d'une obligation légale. Nous ne disposons pas de données chiffrées exactes relatives à la part des

orthophonistes libéraux qui exercent de manière déconventionnée. Cependant, la Convention Nationale fait figure de référence déontologique majeure à laquelle se rapporter car la grande majorité des orthophonistes libéraux fait le choix du conventionnement.

Les actes que les orthophonistes sont habilités à accomplir sont définis à l'article R4341-3 du Code de Santé Public. L'ensemble de ces actes figurent également dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et donnent lieu à une prise en charge ou à un remboursement par la Caisse d'Assurance Maladie à la condition d'être dispensés par un praticien conventionné.

2. Éthique en orthophonie

L'orthophonie est une profession de soin qui dispose du cadre déontologique que nous venons de décrire. En outre, la singularité de la relation qui s'établit dans une situation clinique lui confère une portée indissociable de l'éthique : le thérapeute accepte la responsabilité de porter une attention et un soutien entièrement dirigés vers une personne en état de vulnérabilité. Selon Georges Canguilhem, le soin « ne peut se déployer en dehors d'une relation qui revêt une signification éthique puisqu'elle met en œuvre le souci de l'autre, l'attention et la sollicitude à son égard » (Canguilhem, 1966, cité dans Lefève, 2014, p. 198).

La visiophonie est un des moyens permettant la mise en relation d'un patient avec son thérapeute dans la pratique clinique. C'est pourquoi, son recours n'échappe pas aux questionnements soulevés par l'ensemble des actes orthophoniques s'inscrivant dans une démarche éthique.

L'éthique est une démarche réflexive qui vise le bien agir face à des situations concrètes. Contrairement à la déontologie, elle ne pose pas de cadre normatif, et n'est pas constituée d'un ensemble de règles et d'exigences formelles. Elle n'est pas prescriptive et n'apporte donc pas de réponses universelles. C'est une réflexion qui s'appuie fortement sur la notion de responsabilité. Elle se construit sur des fondements philosophiques et en interrogeant les principes déontologiques et moraux qu'elle côtoie mais dont elle se distingue (Klein, 2011).

Kerlan affirme que « dans la pratique quotidienne des orthophonistes, le questionnement est permanent. Il ne s'agit pas d'un questionnement confronté à du non-savoir, mais plutôt d'une mise en question, d'une problématisation de la démarche orthophonique » (Kerlan, 2016, p. 5). Conscients de cette question cruciale, les orthophonistes-logopèdes de l'Union-Européenne ont rédigé la première charte éthique en 1993 (Klein, 2011). Celle-ci s'inspire des principes fondateurs de la bioéthique qui ont été décrits par Beauchamp et Childress en 1979 dans un ouvrage ayant fait l'objet de plusieurs révisions dont une traduction française en 2001 (Childress & Beauchamps, 2001). Ces principes à l'origine de la théorie principisme sont au nombre de quatre : le principe d'autonomie du patient qui doit être en mesure de décider pour lui-même sur la base d'un consentement éclairé, le principe de non-malfaisance qui interdit de nuire, le principe de bienfaisance qui donne l'obligation d'agir dans le sens du bien-être et du respect des personnes, et le principe de justice qui vise l'équité avec la possibilité d'accès à des soins de même qualité pour tous.

Lors de l'assemblée générale du Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL) organisée à Turin en 2009, les représentants adoptaient un texte intitulé « cadre d'exercice éthique en orthophonie » afin de proposer des orientations éthiques à la profession. Cependant, le CPLOL constatait à cette occasion « le conflit latent entre des principes éthiques, largement inspirés de la bioéthique médicale, et la pratique professionnelle » (Klein, 2011, p. 8). En effet, la rigidité du modèle principisme a de nombreuses fois été critiqué.

Il prend peu en considération l'unicité de la personne soignée et du soignant. Il induit même des contradictions dans certaines situations comme celles des personnes totalement privées de capacités communicationnelles qui ne peuvent pas réellement profiter du principe d'autonomie. Pareillement, le respect absolu du principe de justice supposerait que des soins particuliers ne soient dispensés qu'à la condition que tous les patients en ayant besoin puissent en bénéficier (Kremer et al., 2016, p. 224).

À l'échelle nationale, la commission éthique de la FNO organisa en 2010 le premier colloque d'éthique orthophonique. Puis en 2017, à la suite d'une réflexion de sa commission, la fédération édita une charte éthique. Parmi les sept points éthiques qu'elle souligne, il y apparaît que « L'orthophoniste, professionnel de santé, se doit de se donner les moyens de répondre au mieux aux interlocuteurs, d'accueillir, de soigner et d'accompagner les patients sans aucune discrimination » (FNO, 2017). Cet impératif de moyen apparaissait déjà dans la première charte éthique des orthophonistes-logopèdes de l'Union-Européenne, adoptée par l'Assemblée Générale du CPLOL. Il y fait mention que « les orthophonistes-logopèdes doivent entretenir et améliorer leurs connaissances et se tenir au courant des progrès techniques tout au long de leur carrière afin d'offrir à leurs patients le meilleur traitement possible » (CPLOL, 1999).

Les limites qui séparent l'éthique et la déontologie sont ténues. Ces deux champs se confondent et sont imbriqués. Des notions évoquées dans cette charte éthique relèvent aussi de la réglementation. Celles, par exemple, de soin de qualité et de non-discrimination sont également présentes dans la Convention Nationale et punissables par la loi en cas d'infraction. Comme le souligne Bétrancourt, les règles éthiques propres à la pratique s'inscrivent principalement sur les fondements du cadre déontologique mis en relation avec les spécificités de l'exercice professionnel. Comme il le déplore, le texte, adopté par le CPLOL est « un mélange de considérations éthiques et de dispositions déontologiques » qui participe à l'entretien de l'assimilation de ces deux domaines (Bétrancourt, 2011, p. 46).

3. Introduction de la pratique à distance dans le domaine du soin

La pratique du télésoin a émergé avec l'évolution et la généralisation de l'utilisation des Nouvelles Technologies d'Information et de Communication (NTIC). Selon l'OMS qui en donne la première définition en 1997, la télémédecine est « la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique » (WHO Group Consultation on Health Telematics, 1997).

3.1. Prémices et évolution du cadre légal de la télémédecine en France

L'Assurance maladie définit et pose le début du cadre juridique de la télémédecine avec l'article 32 de la loi n° 2001-810 du 13 août 2004. Elle indique que « la télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical. ». En 2010, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) est élaborée dans l'objectif de définir une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale. Elle vise la mise en place d'une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

L'intégration de la télémédecine favorise quatre de ses objectifs :

- Elle facilite l'accès aux soins dans les territoires isolés ou sous médicalisés ;
- Elle permet une meilleure coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social ;
- Elle favorise le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie ou souffrant de maladies chroniques ;
- Elle permet de limiter le recours aux urgences et aux permanences médicales, les hospitalisations évitables, et les transports sanitaires.

Avec le décret d'application du 19 octobre 2010, les articles R.6316-1 à R6316-9 du Code de la Santé publique posent les conditions de la mise en pratique de la loi HPST et la définissent. Le décret précise que les actes médicaux, réalisés à distance au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication, relèvent de la télémédecine. On y distingue cinq types d'actes de télémédecine :

- La téléconsultation qui permet aux patients de consulter à distance un professionnel médical
- La téléexpertise qui permet à des professionnels médicaux de se solliciter à distance afin d'échanger des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient
- La télésurveillance médicale qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données nécessaires au suivi médical d'un patient et de prendre des décisions thérapeutiques
- La téléassistance médicale qui permet aux professionnels médicaux de s'assister à distance au cours de la réalisation d'un acte médical
- La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale

Jusqu'en 2018, la télémédecine relevait de l'article 28.6 de la Convention Nationale Médicale, sous l'intitulé « développement du recours à la télémédecine ». Son entrée en vigueur a débuté avec l'arrêté du 1er août 2018 qui a validé le « recours aux actes de télémédecine » et a lancé le déploiement officiel de cette modalité l'ouvrant ainsi aux patients. La finalité de ces nouvelles dispositions est d'améliorer l'accès au soin pour tous sur le territoire.

3.2. Définition de la téléorthophonie

La Haute Autorité de Santé édite une fiche relative aux critères d'éligibilité du télésoin sous l'intitulé « Qualité et sécurité du télésoin » (HAS, 2020) ». Elle inclut l'orthophonie dans la liste des professions concernées par le télésoin. Elle définit ce dernier comme étant « une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui met en rapport un patient avec un pharmacien ou un auxiliaire médical dans l'exercice de leurs compétences » (HAS, 2020). Ainsi, la téléorthophonie est une pratique permettant la prise en soin à distance d'un patient, par un orthophoniste, au moyen d'échanges utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Le mot téléorthophonie est construit à partir du préfixe grec « télé » signifiant « loin de ». Ainsi, cette terminologie recouvre étymologiquement la notion d'orthophonie pratiquée à distance. Cette pratique fait l'objet de plusieurs autres dénominations. En qualité de profession de santé et de soin, l'orthophonie pratiquée à distance admet les appellations génériques de « télésanté » et de « télésoin ».

L'utilisation des NTIC justifie également l'emploi du terme d'E-orthophonie par déclinaison de l'E-santé. Cependant, une distinction existe entre l'E-Santé et la télémédecine. L'E-santé fait référence à l'application des NTIC à l'ensemble des activités en rapport avec la santé, tandis que la télémédecine, en englobant l'acte de téléconsultation, recouvre une visée clinique. A l'instar de la télémédecine, la prise en soin à distance d'un patient par un orthophoniste est un acte de téléconsultation. Ainsi, par filiation avec la télémédecine le terme de téléorthophonie est le plus utilisé. Il renvoie de manière précise à la notion de consultation à distance au moyen d'un outil de visiophonie.

3.3. Intérêt et niveau de preuve de la téléorthophonie

L'utilisation appropriée de la technologie et des dispositifs de communication pour fournir des soins orthophoniques à distance est l'un des défis auxquels les praticiens sont aujourd'hui confrontés (Popovici & Buică-Belciu, 2012). La nécessité pour les orthophonistes de s'adapter à cette nouvelle modalité de soin est évidente (Molini-Avejonas et al., 2015). Les trois intérêts majeurs que présente la téléorthophonie en France sont de remédier à la pénurie d'orthophonistes, pallier la problématique des déserts médicaux et satisfaire la demande croissante de prise en soin. Ainsi, elle répondrait à l'un des objectifs de la loi HPST en favorisant l'accès au soin pour tous.

Selon une étude récente de Cason et Cohn (2014), la télépratique présente un énorme potentiel pour les orthophonistes pour surmonter les difficultés d'accès au soin, tels que la distance, la pénurie de thérapeutes ou les problèmes de mobilité des patients. Elle offre également l'occasion de communiquer avec les patients dans leur environnement naturel.

Par ailleurs, une revue systématique incluant 103 articles a été conduite en 2015 afin d'examiner la littérature sur l'utilisation de la télésanté dans l'intervention et l'évaluation des troubles de la communication et de la déglutition. L'ensemble des publications analysées provenaient pour un tiers des Etats-Unis, un tiers de l'Australie, et un tiers d'autres pays. Les auteurs ont rapporté que les résultats « des études examinées ont évalué positivement l'utilisation de la télésanté par rapport à la modalité en présentiel et ont examiné la minimisation des coûts en considérant les aspects liés à l'accès et à la qualité des soins » (Molini-Avejonas et al., 2015).

Une très récente revue systématique américaine a analysé les résultats de 31 publications menées entre 2014 et 2019. Les études incluses dans cette revue portent spécifiquement sur les soins orthophoniques pour les adultes. Les résultats de cette recherche révèlent que l'utilisation de la télépratique est un modèle approprié d'intervention orthophonique pour les adultes. « Les études incluses ont illustré la faisabilité, l'efficacité, la précision diagnostique et la non-infériorité de divers services d'orthophonie pour des populations adultes, notamment l'aphasie chronique, la maladie de Parkinson, la dysphagie et l'aphasie progressive primaire » (Weidner & Lowman, 2020, p. 326).

3.4. État des lieux de la téléorthophonie à l'étranger

Le premier service de soin à distance s'apparentant à l'orthophonie a été mis en place en 1976 par Vaughn. Il concernait l'utilisation d'un équipement téléphonique pour traiter les troubles de la communication tels que les troubles de l'articulation, l'aphasie et le bégaiement (Vaughn, 1976).

La téléorthophonie a particulièrement commencé à se développer dans les années 90 aux États-Unis et en Australie. Cette pratique est rapidement apparue comme une solution sur ces territoires dont les distances étendues nuisent à la mobilité. Ainsi, elle facilite l'accès au soin dans les zones rurales et excentrées (Molini-Avejonas et al., 2015).

La téléorthophonie est approuvée au Québec par l'Ordre des Orthophonistes et Audiologistes du Québec (OOAQ). Depuis 2005, elle est également reconnue par l'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) sous la dénomination de « télépratique ». L'ASHA est l'association professionnelle, scientifique et d'accréditation qui réunit plus de 130 000 orthophonistes, audiologistes et spécialistes de l'orthophonie et de l'audition aux États-Unis. Soucieuse d'une pratique fondée sur des données probantes (EBP), cette association adresse ses recommandations au regard de la littérature scientifique. Son avis sur la téléorthophonie est donc étayé par les nombreuses études dont la télépratique fait l'objet aux USA depuis trois décennies. Elle reconnaît la télépratique comme un modèle approprié, à condition que les cliniciens aient une bonne aisance avec les outils numériques utilisés, qu'ils adaptent de manière appropriée le matériel d'évaluation ou d'intervention et qu'ils estiment correctement l'éligibilité de leur patient à la modalité (Weidner & Lowman, 2020).

3.5. État des lieux de la téléorthophonie en France

Le déploiement de la télémédecine en 2018 a ouvert de nouvelles perspectives dans de nombreux domaines du soin, y compris celui de l'orthophonie. L'orthophoniste est un professionnel de santé de premier recours. Selon le bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013 du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, l'orthophonie « est une profession de santé relevant de la famille des métiers de soins ». Par conséquent, sa pratique à distance correspond à la description de la télémédecine relevée dans les articles R.6316-1 à R6316-9 du Code de la Santé publique, en qualité d'actes médicaux, réalisés à distance au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Parmi les actes de télémédecine désignés, la prise en soin orthophonique à distance répond à la définition de celui de téléconsultation.

En France, la pratique de l'orthophonie à distance ne faisait l'objet d'aucun accord conventionnel. L'article 6 de la Convention Nationale précisait que « pour donner lieu à remboursement sur la base des tarifs conventionnels, les soins dispensés doivent être effectués, en dehors des cas de traitement à domicile, dans des locaux distincts de tout local commercial et sans communication aucune avec celui-ci ». Ainsi, le respect de ce texte induisait l'obligation d'une situation en présentiel lors de l'interaction entre le praticien et son patient.

Aussi, s'il est avéré que la téléorthophonie était néanmoins pratiquée sur notre territoire, elle représentait une activité marginale perçue comme non réglementaire. Cependant, s'agissant d'actes dispensés par des praticiens de manière déconventionnée et dans le respect du Code de Santé Public, la pratique à distance ne pouvait être qualifiée d'exercice illégal. En effet, elle bénéficiait, par extension, du cadre juridique posé par le décret relatif à la télémédecine permettant son recours en toute légalité (Vernier, 2017). Des sites internet proposaient déjà en toute transparence un recours à téléorthophonie et légitimaient leur démarche en proposant ce type de services à des publics de français expatriés. Ainsi, la FNO déplorait la présence, sur des plateformes de télésoin, de propositions de soin à distance avec des tarifications d'actes orthophoniques sans rapport avec ceux en vigueur dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (FNO, s.d). La fédération s'est dite alertée par la multiplication de ces pratiques illégales et non réglementaires.

Elle a alors rappelé à l'occasion d'un communiqué la réglementation et la législation en vigueur, à savoir que les orthophonistes conventionnés devaient obligatoirement exercer l'intégralité de leur pratique professionnelle dans le cadre de la convention nationale et que ceux souhaitant pratiquer des tarifs libres devaient obligatoirement se déconventionner, quelles que soient les modalités d'exercice, en présentiel ou en télésoin (FNO, s.d).

