

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

**Chloé JAMA**

soutenu publiquement le 4 juin 2024

**Moyens compensatoires des troubles du langage  
écrit  
État des lieux des pratiques auprès des orthophonistes et des  
ergothérapeutes**

MEMOIRE dirigé par  
**Camille LECOUFLE**, Orthophoniste CRDTA, Lille  
**Alice CADO**, Ergothérapeute CRDTA, Lille

Lille – 2024

# Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes directrices de mémoire, Camille Lecoufle et Alice Cado, pour leur implication dans cette étude, leurs conseils avisés et leurs encouragements.

Je remercie tous les professionnels, orthophonistes et ergothérapeutes, qui m'ont offert de leur temps pour répondre au questionnaire et à l'entretien.

Je tiens à remercier mes maîtres de stages orthophonistes qui m'ont suivie depuis le début du cursus et qui m'ont tant apporté, notamment Charlotte qui m'a permis de toucher du doigt la pratique de la médiation animale. Je remercie en particulier le club Duquesne, pour votre bonne humeur quotidienne, vos transmissions, votre confiance et vos chocolats. Merci à Agathe et Laura de m'avoir aidée à me construire en tant que future orthophoniste mais aussi en tant que personne.

Merci à mes amies, Angèle, Charlotte, Jenna et Lucie, d'avoir contribué à rendre ces 5 années plus belles, merci pour ces moments de partage, de rire et d'entraide.

Merci à mes parents, pour leur soutien indéfectible depuis toujours. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir écoutée, soutenue émotionnellement et guidée.

Merci à Clément, pour son optimisme, les kilomètres parcourus et nos projets.

Enfin, je souhaite remercier mes grands parents, pour leurs encouragements depuis les premiers concours et mamie pour son soutien bienveillant lors de la rédaction de ce mémoire. Pensée à papy, notre étoile.

## **Résumé**

Dans la prise en soin des troubles spécifiques du langage écrit (TLSE) et particulièrement dans le cadre de la mise en place du matériel pédagogique adapté, les orthophonistes et ergothérapeutes ont un rôle complémentaire dans le parcours de soin des patients. Selon la littérature, le travail en coordination est recommandé pour une prise en soin optimale. Dans ce cadre, il paraît intéressant d'étudier le lien entre ces deux professions. Le but de cette étude est de réaliser un état des lieux des pratiques des orthophonistes et des ergothérapeutes pour comprendre comment les outils compensatoires sont mis en place, définir des profils de praticiens qui privilégient une collaboration pluridisciplinaire et identifier les freins qui limitent ou empêchent ce partenariat. Cet état des lieux qui synthétise les résultats des données récoltées via des questionnaires en ligne et des entretiens menés auprès de vingt-et-un professionnels français a permis de mettre en évidence que la collaboration n'existe pas de façon systématique malgré la volonté de la plupart des professionnels. Il a également permis d'identifier des limites à la collaboration pluridisciplinaire, tels que le manque de temps à allouer au partenariat, le manque de reconnaissance financière pour ces échanges, ou encore un manque de connaissances du champ de compétences de l'autre professionnel.

## **Mots-clés**

Trouble spécifique du langage écrit, matériel pédagogique adapté, pluridisciplinarité

## **Abstract**

Speech therapists and occupational therapists have a complementary role to play in the care of patients with specific written language disorders (SLID), particularly when it comes to implementing compensatory tools. According to the literature, coordination is recommended for optimal care. In this context, it seems worthwhile to study the link between these two professions. The aim of this study is to take stock of the practices of speech therapists and occupational therapists in order to understand their practices regarding the implementation of compensatory tools, to define the profiles of practitioners who favor multidisciplinary collaboration, and to identify the obstacles that limit or prevent this partnership. This report summarizes the results of online questionnaires and interviews with twenty-one French professionals. It shows that, despite the will of most professionals, collaboration is not systematic. It also identified limits to multidisciplinary collaboration, such as lack of time to allocate to the partnership, lack of financial recognition for these exchanges, or lack of knowledge of the other professional's field of expertise.