Toutefois, au vu des intérêts que représente la téléorthophonie, la FNO et la Caisse d'Assurance Maladie ont constitué un groupe de travail afin d'entamer une réflexion sur sa possible autorisation. L'objectif poursuivi étant de permettre que cette modalité soit encadrée légalement sur le modèle de la télémédecine et conventionnée afin que ces pratiques s'inscrivent dans une démarche éthique et déontologique. L'avenant 16 de la Convention Nationale est alors modifié pour inscrire à l'article 6 qu'afin de favoriser l'accès aux soins orthophoniques, les partenaires conventionnels entamaient une réflexion sur la possibilité pour les praticiens d'intervenir à distance auprès des patients via la téléorthophonie et que des expérimentations pourraient être envisagées dans ce sens.

A compter du 1^{er} août 2019, la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS) lançait une expérimentation de téléconsultation en orthophonie dans six pays d'affectation (Côte d'Ivoire, Djibouti, Emirats Arabes Unis, Etats-Unis, Gabon et Sénégal) afin de répondre aux difficultés d'accès aux soins des enfants de militaires affectés à l'étranger. Les séances d'orthophonie à distance permettaient d'éviter les ruptures des soins des enfants bénéficiant déjà en France d'un suivi orthophonique et devant partir à l'étranger avec l'un de leurs parents. Cette expérimentation garantissait aux bénéficiaires des sessions individualisées et sécurisées et la possibilité de conserver le même praticien pour le suivi jusqu'à la fin de la prise en charge.

3.5.1. Évolution du cadre légal de la téléorthophonie en France

Comme nous l'avons exposé, tandis que la télémédecine a connu une montée en puissance progressive dans son déploiement, la téléorthophonie faisait encore l'objet d'une réflexion entre les partenaires conventionnels et représentait une pratique marginale, voire expérimentale, jusqu'en 2020. Or, en mars 2020, lors de la première période de confinement liée à l'état d'urgence sanitaire, elle s'est imposée comme l'unique modalité possible. Dans l'objectif de ne pas interrompre les soins en cours, l'arrêté du 25 mars 2020 modifie les dispositions des articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et L.162-9 du code de la sécurité sociale et autorise les orthophonistes à facturer, à l'Assurance Maladie, les actes réalisés à distance par télésoin.

Ainsi, la téléorthophonie bénéficie, pour la première fois, d'une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie pour une durée déterminée et dans la limite des actes autorisés. Cet arrêté précise les modalités de la pratique et notamment que :

- La pertinence du recours au télésoin est déterminée par l'orthophoniste
- Les actes doivent être réalisés par vidéo transmission
- Les actes sont conditionnés à la réalisation préalable d'un premier soin par l'orthophoniste en présentiel
- La présence d'un des parents majeurs ou d'un majeur autorisé pour les mineurs de moins de dix-huit ans est nécessaire
- La présence d'un aidant est requise pour les patients présentant une perte d'autonomie

L'autorisation donnée aux orthophonistes d'intervenir à distance a été renouvelée à plusieurs reprises et étendue à de nouvelles dispositions pendant l'état d'urgence sanitaire.

Les renouvellements des bilans et les rééducations des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle ainsi que les dyskinésies laryngées qui avaient préalablement été exclus ont été intégrés aux dispositions avec l'arrêté du 18 mai 2020.

Un nouvel arrêté en date du 10 juillet 2020 autorise que tous les actes figurant à la NGAP soient dispensés à distance à l'exception des bilans initiaux et des rééducations des troubles de l'articulation, de la déglutition dysfonctionnelle et des fonctions vélo-tubo-tympaniques. Les actes de télésoin autorisés sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie jusqu'au terme de l'état d'urgence sanitaire.

3.5.2. Perspectives de pérennité de la téléorthophonie en France

Les dispositions prises dans le contexte d'état d'urgence sanitaire ont permis aux orthophonistes d'assurer la continuité des soins par le moyen de la téléorthophonie. Parallèlement à ces dispositions temporaires et exceptionnelles, les réflexions engagées entre la Caisse d'Assurance Maladie et la FNO ont abouti à un nouvel accord signé. Les nouveaux arrangements sont portés à l'avenant 17 qui modifie les dispositions de la Convention Nationale.

L'arrêté du 13 avril 2021 ratifie cet accord et précise que « les partenaires conventionnels s'accordent sur l'importance d'inscrire de manière pérenne dans la Convention Nationale des orthophonistes la possibilité de réaliser des actes de télésoin » (Arrêté du 13 avril 2021 portant approbation de l'avenant n° 17 à la Convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'Assurance Maladie, JORF n°0093 du 20 avril 2021).

Les conditions de mise en application de la téléorthophonie sont détaillées à l'article 1 de ce nouvel avenant. Les nouvelles dispositions prévoient les modalités de réalisation et de pérennisation de la téléorthophonie. Elles ont pris effet au terme de l'état d'urgence sanitaire liée à l'épidémie de la covid-19 en juin 2021.

L'article 1 fait apparaître qu'un acte de télésoin orthophonique doit obligatoirement être réalisé par vidéotransmission avec des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques afin de garantir des soins de qualité. De plus, le recours à la téléorthophonie relève d'une décision bilatérale entre le praticien et le patient qui doit préalablement être informé des conditions de réalisation de l'acte et donner son consentement au thérapeute. Toutes les situations de soin relevant du champ de compétence légal de l'orthophonie peuvent faire l'objet d'un télésoin. Son recours est laissé à l'arbitrage de l'orthophoniste selon son appréciation de la situation clinique et dans la limite des actes figurant à la NGAP, à l'exception des bilans initiaux et des actes nécessitant un contact direct avec le patient ou nécessitant un équipement spécifique non disponible auprès du patient.

La question de l'éligibilité des patients au télésoin orthophonique est également abordée dans ce texte de loi qui précise que l'ensemble des patients peuvent bénéficier de la modalité. S'agissant des patients mineurs de moins de dix-huit ans, l'article 1 renvoie aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. Cette dernière affirme parmi ses recommandations de bonnes pratiques du télésoin, la nécessité de la présence d'un des parents majeurs ou d'un majeur autorisé (HAS, 2021).

Enfin, le recours à la téléorthophonie est limité à 20% de la totalité de l'activité conventionnée d'un praticien.

Buts et objectifs

Ce travail vise à analyser les pratiques actuelles de la téléorthophonie, à cerner la manière dont les thérapeutes se repèrent dans l'évolution de son cadre déontologique et recueillir l'avis des orthophonistes sur les questions éthiques que soulèvent les récentes autorisations dont elle a fait l'objet.

De manière générale, nous souhaitons savoir si les orthophonistes sont favorables à la pérennisation de la téléorthophonie telle qu'elle se dessine avec les nouvelles dispositions. Il semble pertinent de les interroger sur leur décision d'y avoir recours et sur les motivations de leur adhésion ou de leur rejet de cette pratique.

Nous souhaitons également aborder quelques-unes des multiples problématiques qu'elle soulève. Permet-elle de garantir aux patients une offre de soin qualitative et efficiente alors qu'elle ne rend pas fidèlement compte des éléments suprasegmentaux du langage et des aspects paraverbaux de la communication ? Favorise-t-elle véritablement l'accès au soin ? Ne risque-t-elle pas de créer de nouvelles inégalités d'accès au soin lorsque les patients ne disposent pas du matériel requis ou du savoir-faire numérique ? L'utilisation de la visiophonie est-elle pertinente alors que la profession œuvre de manière préventive contre l'utilisation abusive des écrans chez les plus jeunes ? Cette pratique nécessite-t-elle une formation spécifique ? Comment utiliser efficacement le matériel orthophonique dans cette modalité ? Quelles sont les adaptations nécessaires dans la pratique professionnelle pour la bonne application de ce format ? Cet outil permet-il de construire et d'entretenir l'alliance thérapeutique ?

Méthode

1. Méthodologie

La partie pratique de ce mémoire vise à interroger directement les praticiens sur ces questions. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire (*cf. annexe n°1*). Nous avons précisé les prérequis attendus pour répondre à notre étude : il s'agissait d'être orthophoniste diplômé et d'exercer sa pratique sur le territoire français. Nous avons opté pour une technique d'échantillonnage de cas opposé (avoir une expérience de la téléorthophonie pour y participer n'était pas une condition obligatoire). Ainsi, notre étude intègre deux unités distinctes d'échantillonnage, permettant des comparaisons. L'enquête était totalement anonyme. Les questions posées ne permettent aucunement l'identification des répondants.

1.1. Élaboration et structure du questionnaire

Le questionnaire a été conçu à l'aide de Limesurvey qui est un logiciel d'enquête statistique en ligne. Notre questionnaire comportait 49 questions au total, réparties en quatre thématiques. Le premier groupe de questions nous a permis de déterminer les conditions d'exercice et le profil global de tous les répondants. Cette partie s'achevait sur une question permettant de distinguer deux catégories au sein de notre échantillon : les praticiens ayant fait l'expérience de la téléorthophonie et ceux ne l'ayant pas fait au moment de notre étude.

Ainsi, une première logique conditionnelle découlant de cette réponse, a permis de présenter la deuxième série de questions uniquement aux répondants ayant eu l'occasion de pratiquer la modalité. En effet, cette partie visait à recueillir des éléments spécifiques quant à l'utilisation de la pratique, les moyens mis en place, le matériel et les outils de rééducations employés, les critères d'éligibilité des patients et le ressenti général des répondants. La troisième partie, s'intéressant à l'opinion de tous les orthophonistes à propos de la téléorthophonie, a été présentée sans branchement conditionnel à l'ensemble des répondants. Enfin, la quatrième partie destinée à sonder les orthophonistes n'ayant pas eu l'occasion de recourir à la téléorthophonie, a été présentée de manière conditionnelle aux répondants concernés.

1.2. Élaboration des questions

Quatre formulations sont possibles pour élaborer les questions : ouvertes, dichotomiques ou trichotomiques, qualitatives ordonnées et à choix multiples (Bouletreau et al., 1999, p 46). La conception de notre questionnaire recouvre tous ces types. Nous avons utilisé une unique question dichotomique (réponse fermée permettant de répondre par « oui » ou « non »). Nous avons majoritairement eu recours à des questions à choix multiples ou qualitatives ordonnées. Notre questionnaire compte dix-neuf questions ouvertes. Le traitement de ce type de questions est plus contraignant. Cependant, elles offrent l'avantage d'offrir aux répondants la possibilité de s'exprimer librement et confèrent une réelle richesse aux réponses collectées.

1.3. Diffusion du questionnaire

Afin de réduire les coûts de cette enquête, et de faciliter son accès aux répondants, nous avons opté pour une diffusion numérique de ce questionnaire. Nous l'avons diffusé au sein de quelques groupes, uniquement accessibles aux orthophonistes, sur les réseaux sociaux. Il existe quelques groupes dédiés à la téléorthophonie. Nous avons exclu la diffusion de l'enquête sur ces groupes spécifiques afin de limiter un possible biais de représentativité (les membres de ces groupes présentant une plus forte probabilité d'avoir recours au télésoin que la population totale des orthophonistes). Nous avons donc sélectionné les groupes abordant des sujets plus larges comme les informations générales destinées aux orthophonistes, les groupes régionaux et les groupes s'intéressant à des pathologies précises.

Enfin, nous avons réglé les paramètres de participation du logiciel d'enquête afin que les réponses multiples par un même répondant soient impossibles. La diffusion du questionnaire s'est étendue sur une durée de dix-neuf jours (du 9 mars au 28 mars 2022).

Résultats

Notre questionnaire a reçu 168 réponses au total, dont 32 réponses incomplètes. Afin de ne pas biaiser les résultats que nous présentons ici, nous avons choisi d'exploiter uniquement les 136 réponses complètes. Notre échantillon est donc composé de 136 orthophonistes diplômés et exerçant en France. Les résultats sont exprimés en fréquence (%) et en effectif (n). Le territoire français comptait 25 607 orthophonistes au 1er janvier 2019 (DRESS, 2019). Notre échantillon de 136 répondants confronté à cette population totale confère un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 8,41 % aux résultats de notre étude.

1. Profil des répondants

Nous présentons dans cette partie le profil des répondants (n = 136) et la répartition de cet échantillon selon plusieurs critères spécifiques au métier du soin, tels que le cadre d'exercice, le niveau de dotation par zone et le type de territoire démographique du lieu d'exercice (figures 1 ; 2 ; 3).

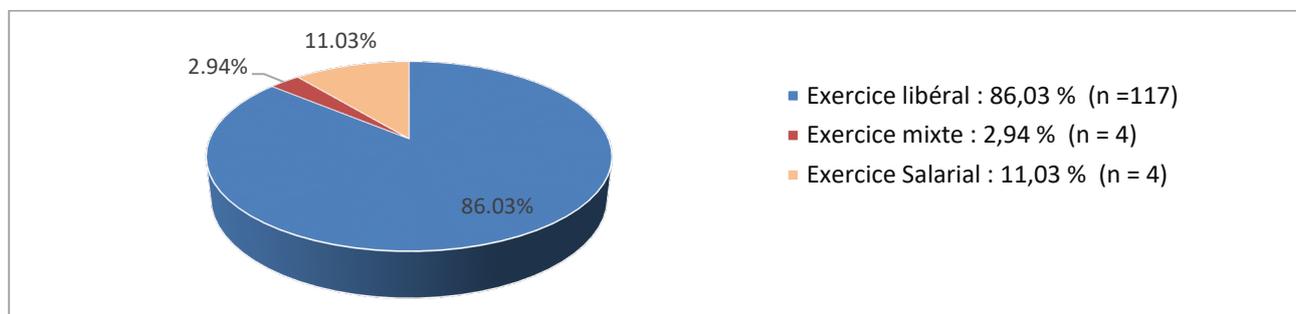


Figure 1 : Répartition des répondants selon leur cadre d'exercice.

La majorité des répondants exerce en libéral (86,03 %). Ceux exerçant dans des cadres salarial et mixte représentent respectivement 11,03 % et 2,94 % (figure 1).

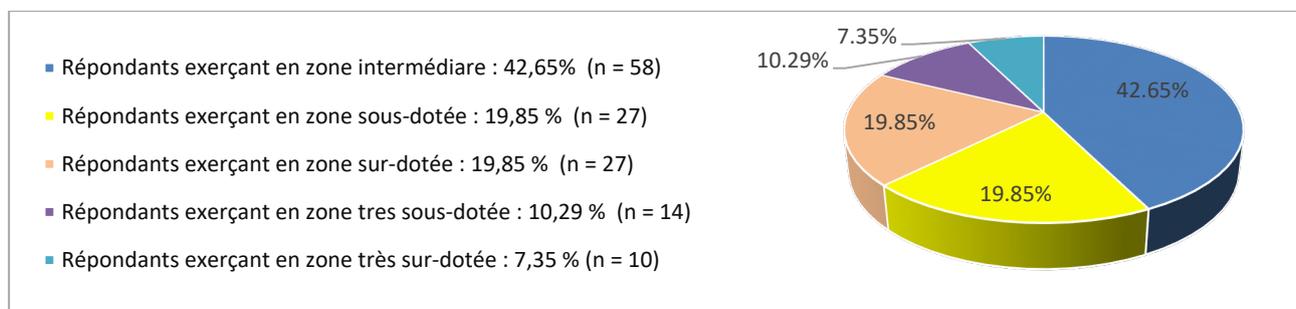


Figure 2 : Répartition et effectif des répondants selon la dotation par zone de leur lieu d'exercice.

Les répondants exercent pour la plus grande partie en zone urbaine comme l'illustre la répartition selon le type de territoire démographique du lieu d'exercice (figure 3).