## **Keywords**

Specific written language disorder, adapted teaching materials, multidisciplinary approach

# Table des matières

Introduction .....	1
Contexte théorique.....	1
1. Le trouble spécifique du langage écrit (TSLE) .....	1
1.1. Modèles théoriques de la lecture.....	1
1.2. Définition du TSLE.....	2
1.3. Classifications et critères diagnostiques .....	2
1.3.1.DSM-5 .....	2
1.3.2.CIM-11 .....	3
1.4. Diagnostic, signes cliniques et sévérité du TSLE .....	4
2. Pistes de remédiation du langage écrit .....	5
2.1. Recommandations concernant le parcours de soin .....	5
2.2. Rééducation du langage écrit .....	6
2.3. Réadaptation du langage écrit.....	6
2.3.1. Compensation du langage écrit .....	6
2.3.2. Aménagements et adaptations pédagogiques.....	7
3. Les acteurs de la mise en place du projet compensatoire : les missions de l’orthophoniste et de l’ergothérapeute .....	8
3.1. Le rôle de l’orthophoniste dans le projet compensatoire .....	8
3.2. Le rôle de l’ergothérapeute au sein du projet compensatoire .....	9
3.3. La collaboration pluridisciplinaire .....	9
Buts et hypothèses .....	9
Méthode.....	10
1. Population cible et lieu de l’étude .....	10
2. Matériel.....	11
2.1. Questionnaire .....	11
2.2. Entretien semi-dirigé.....	11
3. Procédure .....	11
3.1. La création du questionnaire .....	11
3.2. La diffusion du questionnaire .....	12
3.3. La création de l’entretien .....	12
3.4. Modifications de la trame d’entretien .....	12
4. Méthode d’analyse des réponses .....	13
4.1. Analyse des réponses des questionnaires.....	13
4.2. Analyse des réponses des entretiens .....	13
Résultats .....	13
1. Réponses issues du questionnaire.....	13
1.1. Description de l’échantillon.....	13
1.1.1. Les orthophonistes .....	14
1.1.2. Les ergothérapeutes.....	14
1.2. Consensus sur les notions théoriques.....	15
1.3. Etude des relations interprofessionnelles.....	16

1.3.1. Quand la collaboration orthophoniste-ergothérapeute s'opère .....	18
1.3.2. Les freins à la collaboration .....	19
1.3.3. Influence du genre et de l'âge .....	20
1.3.4. Influence de la formation .....	21
1.3.5. Influence du lieu et du mode d'exercice .....	21
2. Réponses issues des entretiens .....	23
Discussion.....	26
1. Résultats principaux de l'étude.....	26
1.1. État des lieux de la collaboration.....	26
1.2. Les facteurs influençants.....	27
1.3. Les freins à la collaboration.....	28
2. Limites de l'étude .....	29
3. Perspectives de poursuite de l'étude.....	29
Conclusion.....	30
Bibliographie.....	31
Annexes .....	34
Annexe 1 : Trame questionnaire .....	34
Annexe 2 : Lettre d'information questionnaire.....	34
Annexe 3 : Trame entretien.....	34
Annexe 4 : Figures description de l'échantillon - orthophonistes .....	34
Annexe 5 : Figures description de l'échantillon - ergothérapeutes.....	34
Annexe 6 : Influence de la formation .....	34
Annexe 7 : Données issues des entretiens : profils des répondants .....	34
Annexe 8 : Données issues des entretiens : réponses des professionnels qui collaborent.....	34
Annexe 9 : Données issues des entretiens : réponses des professionnels qui ne collaborent pas..	34
Annexe 10 : Extraits des entretiens des orthophonistes.....	34
Annexe 11 : Extraits des entretiens des ergothérapeutes .....	34

# Introduction

La prise en soin du Trouble Spécifique du Langage Ecrit (TSLE) fait partie du champ de compétences des orthophonistes et des ergothérapeutes. La prévalence de ce trouble est difficile à évaluer en raison des nombreuses et différentes données théoriques de la littérature concernant les définitions, les seuils de pathologie et les outils d'évaluation. Cependant, Habib (2018), Becker et al. (2014) et Huc-Chabrolle et al. (2010) s'accordent à dire que cinq à dix pour-cent des enfants d'âge scolaire (entre huit et douze ans) sont concernés par le TSLE. Selon l'INSERM, ce chiffre correspond à presque un enfant présentant un TSLE par classe, ce qui fait de la prévalence de ce trouble un problème de santé publique.

Dans le cadre de l'exercice de diagnostic des troubles des apprentissages au sein du Centre Régional de Diagnostic des Troubles d'Apprentissage (CRDTA) de Lille, ainsi qu'au fil des consultations pour la mise en place de moyens compensatoires adaptés, nous nous sommes questionnés à propos de la prise en soin des troubles spécifiques des apprentissages et plus particulièrement, sur le parcours de soin des patients présentant un TSLE. En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) suggère qu'une approche pluridisciplinaire est la clé pour une prise en soin efficace (2017), et notamment pour le choix et la mise en place des outils compensatoires dans le cadre du TSLE. Nous avons souhaité savoir si ces recommandations étaient suivies par les professionnels orthophonistes et ergothérapeutes français exerçant auprès de patients TSLE concernés par l'utilisation d'outils compensatoires numériques. Dans le cadre de cette étude, nous allons ainsi nous intéresser aux pratiques actuelles des orthophonistes et des ergothérapeutes, à leurs habitudes concernant la prise en soin des patients présentant un TSLE et plus particulièrement sur la mise en place collaborative du projet compensatoire.