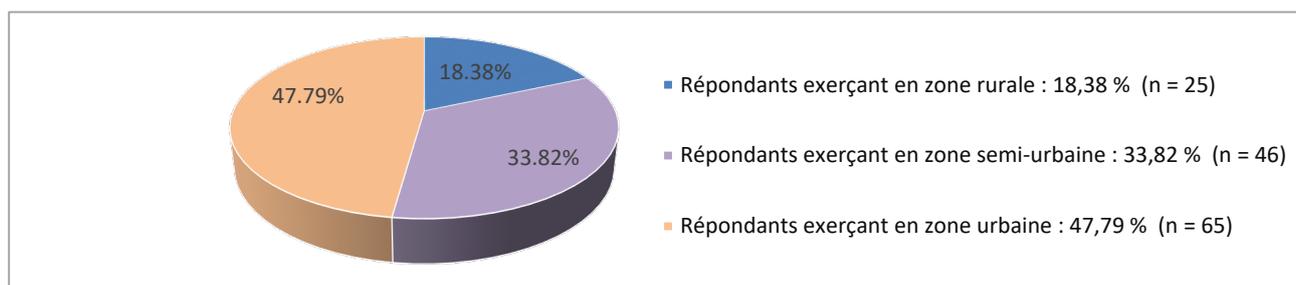


Figure 3 : Répartition des répondants selon le type de territoire démographique du lieu d'exercice.

Nous n'avons pas retenu de critère d'âge dans notre étude, mais nous avons préféré celui de date d'obtention du diplôme. Grâce à cette question unique, nous pouvons déduire deux caractéristiques du profil des répondants : d'une part la génération à laquelle ils appartiennent et d'autre part la formation dont ils ont bénéficié. Cette dernière information est significative au sein de la profession car le cursus des études d'orthophonie a connu deux réorganisations majeures. La première réforme de 1972, visant le renforcement des connaissances théoriques, éleva la durée de la formation à trois ans. Puis en réponse à la restructuration universitaire, le cursus est passé à quatre années de formation de 1986 à 2013. Enfin, la réorganisation de 2013 a débouché sur l'organisation en deux cycles s'étendant sur cinq années (Kremer & Lederlé, 2016).

La période d'obtention du diplôme des répondants s'étend de l'année 1977 à l'année 2021, soit une étendue de 44 années (figure 4). Les trois différents cursus de formation sont donc représentés au sein de notre échantillon.

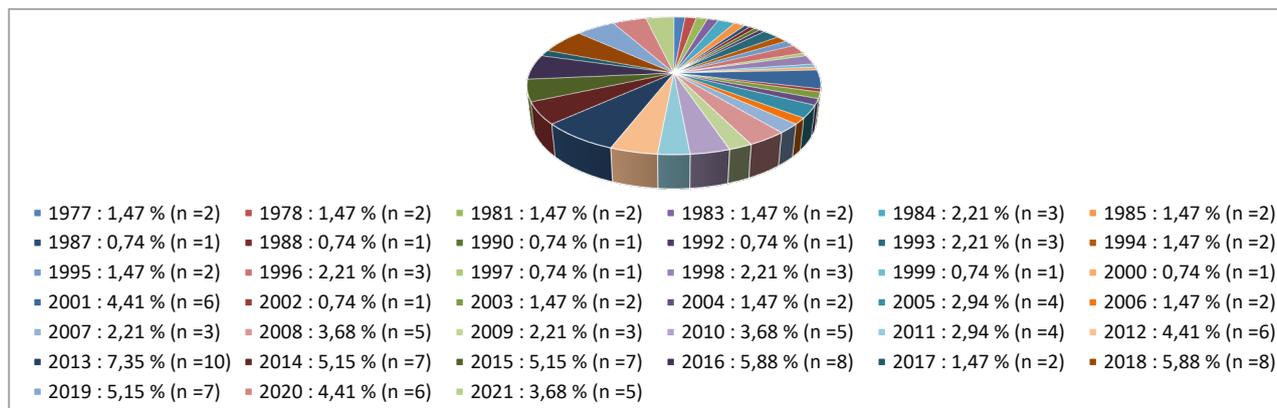


Figure 4 : Répartition des répondants par année d'obtention du diplôme.

Afin d'améliorer la lisibilité des résultats, nous avons dans un premier temps procédé à des regroupements par génération d'obtention du diplôme. Quatre groupes ont été ordonnés, comprenant chacun une étendue de dix années à l'exception du dernier qui en comprend onze (figure 5).

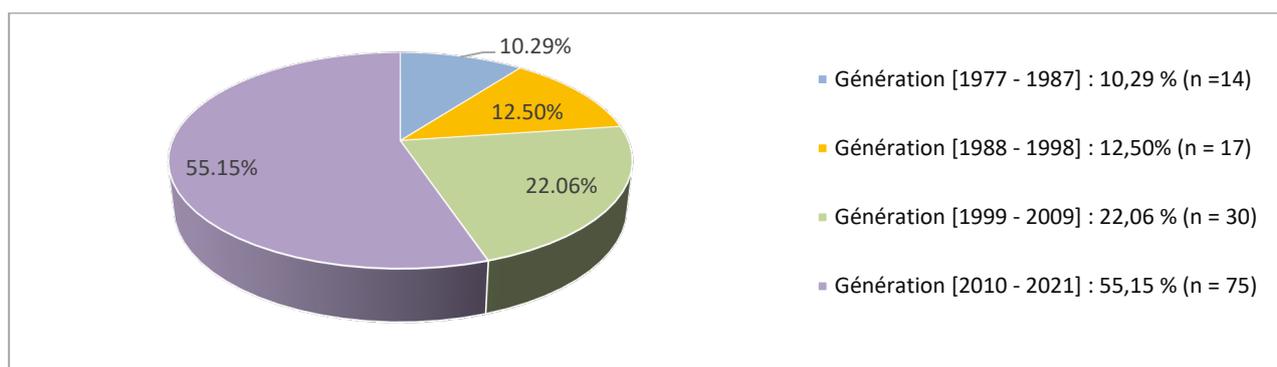


Figure 5 : Répartition des répondants par génération d'obtention de leur diplôme.

Puis, nous avons découpé notre échantillon en trois groupes suivant la formation initiale de chacun (figure 6). La représentativité des diplômés en quatre et cinq ans est homogène. Celle des diplômés en trois ans est plus faible.

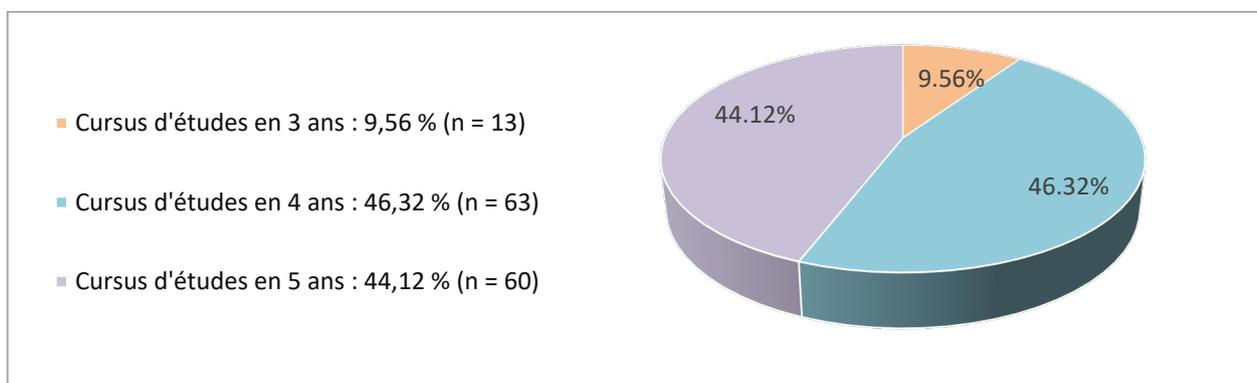


Figure 6 : Répartition des répondants selon leur formation initiale.

2. Fréquence du recours à la téléorthophonie

La totalité des répondants a été interrogée sur sa pratique de la téléorthophonie. Les résultats mettent en évidence que 33,09 % (n = 45) n'avaient jamais utilisé cette modalité à la date de clôture de notre questionnaire, contre 66,91 % (n = 91) qui en avaient eu l'occasion (*figure 7*).

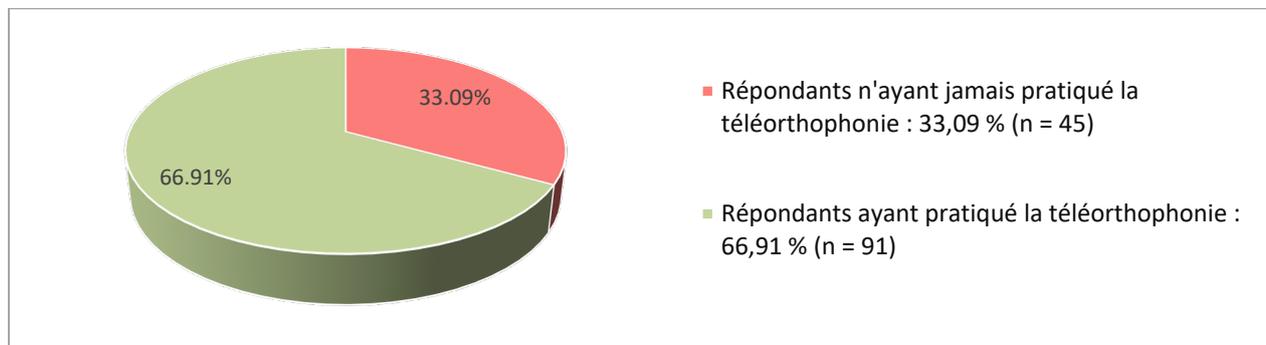


Figure 7 : Répartition des répondants selon leur pratique de la téléorthophonie.

A partir de ce point de notre étude, nous avons confronté plusieurs des données recueillies, afin d'analyser l'influence que certains facteurs peuvent avoir sur l'utilisation de la téléorthophonie.

En premier lieu, nous avons croisé les données relatives à la fréquence du recours à la téléorthophonie (*figure 7*) selon l'appartenance générationnelle des répondants (*figure 5*). Le recours à la téléorthophonie semble assez homogène et dominant au sein des quatre générations. Seule la génération [1999 – 2009] se démarque avec une pratique légèrement plus importante (*figure 8*).

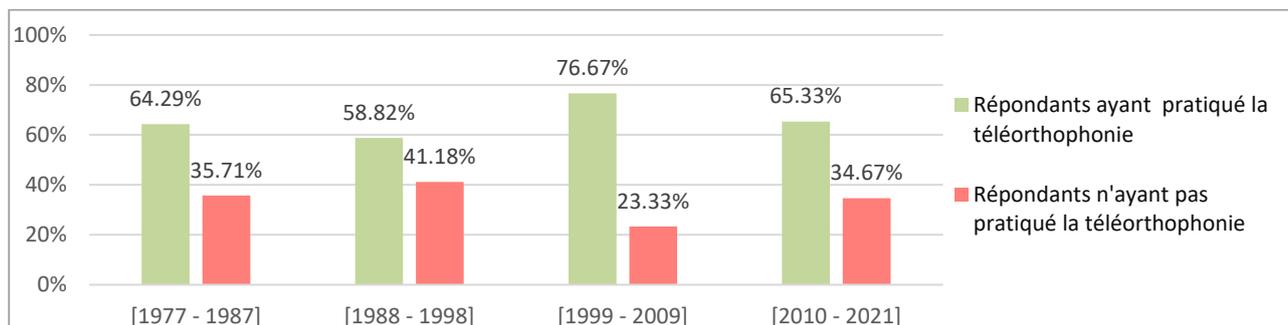


Figure 8 : Fréquence du recours à la téléorthophonie selon la génération d'obtention du diplôme.

Les données relatives à la fréquence du recours à la téléorthophonie (*figure 7*) ont ensuite été mises en parallèle avec les différents cursus d'études en orthophonie suivis par les répondants (*figure 6*). Nous observons peu de différence en fonction du cursus d'études en orthophonie suivi par les répondants. La pratique de la téléorthophonie est majoritaire et équilibrée au sein des trois groupes (*figure 9*).

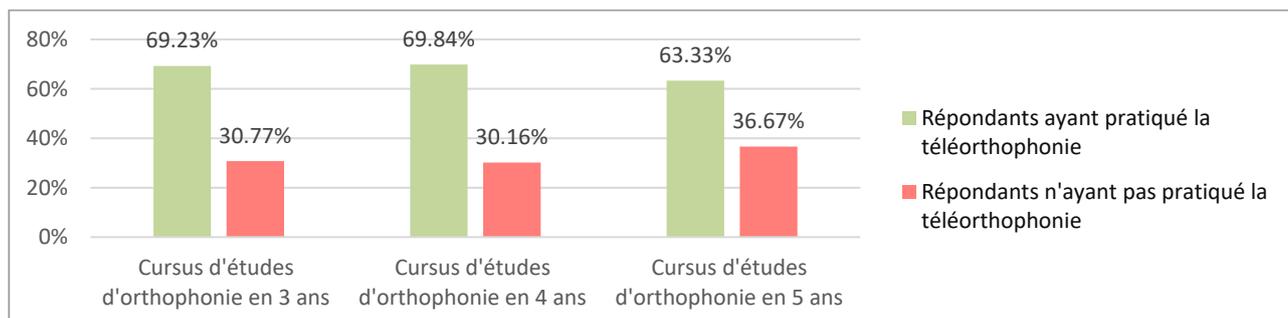


Figure 9 : Fréquence du recours à la téléorthophonie selon les différents cursus d'études en orthophonie suivis par les répondants.

Enfin, la fréquence du recours à la téléorthophonie (figure 7) a été confrontée aux différents cadres d'exercice des répondants (figure 1). Le recours à la téléorthophonie est nettement moins important chez les répondants exerçant dans un cadre salarial. Il reste dominant et homogène pour ceux exerçant de manière libérale et mixte (figure 10).

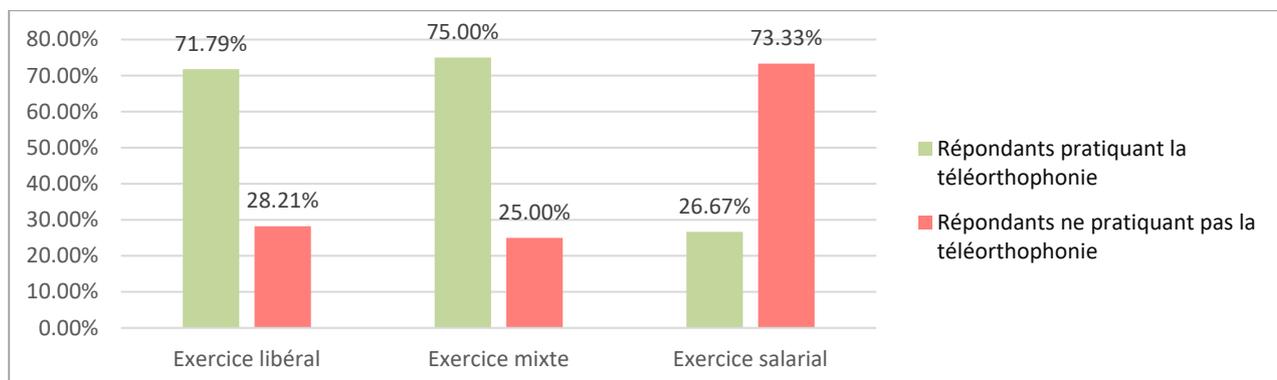


Figure 10 : Fréquence du recours à la téléorthophonie selon les différents cadres d'exercice des répondants.

Cette pratique apparaît légèrement plus répandue chez les professionnels exerçant dans les zones intermédiaires et très sur-dotées. Cependant, la répartition est de nouveau homogène et le recours à cette modalité est également majoritaire au regard de ce facteur (figure 11).

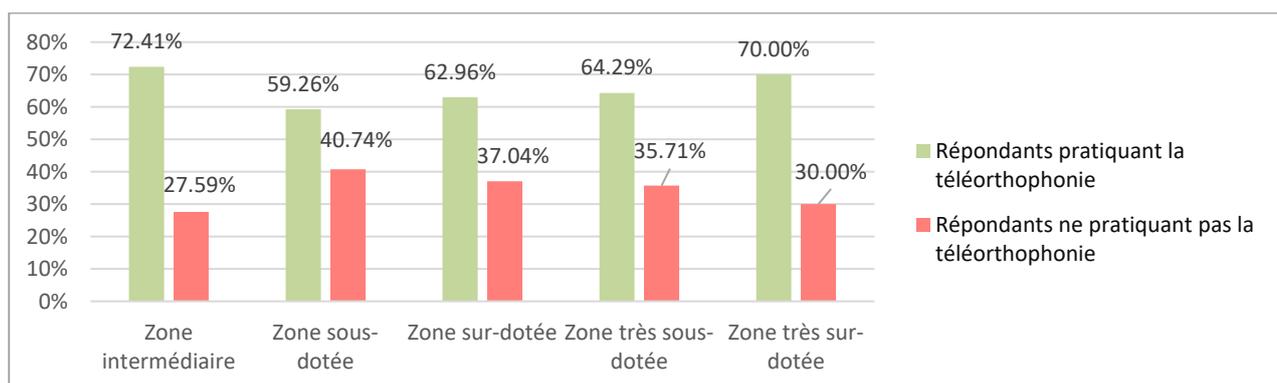


Figure 11 : Fréquence du recours à la téléorthophonie selon la dotation de zone du lieu d'exercice des répondants.

Enfin, nous constatons que le recours à cette modalité est plus important chez les orthophonistes exerçant dans un territoire rural. Le type de secteur démographique du lieu d'exercice semble être un facteur significatif au sein de notre échantillon (figure 12).

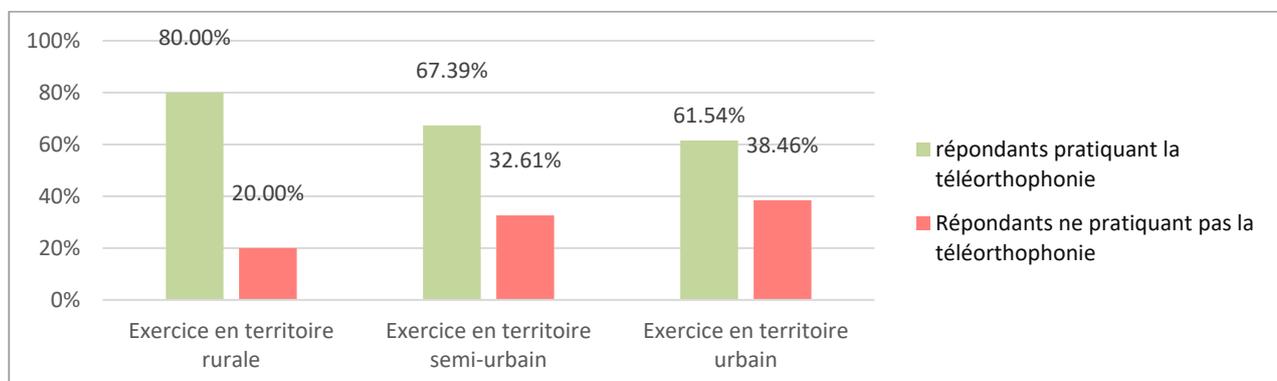


Figure 12 : Fréquence du recours à la téléorthophonie selon type de secteur démographique du lieu d'exercice des répondants.

3. Retour d'expérience des orthophonistes ayant pratiqué la téléorthophonie

Cette partie de notre questionnaire a uniquement été présentée aux répondants ayant pratiqué la téléorthophonie. Ces questions ciblent spécifiquement le retour d'expérience de la pratique. Les résultats ci-après se concentrent sur cet élément de notre étude. Pour rappel, l'effectif de notre échantillon ayant pratiqué la téléorthophonie est de 91 répondants.

Parmi eux, 20,88 % (n = 19) ont répondu avoir suivi une formation spécifique à la téléorthophonie, contre 79,12 % (n = 72) qui n'en ont pas eu l'occasion.

Nous observons que les répondants ont majoritairement débuté cette pratique entre le mois de mars 2020 et le mois de mai 2020 (*figure 13*). Cette période correspond à celle de la pandémie de la covid-19 et plus précisément avec celle du premier confinement (17 mars au 11 mai 2020) qui avait entraîné l'impossibilité d'exercer en présentiel.

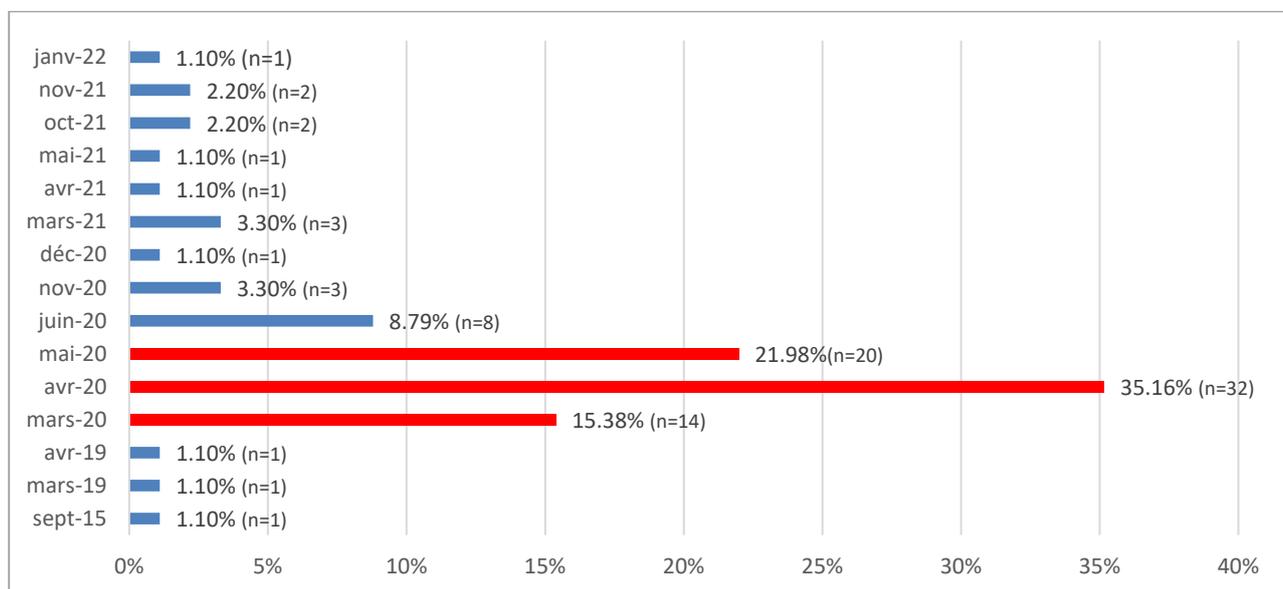


Figure 13 : Répartition des périodes de début du recours à la téléorthophonie.

Nous avons recueilli au total 140 réponses relatives aux raisons qui ont motivé le recours à la téléorthophonie au sein de notre échantillon (*rappel* : n = 91). La motivation principale était très majoritairement d'assurer la continuité des soins pendant la période de confinement liée à la pandémie de covid-19. Cette réponse est sélectionnée par 83 répondants sur 91 au total, soit 91,21 % (*figure 14*).

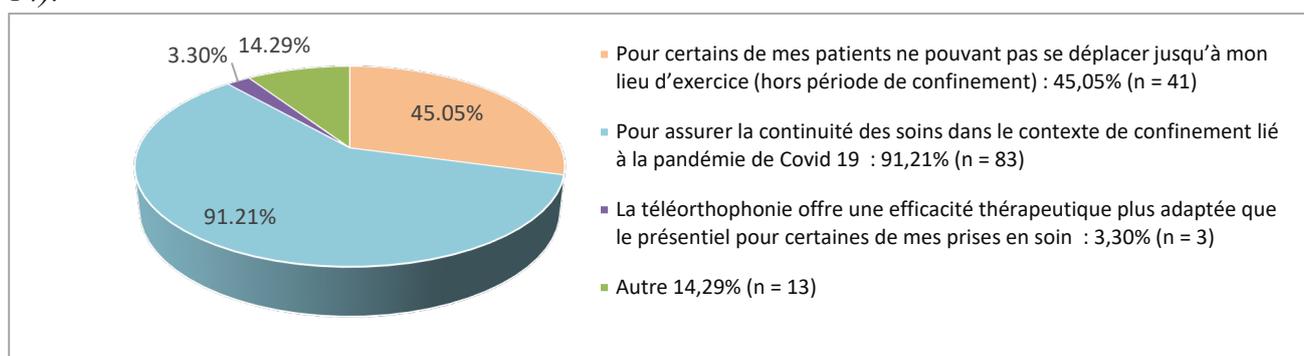


Figure 14 : Répartition des réponses relatives aux raisons ayant motivé la pratique de la téléorthophonie.

Les réponses de la catégorie « autre » ont été exprimées sous forme de réponses libres. Il en ressort quatre thématiques :

- L'efficacité thérapeutique : permet d'augmenter l'intensité des séances (n = 1)
- Le déplacement des patients : permet d'éviter la fatigue des transports (n = 1) ; permet le maintien des séances en cas de contraintes météorologiques (n = 2) ; prise en soin de patient éloigné (n = 1)
- Les raisons financières : permet de maintenir l'activité du cabinet quand le présentiel est rendu impossible (n = 3)
- Les raisons sanitaires : permet d'éviter les risques de contagion lorsqu'un patient est porteur d'une affection (n = 5)

Afin d'interroger les répondants au sujet du type de prises en soin réalisées en téléorthophonie (*tableau 1*), nous leur avons présenté la totalité des actes orthophoniques inscrits dans la nomenclature générale des actes professionnelle et autorisés à être dispensés en télésoin. Les résultats mettent en évidence que les répondants ont eu l'occasion de réaliser tous les types d'actes en visioconférence à l'exception des rééducations vélo-tubo-tympaniques et des bilans de renouvellement de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques, de la phonation, des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité. La rééducation des troubles de la communication et du langage écrit représente l'acte orthophonique le plus dispensé en téléorthophonie : 80 répondants sur 91, soit 87,91 %.

Tableau 1 : Fréquence des actes réalisés en téléorthophonie.

Actes réalisés en téléorthophonie par les répondants	Effectif (n)	%
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit	80	87,91%
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral	58	63,74%
Rééducation et/ou maintien et /ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post traumatique	34	37,36%
Rééducation des dysphasies	33	36,26%
Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dyscalculie, troubles du raisonnement logico-mathématique...)	31	34,07%
Rééducation des troubles de l'articulation	26	28,57%
Rééducation et/ou maintien et /ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologie neuro-dégénérative	24	26,37%
Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et /ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques)	23	25,27%
Bilan de renouvellement de la communication et du langage écrit	22	26,37%
Bilan de renouvellement de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit	15	17,58%
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées	12	13,19%
Rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence	11	12,09%
Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité	10	10,99%
Bilan de renouvellement des troubles d'origine neurologique	9	9,89%
Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle	8	8,79%
Bilan de renouvellement de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)	7	7,69%
Rééducation des dysphagies	4	4,40%
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale	4	4,40%
Démütisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire	4	4,40%
Bilan de renouvellement de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteur, sensoriel et/ou déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques, et de la surdité	4	4,40%
Rééducation nécessitant des techniques de groupe	2	2,20%
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire	1	1,10%
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture	1	1,10%

Des épreuves de bilan de renouvellement ont été proposées en visioconférence par 67,93 % des répondants (n = 61), contre 32,97% (n = 30) qui n'en ont pas eu l'occasion. Interrogés à propos des adaptations qui auraient été nécessaires, 63,33 % (n = 19) ont répondu ne pas avoir adapté les épreuves spécifiquement pour la téléorthophonie et 36,67 % (n = 11) les ont adaptées des manières suivantes : présentation des textes en version PDF (n = 2) ; transmission des documents en amont, comme par exemple les feuilles lignées prévues dans certaines batteries de test pour les épreuves écrites (n = 4) ; réception des productions écrites des patients par courriel (n = 3) ; lecture des consignes qui sont préenregistrées dans les batteries de test (n = 2) ; abandon de quelques épreuves inadaptées (n = 2).

3.1. Le matériel informatique utilisé en téléorthophonie

A propos du choix des plateformes de visioconférence, 81,32 % (n = 74) des répondants utilisent toujours la même, tandis que 18,68 % (n = 17) ont recours à plusieurs plateformes. Nous avons donc récolté 111 données au total parmi les 91 orthophonistes pratiquant la téléorthophonie de notre panel (Tableau 2). Le recueil des réponses s'est fait sous forme de question ouverte (rédaction libre des répondants).

Tableau 2 : Fréquence des plateformes de visioconférence utilisées en téléorthophonie.

Plateformes de visioconférence utilisées par les répondants	Effectif (n)	%
Zoom	76	68,47%
Whats app	9	8,11%
Skype	8	7,21%
Inzee.care	4	3,60%
Facetime	3	2,70%
Messenger	3	2,70%
Teams	3	2,70%
MonSisra	1	0,90%
Telis Téléconsultation	1	0,90%
Orthocab	1	0,90%
Jitsi Meet	1	0,90%
Clickdoc	1	0,90%

Nous avons recueilli 136 réponses concernant l'utilisation du matériel informatique parmi les 91 répondants. Nous constatons que le type de matériel utilisé lors des séances de téléorthophonie est fluctuant et varié (figure 15). Les réponses appartenant à la catégorie « autre » concernent l'utilisation d'un second écran (n = 1) et l'utilisation d'une seconde caméra (n = 3).

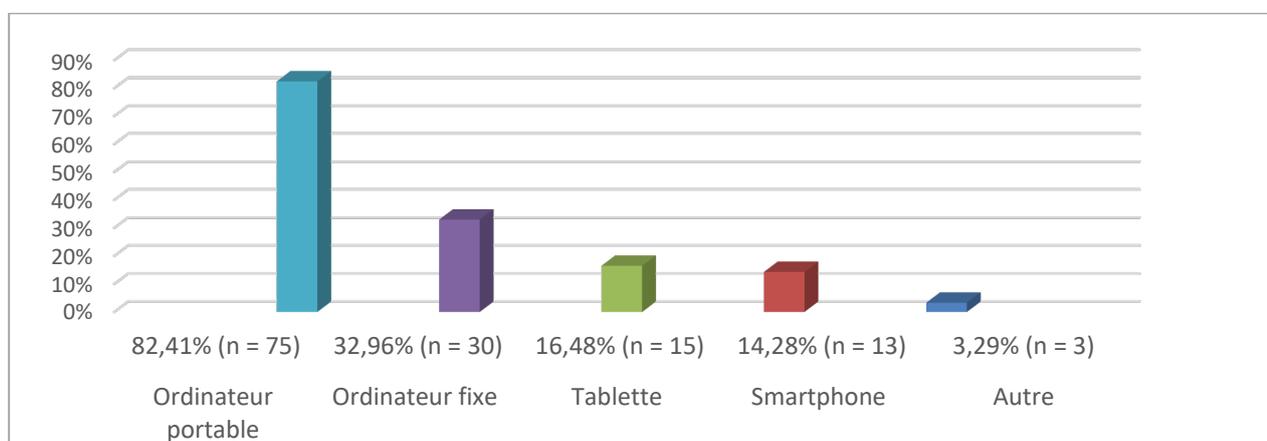


Figure 15 : Choix du matériel informatique utilisé en téléorthophonie.

Concernant l'achat de matériel informatique, 62,64% des répondants (n = 57) déclarent ne pas en avoir fait spécifiquement pour la pratique de la téléorthophonie, tandis que 37,36 % (n = 34) ont fait ce type d'investissement. Il s'agit d'acquisition de matériel manquant pour 70,59% et de remplacement pour du matériel plus performant afin de satisfaire aux exigences d'une séance de téléorthophonie pour 29,41%. Le détail (figure 16) précise les investissements informatiques réalisés. Ces données ont été recueillies par le biais d'une question ouverte.