Nous définirons dans un premier temps le trouble spécifique du langage écrit selon les modèles théoriques et les classifications internationales, nous détaillerons les pistes de remédiation du langage écrit et recenserons les acteurs partenaires du parcours de soin. Dans un second temps, nous interrogerons des orthophonistes et des ergothérapeutes à l'aide de questionnaires numériques et d'entretiens pour réaliser un état des lieux de leurs pratiques professionnelles concernant la mise en place du projet compensatoire pour leurs patients ainsi que sur leur partenariat éventuel pour cette tâche. Dans un dernier et troisième temps, nous réaliserons une analyse des données récoltées pour décrire les pratiques et relever les dynamisants et les freins à une éventuelle collaboration entre les deux professionnels lors de la mise en place du projet compensatoire.

## Contexte théorique

### 1. Le trouble spécifique du langage écrit (TSLE)

#### 1.1. Modèles théoriques de la lecture

Le processus de lecture est expliqué par le modèle à double voie de Coltheart et al. (2001). Il montre, grâce à une observation d'adultes dyslexiques, que la lecture d'un mot peut s'opérer selon deux voies de traitements différentes. La première, la voie lexicale, permet au lecteur de récupérer une représentation de la forme orthographique du mot présente dans un stock lexical en passant par

son sens pour pouvoir lire le mot. Cette voie permet de lire des mots connus ou qui ont déjà été lus. La seconde, la voie phonologique met en oeuvre un système de conversion graphème-phonème. Le mot est alors segmenté en graphèmes, chaque graphème est traduit en phonèmes et ces derniers sont assemblés pour permettre la production de la forme phonologique du mot. Cette seconde voie permet de lire des mots encore jamais rencontrés ou qui n'existent pas dans la langue française. Les deux voies sont indépendantes mais elles sont toutes deux activées lors du début du traitement et la plus efficace opère le processus de lecture en fonction du mot concerné (Coltheart et al., 2001). Le modèle à deux voies peut également illustrer le fonctionnement de l'écriture. En effet, la voie lexicale est utilisée pour transcrire un mot entendu lorsque celui-ci se trouve dans le lexique orthographique visuel du scripteur. La voie phonologique est utilisée lorsque le mot entendu n'a jamais été rencontré ou, dans certains cas, si le mot à écrire est un mot régulier. Les deux voies s'activent conjointement lors du début du traitement de l'écriture et la plus efficace est utilisée.

Selon le modèle à six pas de Frith (1986), la progression d'une procédure (lexicale ou phonologique) dans un domaine (lecture ou écriture) dépend de son niveau dans l'autre domaine. De ce fait, les procédures d'un normo lecteur progressent concurremment : la lecture ou l'écriture devient dynamisante l'une pour l'autre. Selon Frith (1986), la procédure lexicale est d'abord développée en lecture puis en écriture, contrairement à la procédure phonologique, qui se manifeste de prime abord en écriture. Cette interdépendance d'expertise entre les domaines explique que des difficultés puissent être conjointes en lecture et en orthographe (Casalis, 1995).

## **1.2. Définition du TSLE**

Le Trouble Spécifique du Langage Écrit (TSLE) fait partie des troubles spécifiques des apprentissages, répertoriés dans les troubles neurodéveloppementaux. Il est persistant et durable et s'exprime par une lenteur et/ou une inexactitude en lecture et/ou en orthographe. La spécificité du trouble est justifiée par le fait que les difficultés ne dépendent pas d'un autre (American Psychiatric Association et al., 2013). Les hypothèses sur les origines du TSLE sont nombreuses, néanmoins, la plus répandue est celle d'un déficit cognitif de nature phonologique, qui altère le traitement des sons de la parole et leur structuration en mémoire, ce qui cause des difficultés de conscience phonologique, de mémoire à court terme et de dénomination rapide (Martin & Colé, 2009). Dans la terminologie française, le TSLE est souvent employé sous le terme de « dyslexie » et/ou de « dysorthographe » (Launay, 2018) cependant, suite aux modifications des critères diagnostiques, ces termes ne sont plus d'usage. Nous parlerons donc exclusivement de TSLE dans ce mémoire.