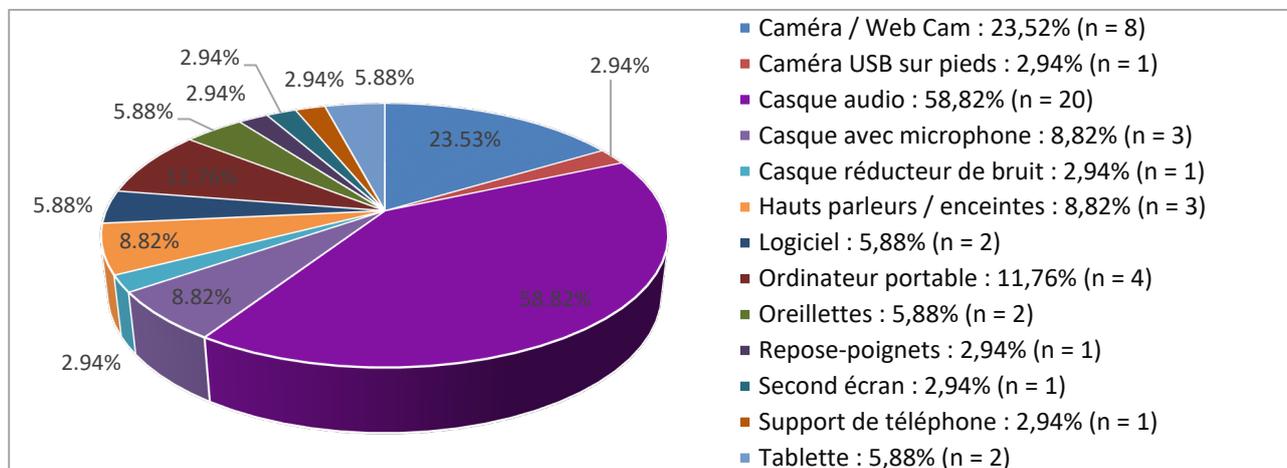


Figure 16 : Achat de matériel informatique spécifiquement pour la téléorthophonie.

L'utilisation du petit matériel informatique audiovisuel ne semble pas faire l'objet d'investissement spécifique. Le micro intégré de l'ordinateur est utilisé par le plus grand nombre des répondants

Tableau 3 : Fréquence du type de microphone utilisé en téléorthophonie.

Type de microphone utilisé en téléorthophonie par les répondants	Effectif (n)	%
Le micro intégré de l'ordinateur	58	63,74%
Un micro spécifique pour la captation de voix	17	18,68%
Le micro intégré de l'ordinateur et un micro spécifique pour la captation de voix	16	17,58%
Total général	91	100,00%

L'utilisation de la double caméra n'est pas répandue au sein de notre échantillon. Ce dispositif est exploité par 26,37 %, dont seulement 8,79% de manière systématique. Un répondant a précisé l'intérêt de ce matériel pour filmer ses mains et présenter le matériel concret (jeu ou livre) afin de se rapprocher des conditions d'une séance en présentiel.

Tableau 4 : Fréquence d'utilisation d'une double caméra en téléorthophonie.

Fréquence d'utilisation d'une double caméra en téléorthophonie par les répondants	Effectif (n)	%
Oui, parfois	16	17,58%
Oui, systématiquement	8	8,79%
Non	67	73,63%
Total général	91	100,00%

3.2. Le matériel de rééducation utilisé en téléorthophonie

L'utilisation d'une ou plusieurs plateformes de matériel de rééducation en ligne lors des séances est confirmée par 56 répondants sur 91. La fréquence est « systématique » pour 51,64 % et « parfois » pour 9,89 %. Les répondants qui n'en utilisent pas représentent 38,46 % (n = 35).

Nous avons demandé aux utilisateurs de ces sites de les identifier au moyen d'une question ouverte (figure 17). Nous avons obtenu les 103 réponses suivantes à ce sujet :

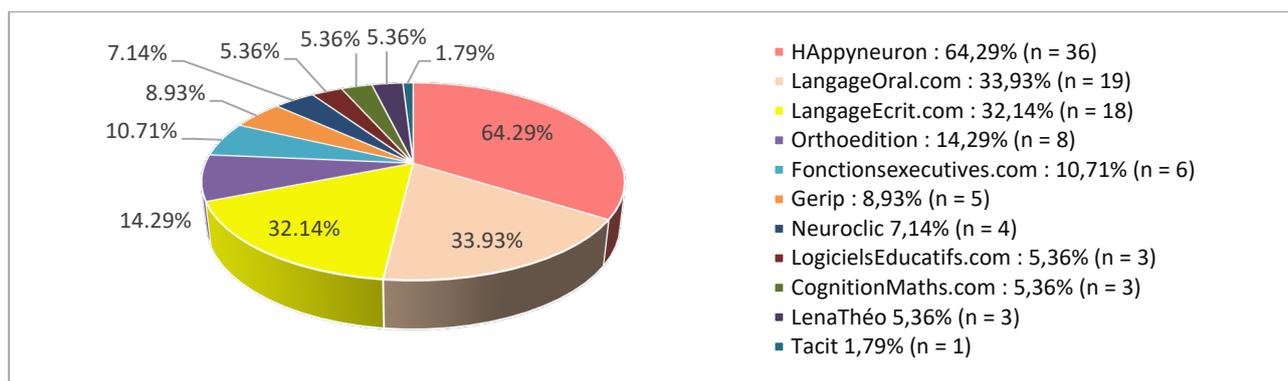


Figure 17 : Fréquence d'utilisation de plateforme de matériel de rééducation en ligne lors des séances de téléorthophonie.

Parmi les répondants, 14,28 % (n = 13) ont acheté des outils d'évaluation ou de rééducation orthophonique spécifiquement pour réaliser leurs séances de téléorthophonie. Le détail de ces investissements (Tableau 5) a été recueilli par le biais d'une question ouverte. Pourtant, comme nous venons de le décrire ci-dessus, l'utilisation des plateformes de matériel orthophonique en ligne est dominante durant les séances de téléorthophonie. Nous pouvons en déduire que les répondants disposaient de ce type de matériel et d'abonnements avant de démarrer la téléorthophonie.

Tableau 5 : Abonnements et achats de matériel de rééducation en ligne spécifiquement pour la téléorthophonie.

Abonnements et achats de matériel de rééducation en ligne spécifiquement pour la téléorthophonie	Effectif (n)	%
Abonnements sur langageOral.com	2	15,38%
Logiciels et abonnements Happy Neuron	2	15,38%
Abonnements sur LangageEcrit.com	2	15,38%
Neuroclitic	2	15,38%
Achat de documents en version PDF provenant de sites spécialisés	5	38,46%
Total général	13	100,00%

Nous avons constaté que les orthophonistes de notre échantillon estiment que le matériel concret et manipulable est difficilement remplaçable par des outils de rééducation informatisés. Il ne l'est « absolument pas » pour 27,47 % (n = 25) et « partiellement » pour 69,23 % (n=63). Seulement 3,30 % (n = 3) estiment que le matériel de rééducation informatisé remplace totalement le matériel concret et manipulable. Par ailleurs, la grande majorité des répondants exprime que la téléorthophonie offre moins d'outils de rééducation adaptés que ceux disponibles en présentiel :

Tableau 6 : Avis des répondants concernant la disponibilité des outils de rééducation adaptés à la téléorthophonie.

Avis des répondants concernant la disponibilité d'outils de rééducation adaptés pour la téléorthophonie comparativement à ceux disponibles en présentiel	Effectif (n)	%
Moins d'outils de rééducation adaptés	67	75,82 %
Autant d'outils de rééducation adaptés	23	25,27 %
Davantage d'outils de rééducation adaptés	1	1,10 %
Total général	91	100,00%

Le manque d'outils de rééducation adaptés se retrouve également dans la manière dont les répondants organisent leurs séances de téléorthophonie. En effet, 54,95 % (n = 50) d'entre eux ont recours à l'envoi de supports et de documents en amont de la séance.

3.3. Appréciation des orthophonistes ayant pratiqué la téléorthophonie

La téléorthophonie est considérée plus contraignante que les séances en présentiel pour 74,73 % (n = 68) des répondants. Les raisons sont :

- le temps de préparation plus important que les séances en présentiel pour 86.76 %
- les séances plus fatigantes qu'en présentiel pour 58.82%
- la gestion du temps d'une séance plus complexe qu'en présentiel pour 42.65%

Les autres raisons évoquées par une partie des répondants (n = 24) ont été recueillies au moyen d'une question ouverte qui a donné lieu à 29 réponses libres. Nous les avons réparties dans quatre catégories (technique, thérapeutique, pratique et communicationnelle) :

Tableau 7 : Autres raisons évoquées à propos des aspects contraignants de la téléorthophonie.

Autres raisons	Effectif (n)	%
Techniques : gestion des problèmes informatiques ; latence de connexion	9	31,03%
Pratiques : difficulté pour faire écrire les patients ; nécessité de réadapter ou/et de créer le matériel car moins d'outils disponibles	7	24,14%
Communicationnelles : gestion du tour de parole plus difficile à distance ; bris de communication et perte des indices paraverbaux générant des incompréhensions et altérant la communication ; perte d'une partie des informations sonores ; difficultés pour percevoir tous les signaux audio (perte de qualité sonore)	7	24,14%
Thérapeutiques : manque d'efficacité par rapport au présentiel ; difficultés pour mobiliser et maintenir l'attention des patients ; impossibilité de voir la totalité de la posture du patient si la rééducation nécessite qu'il soit debout (rééducation vocale par exemple)	6	20,69%

Toutefois, nous constatons que la majorité des répondants se dit satisfaite du recours à la téléorthophonie (*figure 18*) :

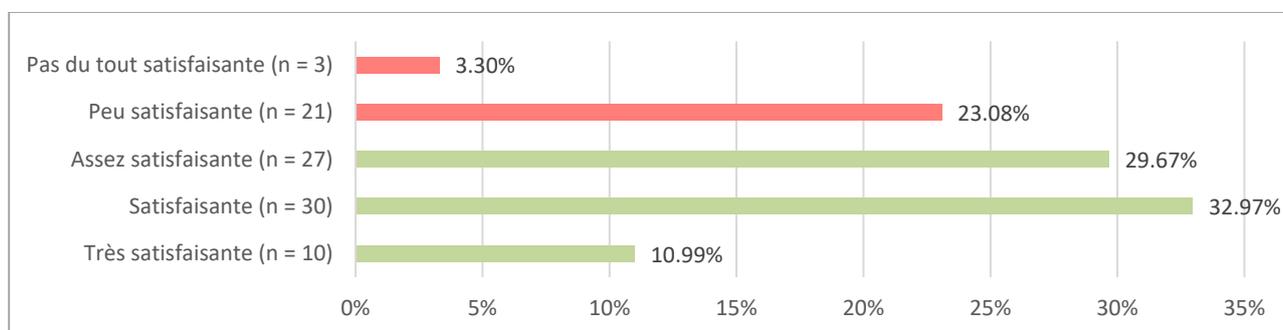


Figure 18 : Satisfaction globale des répondants sur leur expérience de la téléorthophonie

Les répondants déclarant être « peu à pas du tout satisfaits » de la modalité représentent 26,38%. Les problèmes techniques et pratiques constituent le principal motif de leur insatisfaction (*tableau 8*) :

Tableau 8 : Motifs du « peu ou pas de satisfaction » de l'expérience de la téléorthophonie.

Raisons du "peu ou pas de satisfaction" de l'expérience de la téléorthophonie	Effectif (n)	%
Répondants ayant rencontré des problèmes techniques pendant les séances	15	62,50%
Répondants jugeant que la téléorthophonie ne permet pas de répondre aux besoins rééducatifs	14	58,33%
Répondants jugeant que les patients ne maîtrisent pas suffisamment l'outil informatique pour suivre une séance de téléorthophonie	13	54,17%
Répondants jugeant ne pas avoir réussi à bien adapter leurs séances en téléorthophonie	11	45,83%
Répondants ne s'étant pas senti(e)s suffisamment à l'aise avec l'outil informatique	5	20,83%
Répondants ne disposant pas d'un matériel informatique suffisamment adapté pour réaliser une séance de téléorthophonie	4	16,67%
Autre (*)	8	33,33%

(*) Corpus des réponses « autre » recueillies sous forme de question ouverte (énoncés libres) :
 "Patients pas suffisamment équipés d'un matériel informatique adapté "
 "Très compliqué à utiliser auprès des patients atteints de troubles neurodégénératifs "
 "La qualité de la communication est altérée, rien ne remplace le face à face "
 "Impossibilité de voir le patient en entier "
 "La visioconférence ne permet pas de percevoir les signaux de communication paraverbaux "
 "Les patients sont moins attentifs à domicile "
 "Impossibilité de pratiquer les massages dans les PES des cancers ORL "
 "Ne remplace pas la relation duelle du présentiel, le rapport direct dans la communication "

Selon les répondants, le niveau de satisfaction des patients ayant bénéficié de séances en orthophonie est globalement satisfaisant (figure 19).

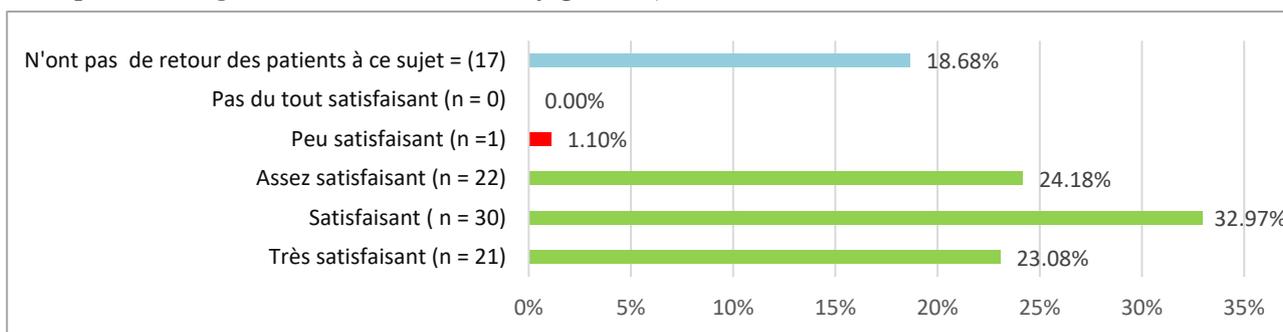


Figure 19 : Niveau de satisfaction des patients ayant bénéficié de séances en téléorthophonie.

Nous avons également interrogé les orthophonistes à propos de leur ressenti concernant le niveau d'attention et de concentration de leurs patients lors des séances de téléorthophonie comparativement aux séances en présentiel (figure 20). Les données suggèrent qu'il s'agirait plutôt d'un facteur individuel. Cependant, 36,26 % (n = 33) estiment que la concentration des patients est moins bonne qu'en présentiel.

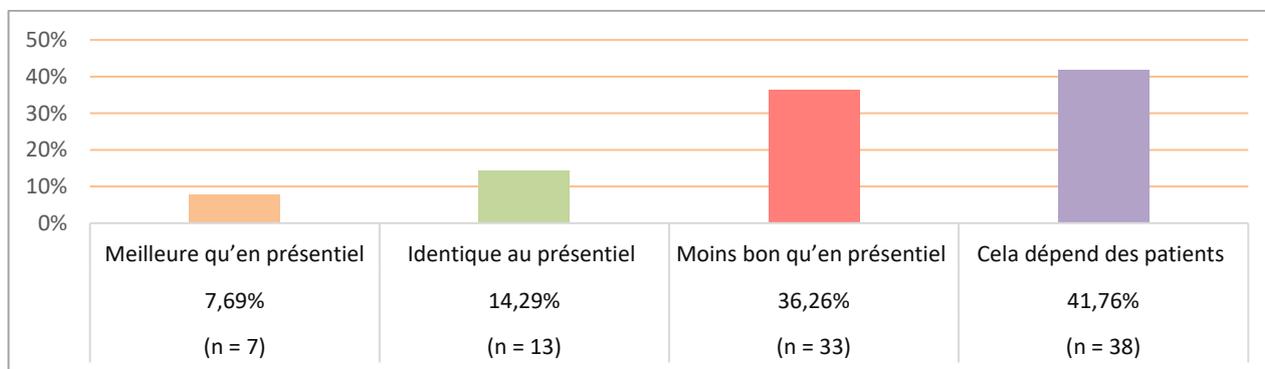


Figure 20 : Ressenti des orthophonistes concernant le niveau d'attention des patients lors d'une séance de téléorthophonie VS en présentiel.

3.4. Pérennité de la téléorthophonie au sein de l'échantillon

Comme nous l'avons exposé dans la partie théorique, la téléorthophonie a fait l'objet de dispositions dérogatoires avant sa pérennisation en juin 2021. Les résultats ont mis en exergue que la majorité des répondants avait dans un premier temps eu recours à cette modalité dans l'objectif d'assurer la continuité des soins durant les périodes de confinement de 2020 (figure 14).

En outre, la poursuite de la téléorthophonie au sein de cet échantillon représente 69, 23 % contre 30,77% (figure 21).

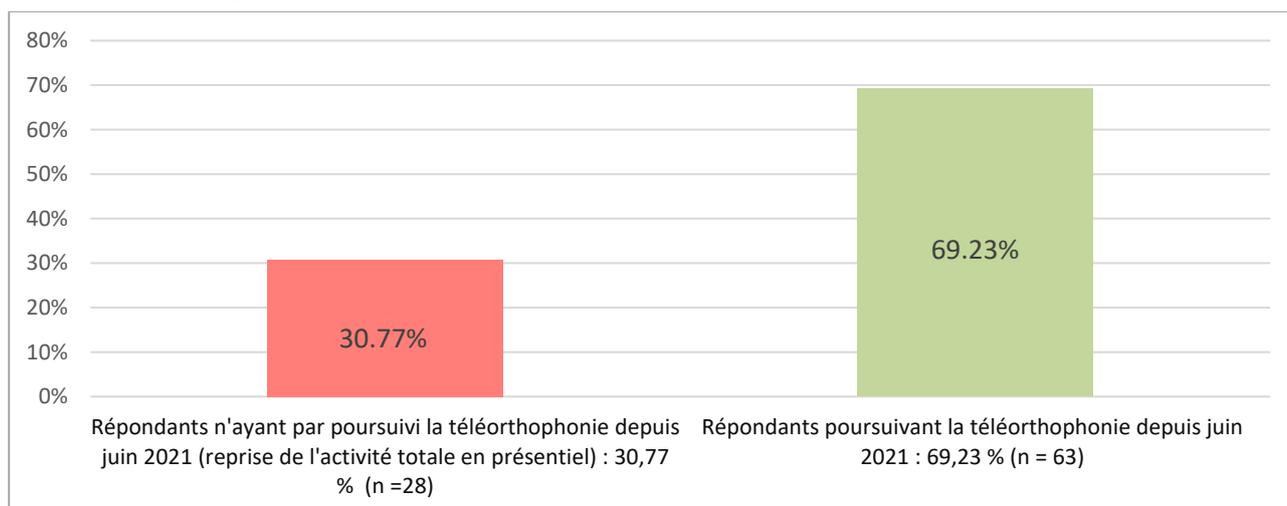


Figure 21 : Fréquence de la poursuite du recours à la téléorthophonie depuis juin 2021.

Sur les 91 répondants de notre panel, 63 poursuivent la pratique de la téléorthophonie contre 28 (figure 21). Cependant, l'utilisation de cette modalité représente une part minoritaire de leur activité totale (figure 22). En effet, 90,48 % (n = 57) de ce groupe réalisent moins de 20 % de ses actes en téléorthophonie. Seulement 9,52 % (n = 6) atteignent le seuil autorisé de 20% de l'activité totale en téléorthophonie.

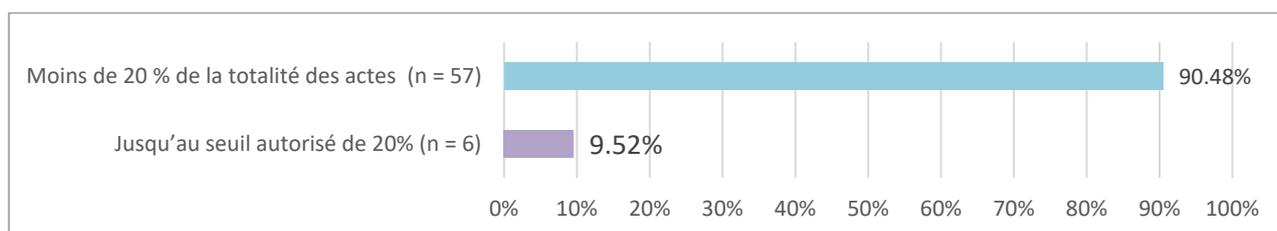


Figure 22 : Proportion des actes réalisés en téléorthophonie.

3.5. L'âge des patients

Parmi les répondants, 54,95% (n = 50) ne pensent pas que l'âge des patients soit un critère décisif pour proposer une séance de téléorthophonie. En revanche, 45,05 % (n = 41) estiment au contraire que ce point est déterminant. Ces derniers statuent que la tranche d'âge [11 – 17 ans] est la plus adaptée à cette modalité (100 % des répondants). Les prises en soin des patients de la naissance à 2 ans ne semblent pas considérées congruentes en téléorthophonie par les répondants :

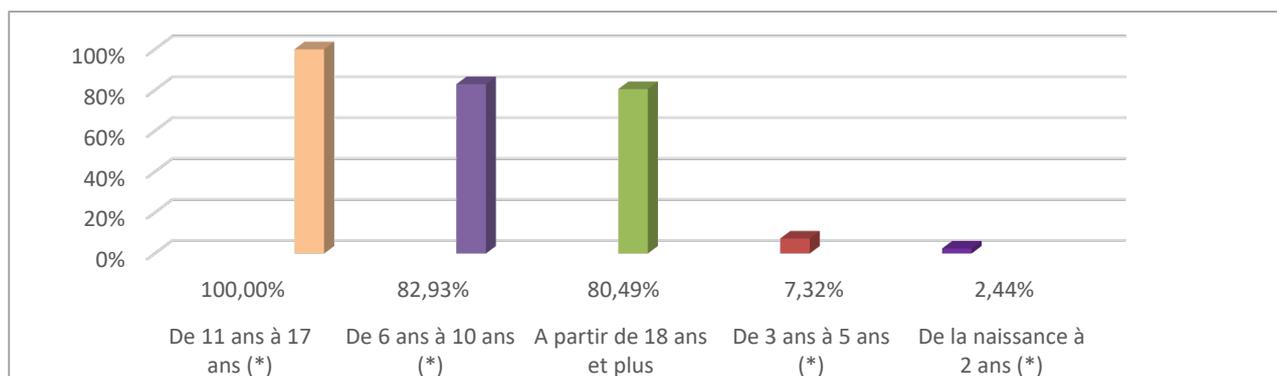


Figure 23 : Appréciation de la congruence des tranches d'âge des patients en téléorthophonie.

(*) Comme nous l'avons exposé dans la présentation du cadre légal de la téléorthophonie, les séances recourant à cette modalité avec les patients mineurs sont assujetties à la présence d'un des parents majeurs ou d'un majeur autorisé. Les résultats révèlent que l'avis des répondants à propos de l'encadrement des patients de moins de dix-huit ans est mitigé (figure 24) :

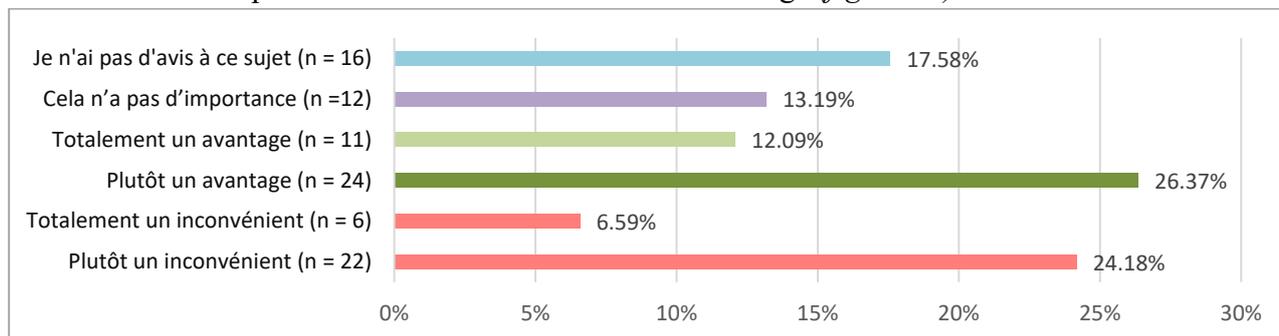


Figure 24 : Avis des orthophonistes concernant l'encadrement des patients mineurs pendant une séance de téléorthophonie.

Les répondants estimant qu'il s'agit « totalement d'un inconvénient » (6,59 % ; n = 6) et « plutôt d'un inconvénient » (24,18% ; n = 22), pensent que les interventions du parent perturbent le déroulement de la séance (85,71% ; n =24), que cette obligation est au détriment de l'alliance thérapeutique avec le patient (60,71 % ; n=17) et que les patients se sentent moins à l'aise en présence d'un parent (78,57 % ; n =22).

Au contraire, 12,09% (n = 11) et 26,37 % (n = 24) des répondants apprécient cet encadrement comme étant respectivement « totalement un avantage » et « plutôt un avantage ». Cette partie de l'échantillon considère que cela facilite la guidance parentale (88,57% ; n = 31), le transfert des acquis (57,14% ; n = 20), et estime principalement que les parents sont plus impliqués dans la prise en soin de leur enfant (97,14 % ; n = 36).

D'autre part, 6 répondants ont ajouté que la présence d'un parent pendant la séance de téléorthophonie permet de contrôler l'attention du patient, de favoriser la modélisation auprès des parents, de leur permettre de prendre conscience des compétences et/ou des difficultés de leur enfant. Un répondant a déclaré qu'il invite tous les parents à assister également aux séances en présentiel depuis cette expérience en téléorthophonie.

4. Appréciation des orthophonistes n'ayant pas pratiqué la téléorthophonie

Cette partie de notre étude s'intéresse uniquement aux répondants qui n'ont pas pratiqué la téléorthophonie (figure 7). Ce groupe représente 33,09 % de l'échantillon total (n = 45). Nous les avons interrogés sur les motifs qui ont circonscrit leur pratique de la téléorthophonie. Ces informations ont été recueillies au moyen d'une question ouverte unique, afin de limiter l'impact possible des biais de réponses. La plupart des 45 réponses rédigées librement soulevaient individuellement plusieurs points différents. Nous avons extrait tous les points évoqués dans chacune des réponses. Les éléments collectés ont ensuite été classés dans les quatre thématiques qui s'en sont dégagés : les raisons pratiques, éthiques, thérapeutiques et déontologiques.

Tableau 9 : Fréquence des raisons déontologiques expliquant le non-recours à la téléorthophonie.

Les raisons déontologiques expliquant le non-recours à la téléorthophonie	Effectif (n)
Répondant constatant le manque de disponibilité des parents pour être présents pendant la durée des séances	1
Répondant estimant que la modalité n'assure pas le respect du secret médical	1
Total des raisons déontologiques évoquées	2

Tableau 10 : Fréquence des raisons pratiques expliquant le non-recours à la téléorthophonie.

Les raisons pratiques expliquant le non-recours à la téléorthophonie	Effectif (n)
Répondants jugeant ne pas avoir suffisamment d'aisance avec l'outil informatique	8
Répondants refusant d'investir pour s'équiper d'un matériel informatique adapté	3
Répondants jugeant que la préparation des supports en amont et l'adaptation du matériel est trop chronophage	3
Répondants ayant constaté l'absence d'équipement informatique adapté chez les patients	2
Répondant exerçant à l'hôpital et n'ayant donc pas besoin d'utiliser cette modalité	1
Répondant exerçant en centre-ville, n'ayant pas besoin d'utiliser cette modalité car l'accès aux soins est facilité	1
Répondant ne disposant pas d'équipement informatique adapté en structure ; absence de caméra sur les ordinateurs	1
Répondant jugeant ne pas avoir suffisamment d'aisance avec le matériel de rééducation possiblement utilisable en téléorthophonie	1
Répondant estimant que son environnement ne se prête pas à la visioconférence	1
Répondant estimant que la mise en place des séances trop complexe	1
Total des raisons pratiques évoquées	22

Tableau 11 : Fréquence des raisons éthiques expliquant le non-recours à la téléorthophonie.

Les raisons éthiques expliquant le non-recours à la téléorthophonie	Effectif (n)
Répondants jugeant que la modalité n'est pas compatible avec certaines pathologies présentées par les patients. Les pathologies citées par les répondants sont : <ul style="list-style-type: none"> • Les patients porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme (n = 7) • Les patients présentant des troubles neurologiques et neurodégénératifs (n = 6) • Les patients présentant une déficience intellectuelle (n = 2) • Les patients présentant un trouble de l'oralité alimentaires (n = 1) • Les patients présentant d'importantes difficultés cognitives (n = 2) • Les patients présentant des troubles de la cognition mathématique (n = 2) 	20
Répondants jugeant que la modalité est en contradiction avec la pratique orthophonique qui nécessite des conditions naturelles de communication, un contact direct et une présence physique avec les patients afin de garantir une bonne qualité de l'interaction. Les précisions faites par les répondants sont : <ul style="list-style-type: none"> • L'importance de la communication non-verbale • Un appauvrissement et une altération de la communication en visioconférence • L'importance du contact humain direct • La dimension relationnelle • L'approche de l'orthophonie basée sur une relation thérapeutique privilégiée avec le patient, quel que soit son âge 	19
Répondants jugeant que l'âge des patients n'est pas adapté à la modalité. Ces répondants ont cité : les enfants (n = 6) et les patients âgés qui ne maîtrisent pas suffisamment l'outil informatique (n = 3)	9
Répondants constatant que l'environnement des patients issus des milieux défavorisés ne se prête pas à la modalité (absence d'endroit pour s'isoler au calme)	2
Répondant estimant que la modalité surajoute une exposition des enfants aux écrans	2
Répondant estimant que la modalité n'offre pas suffisamment de confidentialité pendant la séance ce qui a pour conséquence de mettre à mal la relation thérapeutique	2
Total des raisons éthiques évoquées	54

Tableau 12 : Fréquence des raisons thérapeutiques expliquant le non-recours à la téléorthophonie.

Les raisons thérapeutiques expliquant le non-recours à la téléorthophonie	Effectif (n)
Répondants jugeant que l'absence de manipulation du matériel est problématique	5
Répondants jugeant que la modalité ne permet pas la guidance kinesthésique avec les enfants. Sont cités : <ul style="list-style-type: none"> • L'impossibilité d'utiliser la méthode DNP (n = 1) • L'impossibilité d'utiliser le Makaton (n = 1) • L'impossibilité d'utiliser le pointage (n = 1) • L'impossibilité d'utiliser la guidance physique et visuelle (n = 2) 	5
Répondant jugeant que la modalité ne permet pas de contrôler « l'apprentissage sans erreur »	2
Répondant estimant que la mobilisation devant être faite par les parents pour accompagner leur enfant en présentiel est importante dans la prise en soin. Or, la modalité soustrait cette mobilisation	1
Répondant estimant que la modalité ne permet pas de percevoir la posture et les mouvements corporelles du patient qui sont des informations importantes dans la prise en soin	1
Répondant estimant que le matériel de rééducation utilisé en téléorthophonie est plus scolaire que thérapeutique	1
Répondant jugeant que la modalité n'offre pas la possibilité de rebondir sur un axe en cours de séance	1
Total des raisons thérapeutiques évoquées	16

5. Opinion générale des répondants au sujet de la téléorthophonie

Dans cette partie de notre travail, nous allons exposer le recueil des réponses aux questions qui ont été présentées à la totalité des répondants (n = 136). Nous traitons à partir de ce point, les questions se rapportant principalement à l'opinion générale des orthophonistes concernant la téléorthophonie. Ce sujet n'a pas été conditionné à la pratique de la modalité. Avoir une expérience du télésoin ne faisait pas partie des prérequis pour répondre à cette partie de notre questionnaire.

L'avis des répondants concernant la pertinence de la téléorthophonie est majoritairement positif pour 85,29 % d'entre eux. Cependant, 30,88 % de cette proportion nuancent leur avis, jugeant que la modalité est congruente uniquement dans un contexte entravant l'activité en présentiel. En revanche, 14,71% estiment que la téléorthophonie n'est pas appropriée, quel que soit le contexte (figure 25). Par ailleurs, nous avons recueilli deux commentaires libres à ce sujet. Un répondant a précisé que selon lui, la téléorthophonie n'est pertinente qu'en cas d'éloignement géographique important, en zone très sous dotée ou en zone rurale, par exemple. Un second répondant ajoute qu'elle est pertinente à condition de disposer du matériel adapté suffisant.

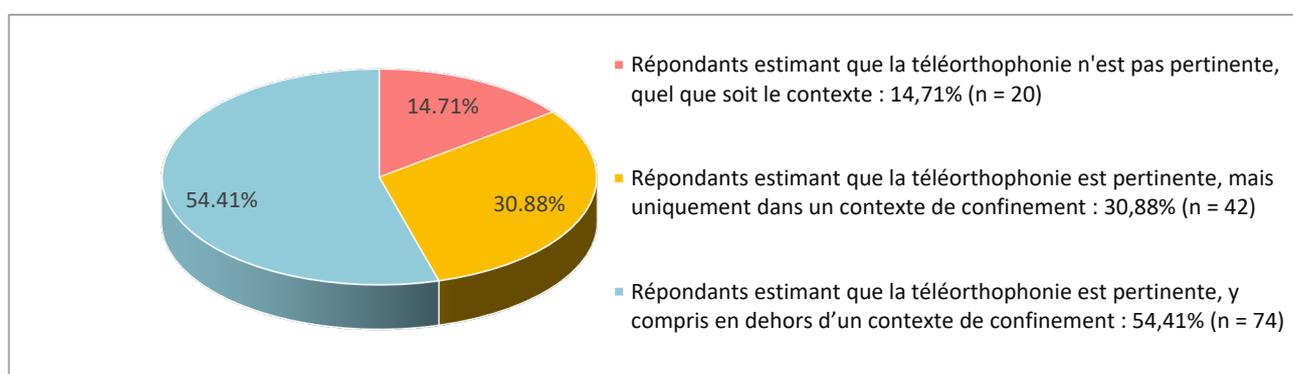


Figure 25 : Opinion générale des répondants au sujet de la congruence de la téléorthophonie.

Nous avons demandé aux répondants d'évaluer les intérêts qu'offre la téléorthophonie. Les résultats indiquent encore une fois que l'avantage premier est de permettre la continuité des soins. Les motifs relatifs aux déplacements sont également prépondérants (figure 26).

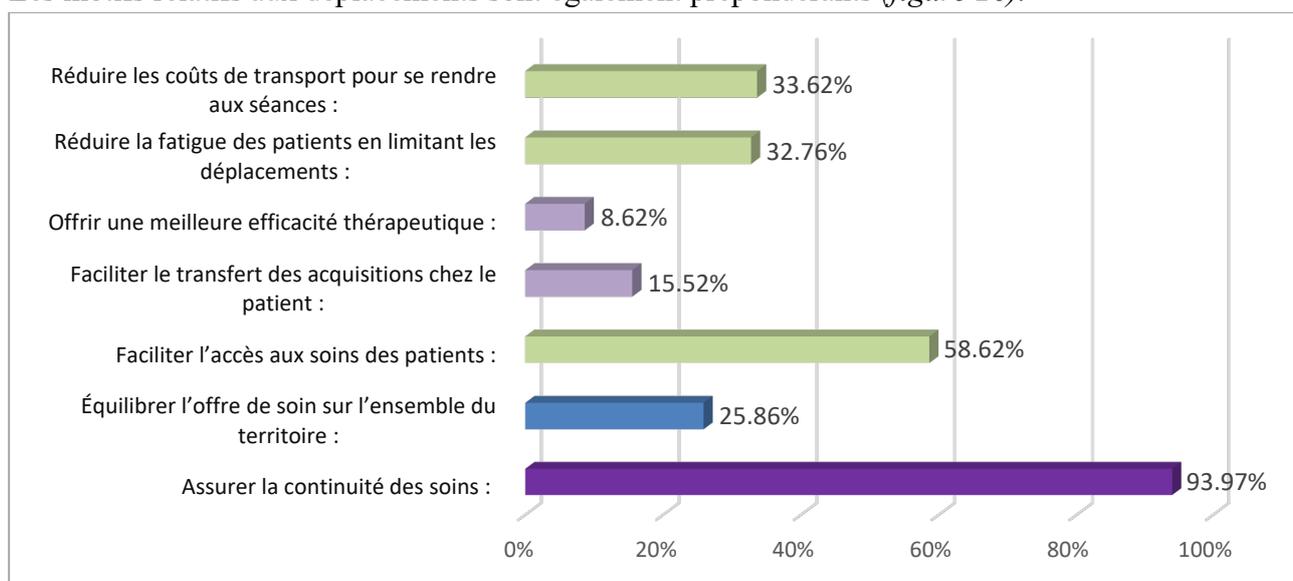


Figure 26 : Intérêts de la téléorthophonie selon les répondants.

D'autre part, nous avons demandé aux répondants de préciser les autres intérêts qu'offre la téléorthophonie. Ce point a été rapporté sous forme de question ouverte. Nous avons classé les réponses libres selon les trois thématiques qui s'en dégagent (*tableau 13*) :

Tableau 13 : Autres intérêts de la téléorthophonie (réponses libres).

Les autres intérêts de la téléorthophonie selon les répondants	Effectif (n)	%
Les avantages pratiques :		
Permet de pallier les pertes financières en cas d'empêchement d'exercer en présentiel	2	9,52%
Permet de limiter l'absentéisme	2	9,52%
Offre un gain de temps par rapport aux prises en soin à domicile	1	4,76%
Les intérêts thérapeutiques :		
Facilite la guidance parentale ; facilite l'échange avec les parents	3	14,29%
Permet de proposer des prises en soin intensives	2	9,52%
Facilite les prises en soin du bégaiement : permet aux patients réticents à l'idée de s'enregistrer ou se filmer de dépasser cette difficulté	2	9,52%
Pour travailler la lecture labiale	1	4,76%
Permet une mise en situation écologique pour les séances d'apprentissage de la CAA)	1	4,76%
Permet de mieux connaître les patients en découvrant leur cadre de vie	1	4,76%
Les intérêts éthiques :		
Permet de prendre en soin les patients dont les possibilités de déplacement sont restreintes	3	14,29%
Permet de pallier la pénurie d'orthophonistes	2	9,52%
Permet de répondre aux besoins de soins des patients demeurant à l'étranger ou dans des zones en pénurie d'orthophoniste	1	4,76%

Les répondants ont exprimé être majoritairement en faveur de la pérennisation de la téléorthophonie en France. Les réponses qualitatives ordonnées relatives à cette question mettent en évidence que 33,09 % se disent « tout à fait favorables » et 30,15 % sont « plutôt favorables ».

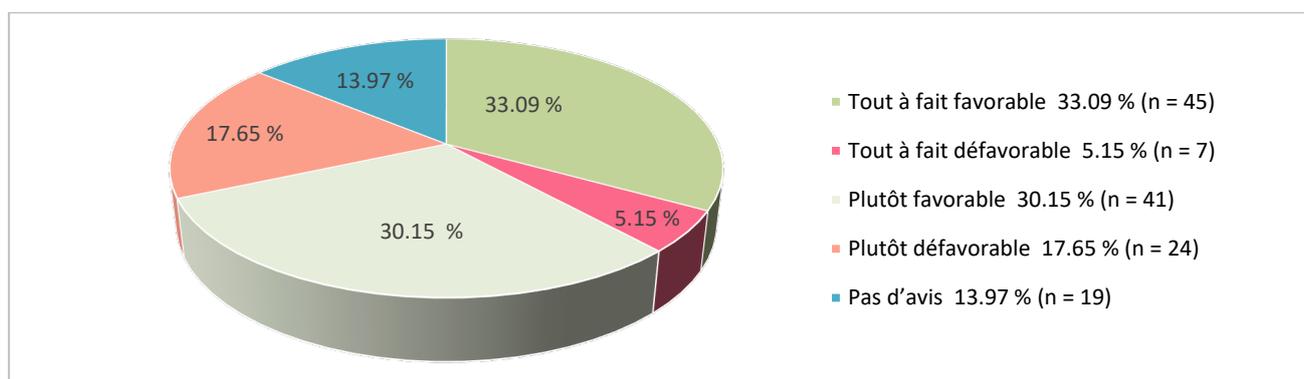


Figure 27 : Avis des répondants au sujet de la pérennisation de la téléorthophonie.

Leurs avis sont plus divisés à propos de la limite à 20% de la totalité de l'activité conventionnée qui est autorisée en téléorthophonie. En effet, 26,47 % (n = 36) sont « tout à fait défavorables » et 14,71 % (n = 20) « plutôt défavorables » à la levée de cette limitation, soit au total 41,18 % d'opinion négative à ce propos. Tandis que 36,77 % (n= 50) seraient plutôt en faveur de la suspension de cette restriction. Les 22,06% (n = 30) restant des répondants n'ont pas d'avis à ce sujet.

Discussion

Les objectifs de notre étude étaient d'analyser les pratiques en téléorthophonie au moyen d'un questionnaire aux orthophonistes. Cette modalité faisant l'objet d'importantes réflexions et contradictions au sein de la profession, les résultats récoltés permettent de faire un état des lieux descriptif sur l'évolution de la pratique et l'adhésion qu'elle reçoit.

1. Analyse du profil global des répondants

L'échantillon des répondants comprend des praticiens exerçant sur tous les types de territoires démographiques, ainsi que dans toutes les catégories de dotation par zones existantes. De plus, la répartition des répondants selon leur cadre d'exercice (*figure 1*) est très proche des données nationales concernant les conditions d'exercice des orthophonistes que nous avons présentées dans la partie théorique. Par ailleurs, la période d'obtention du diplôme d'orthophoniste des répondants s'étend de 1977 à 2021. Cette donnée suggère que le bénéfice des trois types de cursus d'études en orthophonie est représenté et que les répondants appartiennent à quatre décennies générationnelles différentes. Au regard de ces critères, la représentativité de notre échantillon semble assez bonne.

2. Temporalité et pérennité de la téléorthophonie

Comme nous l'avons exposé dans la partie théorique de cette étude, la pratique de la téléorthophonie a fait l'objet de nombreuses réflexions au sein de la profession et son cadre déontologique a considérablement évolué. Notre étude a mis en évidence que les orthophonistes de notre échantillon ont majoritairement eu l'occasion de recourir à la téléorthophonie (*figure 7*). Cependant, ce résultat doit être relativisé avec la donnée temporelle du recours à la pratique. En effet, l'analyse des réponses concernant la période de démarrage de la téléorthophonie met en évidence l'influence prépondérante qu'a eu le contexte sanitaire de 2020. Les débuts de la téléorthophonie sont concentrés sur la période du premier confinement pour 72,52 % des répondants (*figure 13*). Ces résultats laissent supposer que la majorité des orthophonistes de notre échantillon a effectivement approuvé les dispositions exceptionnelles permettant son recours. Toutefois, ce résultat ne peut pas être décorrélé des raisons qui ont motivé le recours à la téléorthophonie (*figure 14*). L'objectif principal était d'assurer la continuité des soins pour la majorité des praticiens (91,21 %). La téléorthophonie s'est présentée comme l'unique alternative au présentiel pendant les périodes de confinement liées au contexte pandémique ce qui a incité son recours. Néanmoins, la poursuite de son utilisation pour 69,23 % des utilisateurs (*figure 21*) depuis la fin de l'état d'urgence sanitaire en France métropolitaine (juin 2021), permet de penser que cette expérience s'avère globalement positive et que l'adhésion à la modalité n'est plus systématiquement en lien avec l'impossibilité d'exercer en présentiel. D'ailleurs, les résultats relatifs au niveau de satisfaction global des utilisateurs de la téléorthophonie (*figure 19*) renforcent cette probabilité. En effet, les répondants se sont déclarés « assez satisfaits à très satisfaits » dans une proportion de 73,63 %.

3. Intérêts et inconvénients majeurs de la téléorthophonie

Les résultats que nous avons présentés suggèrent que la pratique de la téléorthophonie est plus répandue chez les professionnels exerçant dans les zones intermédiaires et très sur-dotées. Au vu des

problématiques soulevées par les déserts médicaux et la pénurie de praticiens, nous nous attendions au contraire, à ce que la pratique soit plus représentée au sein des zones sous-dotées à très sous-dotées. Ce résultat pourrait être lié au cadre légal de la téléorthophonie qui impose d'avoir au préalable rencontré les patients en présentiel et qui ne permet pas la passation des épreuves de bilan initial. Ces deux contraintes freinent potentiellement les orthophonistes exerçant en zone sous-dotés et très sous-dotées pour répondre davantage à la demande des patients en attente de soin orthophonique.

A l'inverse, la fréquence du recours à la téléorthophonie, au sein de notre échantillon, semble être influencée par le type de territoire démographique du lieu d'exercice. En effet, la pratique est plus fréquente chez les orthophonistes exerçant dans les territoires ruraux. Elle décroît dans les territoires semi-urbains et est moins répandue au sein des territoires urbains (*figure 12*). Ce résultat est en accord avec les avantages de la modalité que nous avons exposées dans la partie théorique. Pour rappel, nous avons soulevé l'intérêt qu'offre la téléorthophonie pour pallier les difficultés de mobilité des patients éloignés géographiquement. Les réponses relatives aux raisons ayant motivé la pratique de la téléorthophonie (*figure 14*) vont également dans ce sens pour 45,05 % des répondants. De plus, les réponses récoltées à propos des intérêts de la téléorthophonie selon les répondants l'ayant pratiquée (*figure 26*) étayaient très largement cette hypothèse. De surcroît, les données issues de nos questions ouvertes sont en adéquation avec cet argument. En effet, plusieurs des réponses libres recueillies exprimaient l'intérêt de la modalité pour pallier les difficultés de déplacement des patients éloignés géographiquement ou entravés dans leur mobilité (« *les intérêts éthiques* », *tableau 13*). Les réponses ont également souligné que la téléorthophonie permet aux patients d'éviter la fatigue et de réduire les coûts financiers liés au transport pour accéder aux soins. Il semble donc que l'argument relatif aux déplacements des patients, voire des praticiens devant se rendre à domicile pour dispenser les soins, est important au sein de notre échantillon. Cette hypothèse concorde avec les données issues de la littérature que nous avons préalablement présentées dans notre étude.

4. Profil des utilisateurs de la téléorthophonie

Notre panel de répondants couvre quatre décennies générationnelles d'orthophonistes. Nous avons constaté que ce facteur ne semble pas signifiant dans la fréquence d'utilisation de la téléorthophonie (*figure 8*). Pourtant, les jeunes diplômés auraient pu se révéler plus enclins à utiliser la visioconférence dans leur pratique orthophonique. En effet, les orthophonistes issus des jeunes générations sont souvent plus aguerris à l'outil informatique et à l'utilisation des nouvelles technologies. Or, il s'avère qu'au sein de notre panel, ce sont les orthophonistes issus de la génération [1999-2009] qui recourent le plus à la téléorthophonie. De surcroît, la fréquence du recours est quasiment équivalente au sein des deux générations les plus éloignées avec 64,29 % pour la génération [1977-1987] et 65,33 % pour la génération [2010-2021]. Ce résultat pourrait suggérer que la téléorthophonie est plus facilement envisageable quand les praticiens possèdent déjà une bonne expérience et une bonne aisance dans leur pratique professionnelle.

Par ailleurs, les trois différents cursus d'études en orthophonie sont représentés au sein de notre échantillon. Seuls les diplômés du cursus dispensé en cinq ans ont bénéficié d'un module « certificat informatique et internet (C2I) » destiné à acquérir des compétences spécifiques dans le domaine des nouvelles technologies. D'autre part, nous avons relevé que le manque d'aisance avec l'outil informatique est entravant pour huit répondants n'ayant pas eu recours à cette modalité (*tableau 9*) et que cela est un motif d'insatisfaction pour cinq répondants l'ayant utilisée (*tableau 8*). Le bénéfice d'une formation incluant des acquisitions théoriques dans le domaine informatique aurait donc pu

être un facteur favorisant le recours à la téléorthophonie. Pourtant, il semblerait que les orthophonistes ayant suivi le cursus en cinq ans utilisent légèrement moins la téléorthophonie que ceux issus des cursus en trois et en quatre ans (*figure 9*). A l'instar du facteur générationnel, l'expérience acquise dans la pratique orthophonique semble au moins aussi décisive que l'aisance d'utilisation des nouvelles technologies dans le recours à la téléorthophonie.

Nous nous étions également interrogés à propos de la nécessité d'avoir suivi une formation spécifique à la téléorthophonie. Parmi les répondants ayant eu recours à cette pratique, 20,88 % de l'échantillon a bénéficié de ce type de formation, contre 79,12 % qui n'en a pas eu l'occasion. De plus, nous n'avons recensé aucun commentaire à ce sujet parmi l'ensemble des questions ouvertes de notre questionnaire.

5. Critères d'éligibilité des patients pouvant bénéficier de séances en téléorthophonie

Outre la nécessité de l'encadrement des mineurs par un responsable légal, la législation n'oppose pas de critère d'âge des patients pouvant bénéficier de soins en téléorthophonie. Cette question relève donc des questionnements éthiques et est laissée à l'arbitrage de chaque praticien. Les résultats mettent en évidence que 87,66 % des répondants n'ont pas eu recours à la téléorthophonie avec des patients âgés de moins de deux ans. Seulement 2,44 % ont répondu avoir eu l'occasion de proposer des prises en soin pour des patients appartenant à cette tranche d'âge (*figure 23*). Il est probable que cette très petite proportion concerne la guidance parentale, cependant les données recueillies ne nous permettent pas de proposer une analyse plus fine à ce sujet. Nous avons également relevé lors de l'examen des réponses libres que le recours à la téléorthophonie à destination des enfants en bas âge était un argument en défaveur de la modalité pour neuf répondants (*tableau 10*).

Dans notre partie « buts et objectifs », nous avons exposé notre questionnement éthique concernant la contradiction que pourrait présenter le recours à la visiophonie auprès des enfants alors que les orthophonistes prennent part à la prévention contre l'utilisation abusive des écrans chez les plus jeunes. Nous constatons que ce point n'a fait l'objet que de deux commentaires libres. Les orthophonistes qui ont évoqué cet élément appartiennent au groupe des praticiens n'ayant jamais pratiqué la téléorthophonie et ont désigné ce paradoxe comme étant rédhibitoire à l'utilisation de cette modalité. La question de la surexposition aux écrans mise en parallèle avec l'emploi d'un outil informatique dans les prises en soin des enfants ne nous a donc pas apporté suffisamment de données exploitables. Cette question a été traitée au moyen d'une question ouverte afin de limiter les biais de réponse. Or, ce point ne semble pas avoir suscité autant de réponses libres que nous l'envisagions. Toutefois, nous ne pouvons pas déduire d'analyse fiable sur la base de la rareté des commentaires libres recueillis. Par ailleurs, l'utilisation d'un outil numérique dans un objectif thérapeutique, de manière encadrée et dans un contexte d'interaction communicationnelle n'est pas tout à fait comparable avec la participation à des activités ludiques et numériques qui isolent les enfants devant les écrans. Cette différenciation peut expliquer le peu de questionnements à ce sujet.

6. Critères de validité de la téléorthophonie selon les pathologies

Les résultats que nous avons exposés semblent assez contradictoires en ce qui concerne les critères d'éligibilité des actes réalisables en téléorthophonie. Pour rappel, le cadre déontologique permet de

dispenser tous les actes figurant dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels en téléorthophonie, à l'exception des bilans initiaux et des actes nécessitant un contact direct en présentiel avec le patient. Ce dernier point a d'ailleurs fait l'objet de commentaires libres de la part de cinq répondants n'ayant pas recours à la téléorthophonie car elle ne permet pas de réaliser certains traitements qui nécessitent une guidance kinesthésique (*tableau 12*).

D'autre part, nous avons pu observer que la répartition des actes réalisés par les répondants en téléorthophonie couvre tous ceux autorisés (*tableau 1*). Paradoxalement, les motifs de rejet de la modalité évoqués par vingt répondants (*tableau 11*) suggèrent l'incompatibilité thérapeutique de la téléorthophonie avec certaines pathologies. Ainsi, le trouble du spectre de l'autisme (TSA) et les pathologies neurogénéralives sont les plus citées par les répondants comme ne pouvant pas donner lieu à des soins en vidéotransmission. Les répondants ont très peu eu recours à la modalité avec des patients présentant un TSA. La difficulté d'intervenir dans ce cas semble faire consensus. Parallèlement, l'avis des répondants est beaucoup plus divergent à propos des pathologies neurodégénératives. En effet, 26,37 % des répondants ont eu l'occasion de dispenser des soins en téléorthophonie dans le cadre de cette prise en soin (*tableau 1*).

7. Limites de l'étude

1.1. Représentativité de l'échantillon

Au regard de la population totale des orthophonistes français, cette étude aurait nécessité la participation de 374 répondants afin d'offrir un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 % aux résultats. Malgré sa bonne représentativité au vu des critères que nous exposés, notre échantillon est insuffisant en taille.

1.2. Sélection des questions abordées dans le questionnaire

Nous avons limité cette enquête à 49 questions afin de ne pas la rendre trop chronophage pour les répondants et de favoriser les réponses complètes au questionnaire. Toutefois, il aurait été pertinent d'analyser certaines autres questions, comme celle de l'intérêt du recours à la téléorthophonie dans le cadre des prises en soin relevant de l'urgence (tel que le traitement en phase aiguë dans les suites d'accident vasculaire cérébral).

Notre question relative à la répartition des actes réalisés par les répondants a été élaborée à partir de la liste des actes autorisés et figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (*tableau 1*). Or, la prévention, l'éducation thérapeutique et la guidance relèvent également du champ de compétence des orthophonistes mais ne sont pas nommées explicitement dans nos questions.

Notre enquête comportait une unique question concernant les formations spécifiques à la téléorthophonie. Celle-ci nous a permis d'analyser la proportion des répondants ayant bénéficié de ce type de formation. Il aurait été intéressant de demander aux répondants d'apporter des précisions sur les formations suivies et de les interroger sur leurs attentes et leurs besoins à ce sujet.

Enfin, certaines questions analysées au moyen de réponses libres auraient pu faire l'objet de questions plus précises et explicites. C'est notamment le cas du sujet relatif à l'éligibilité des patients selon le critère de sévérité de leur pathologie et de celui de la surexposition des enfants aux écrans pendant une séance de téléorthophonie.

8. Perspectives

Nous avons relevé que le niveau de satisfaction des patients ayant bénéficié de soin en téléorthophonie est satisfaisant. Cependant cette donnée a été collectée de manière indirecte par le biais des praticiens. Il pourrait être pertinent de poursuivre ce travail en menant une étude se concentrant sur le ressenti et l'opinion des patients quant au recours de cette modalité dans leur parcours de soin.

Conclusion

La téléorthophonie a fait l'objet ces dernières années de réflexions importantes au sein de la profession. Elle s'est inscrite, à l'instar des autres professions de soin, dans le cadre du déploiement de la télésanté. Après avoir bénéficié de dispositions temporaires permettant son déploiement afin d'assurer la continuité des soins orthophoniques dans le contexte pandémique de 2020, elle a fait l'objet d'une pérennisation. Son inscription à la convention nationale des orthophonistes résulte des accords conclus entre les représentants syndicaux de la profession et de l'Assurance Maladie, ainsi que des décrets relatifs à la télésanté et entrés en vigueur en juin 2021. Le cadre déontologique de la téléorthophonie étant particulièrement d'actualité, les évolutions s'y rapportant sont fréquentes et rapides. Il a notamment été nécessaire d'actualiser régulièrement les données de la partie théorique pendant l'élaboration de ce travail. Cette étude est donc un état des lieux des pratiques qui ne peut être décontextualisé de la temporalité de sa réalisation (novembre 2020 – avril 2022).

Cette modalité ne fait pas consensus au sein de la profession. Elle est tantôt discréditée et perçue comme étant contradictoire à la notion de soin, aux exigences relationnelles, communicationnelles et thérapeutiques de l'orthophonie. Simultanément, elle se profile comme une possible résolution des problèmes qu'engendrent les déserts médicaux, les difficultés d'accès au soin et la pénurie de praticiens alors que le besoin en soin orthophonique est croissant. Cette contradiction soulève des questionnements éthiques et déontologiques.

Au moyen d'un questionnaire adressé aux orthophonistes, nous avons recueilli l'opinion de 136 praticiens diplômés et exerçant sur le territoire français au sujet du recours à cette pratique et de sa ratification. La partie des répondants ayant utilisé cet outil a également été interrogée sur les modalités pratiques et techniques nécessaires à la téléorthophonie, les adaptations inhérentes, et son appréciation globale de cette modalité. Les résultats de notre étude ont mis en évidence que les orthophonistes de notre échantillon sont plutôt en faveur de sa pérennisation et que sa fréquence d'utilisation est en augmentation depuis qu'elle s'est présentée comme la seule alternative pour garantir la continuité des soins lors des confinements liés à l'épidémie de covid-19. Toutefois, notre étude a aussi mis en exergue que les répondants sont très attentifs à une utilisation bien encadrée et adaptée à chaque situation clinique afin de satisfaire aux exigences éthiques du soin.

L'inscription de cette pratique dans le cadre déontologique lui confère une légitimité qui pourrait encore mener à une progression de son recours à l'avenir. C'est pourquoi, les travaux qui tendront à poursuivre des réflexions à ce sujet présenteront une réelle utilité afin de s'assurer d'une bonne pratique de son utilisation.

Bibliographie

- 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. *Légifrance - Publications officielles* (JORF n° 0074 du 26/03/2020). Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=bhGSZpQEI4f_HjbyCJsdMv6NrJkcVkSMYP_IEPx4WyI=
- Arrêté du 18 mai 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. *Légifrance - Publications officielles* (JORF n° 0122 du 19/05/2020). Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=CvA1mo1BjKK6qp2RfDP-iHxyq2uN_TKeBRRXw8U00MM=
- Arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé. *Légifrance - Publications officielles* (JORF n° 0170 du 11/07/2020). Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=6jSpA0cWPxkOQ3AuvS7vvK_RnHomPM8tT8dp-lOuYrs=
- Arrêté du 13 avril 2021 portant approbation de l'avenant n° 17 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie. *Légifrance - Publications officielles* (JORF n°0093 du 20 avril 2021). Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=rWXLhSIPJ6zBPMc_yV_svCVaa_5IxEKnqL_KZlzcZl64=
- Article 32 - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1). *Légifrance* (JORF n°0190 du 17 août 2004). Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001285497
- Articles R6316-1 à R6316-10 du Code de la Santé Publique. Chapitre VI : Télémédecine. *Légifrance*. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000022933195/#LEGISCTA000022934383
- Articles L4341-1 à L4341-9 du Code de la Santé Publique. Titre IV : Professions d'orthophoniste et d'orthoptiste. *Légifrance*. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155069/2016-01-28/#LEGISCTA000006155069
- 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. *Légifrance - Publications officielles* (JORF n° 0251 du 26/10/2017). Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035880652>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J.F. (2001). Principles of biomedical ethics. New York, NY : Oxford University Press.
- Bétrancourt, P. (2011). Déontologie professionnelle en orthophonie. *Rééducation orthophonique*, (247), 45-52.

- Bétrancourt, P. (2016). Déontologie et règles professionnelles. Dans Kremer, J.-M., Lederlé, E., & Maeder, C. *Guide de l'orthophoniste* (pp 91 -110). Lavoisier-Médecine sciences.
- Bouletreau, A., Chouani re, D., Wild, P. et Fontana, J.M. (1999). Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple, EUROQUEST. INRS.
Repéré à <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01420163/document>
- Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (s. d.). *Enfants résidant à l'étranger avec leur parent militaire*. Repéré à <https://www.cnmss.fr/la-cnmss/en-1-clic/actualite-379/enfants-residant-a-letranger-avec-leur-parent-militaire-2857.html?cHash=b45de39d5aa17180acf7763798d864e2>
- Cason, J., & Cohn, E. (2014). Telepractice : An Overview and Best Practices. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 23, 4. <https://doi.org/10.1044/aac23.1.4>
- CPLOL. Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (1999). Chartre éthique professionnelle des orthophonistes et logopèdes d'Europe. Grèce, Athènes.
- CPLOL. Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (2009). Cadre d'exercice éthique en orthophonie. Italie, Torino.
- Fédération Nationale des Orthophonistes (11 juin 2017). Charte éthique. Repéré à <https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2018/10/Charte-e%CC%81thique-1.pdf>
- Fédération Nationale des Orthophonistes (s.d). *La FNO alerte sur les pratiques relevées sur certaines plateformes de télésoin en orthophonie*. Repéré à <https://www.fno.fr/actualites/la-fno-alerte-sur-les-pratiques-relevees-sur-certaines-plateformes-de-telesoin-en-orthophonie/>
- Haute Autorité de santé. (2013). *Efficienc e de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/efficience_tlm_vf_2013-07-18_14-48-38_743.pdf
- Haute Autorité de santé. (2020). *Qualité et sécurité du télésoin : Critères d'éligibilité*. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201303/fr/qualite-et-securite-du-telesoin-criteres-d-eligibilite
- Haute Autorité de santé. (2021). *Qualité et sécurité du télésoin, bonnes pratiques pour la mise en œuvre*. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/fiche_telesoin_bonnes_pratiques_2021-03-12_11-33-56_248.pdf
- Kerlan, M. (2016). *Ethique en orthophonie : Le sens de la clinique*. De Boeck Supérieur.
- Klein, A. (2011). Approche philosophique de l'éthique en orthophonie Un plaidoyer pour une discipline orthophonique. *Rééducation orthophonique*, (247), 7-23.
- Kremer, J.-M., Lederlé, E., & Maeder, C. (2016). *Guide de l'orthophoniste*. Lavoisier-Médecine sciences.
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2016). *L'orthophonie en France : Vol. 8e éd*. Presses Universitaires de France.
- Lefève, C. (2014). De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical. *Revue de métaphysique et de morale*, N° 82(2), 197 221.
- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (2013). Bulletin Officiel n°32 du 5 septembre 2013. Annexe 3 – Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste.

Repéré à https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/9/referentiel-formation-orthophoniste_267389.pdf

- Molini-Avejonas, D., Rondon-Melo, S., Amato, C., Amato, H., & Samelli, A. (2015). A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21. <https://doi.org/10.1177/1357633X15583215>
- Popovici, D.-V., & Buică-Belciu, C. (2012). Professional challenges in computer-assisted speech therapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 518-522. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.175>
- Vaughn, G. R. (1976). Tel-Communicology : health-care delivery system for persons with communicative disorders. *American Speech Language Hearing Association*, 18, 13-17.
- Vannier, F. (2015). E-orthophonie : état des lieux et perspectives professionnelles. *Rééducation orthophonique*, (264), 81-91.
- Vernier, P. (2017). *De la formation ouverte à distance à la rééducation orthophonique à distance : Vers une nouvelle approche enrichie de l'orthophonie?* Université de Lyon.
- Weidner, K., & Lowman, J. (2020). Telepractice for Adult Speech-Language Pathology Services : A Systematic Review. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(1), 326-338. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00146
- WHO Group Consultation on Health Telematics (1997: Geneva, S. (1998). *A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development : Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11-16 December, Geneva, 1997* (WHO/DGO/98.1). Article WHO/DGO/98.1. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857>