## **1.3. Classifications et critères diagnostiques**

### **1.3.1. DSM-5**

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders est un ouvrage publié par la Société américaine de psychiatrie et catégorise les troubles mentaux spécifiques selon les classifications des maladies proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (American Psychiatric Association et al., 2015). Cette nomenclature exprime quatre critères pour déterminer la spécificité

du trouble de la lecture : la difficulté d'apprentissage doit persister depuis au moins six mois (critère A), les compétences de l'enfant doivent être inférieures au niveau attendu pour son âge pour les épreuves standardisées (critère B), les difficultés se manifestent quand la demande dépasse les capacités cognitives (critère C) et pour finir, aucune déficience intellectuelle, trouble sensoriel, neurologique ou mental, pédagogie inadaptée ou environnement psychosocial inadéquat ne peut expliquer le trouble (critère D).

### **1.3.2. CIM-11**

La Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes (CIM-11, 2023), rend compte des pathologies en mettant l'accent sur l'étiologie des troubles et leurs conséquences invalidantes (Daspét, 2016). La CIM-11 dissocie le trouble spécifique du langage écrit en deux types : le trouble développemental de l'apprentissage avec trouble de la lecture et celui avec trouble de l'expression écrite.

Le trouble développemental de l'apprentissage avec trouble de la lecture est une difficulté significative et persistante à acquérir des compétences scolaires relatives à la lecture de mots, comme l'exactitude en lecture de mots, la fluidité de lecture et sa compréhension. Le trouble développemental de l'apprentissage avec trouble de l'expression écrite quant à lui, s'exprime comme une difficulté significative et persistante des compétences scolaires liées à l'écriture, comme l'exactitude de l'orthographe, de la grammaire, de la ponctuation ainsi que la cohérence des idées écrites. Dans ces deux cas, les performances de l'individu sont inférieures à celles attendues pour son âge et son niveau de fonctionnement intellectuel. Ce trouble interfère avec les performances scolaires ou professionnelles et n'est pas causé par un trouble du développement intellectuel, un déficit sensoriel, un trouble neurologique, un manque d'accès à l'éducation ou de maîtrise de la langue, ni par un trouble psychosocial (CIM-11, 2023). Dans cette classification, le diagnostic du trouble de la lecture est prédominant en cas de comorbidité avec d'autres troubles des apprentissages comme ceux du calcul et de l'écriture, à la différence du DSM-5.

La classification de la CIM-11 a évolué en plusieurs points par rapport à la CIM-10, classification précédente qui avait vu le jour en 2008. La notion de persistance du trouble est abordée et le terme de « reconnaissance des mots » est remplacé par « lecture avec exactitude des mots ». Ce changement évoque une évolution dans la prise en compte du trouble et des processus mentaux qui opèrent pour la lecture. Cela suggère que l'individu est capable de reconnaître un mot mais que sa lecture peut être erronée. L'évolution la plus importante entre ces deux classifications réside dans le lien entre le trouble de la lecture et celui de l'expression écrite. En effet, la CIM-10 indiquait que le trouble de la lecture était fréquemment accompagné par des difficultés orthographiques et que le trouble de l'acquisition de l'orthographe s'exprimait indépendamment d'un contexte de trouble spécifique de la lecture. En revanche, la CIM-11 distingue clairement les deux types de troubles et aucun lien n'est évoqué entre les deux. De ce point de vue, le trouble développemental de l'apprentissage avec trouble de la lecture et celui avec trouble de l'expression écrite sont deux entités distinctes, qui peuvent s'exprimer conjointement ou indépendamment.



## **1.4. Diagnostic, signes cliniques et sévérité du TSLE**

Le diagnostic a pour but de qualifier une plainte, permettre une orientation vers les professionnels adéquats et mettre en place des aides pour soulager le handicap lié. Le diagnostic du TSLE se déroule en quatre étapes. Tout d'abord, il y a le repérage, où les signes d'alerte sont notés par les enseignants et/ou les parents. Ensuite, une consultation médicale initiale est effectuée pour recueillir l'historique médical de l'enfant et réaliser un examen clinique de base. Cette étape permet d'évaluer la plainte du patient et de décider des examens complémentaires nécessaires. Le dépistage est ensuite effectué par des professionnels de la santé, tels que les médecins de l'Education nationale ou de la protection maternelle et infantile (PMI), à l'aide d'outils standardisés pour confirmer le trouble. Enfin, le diagnostic est posé par un neuropédiatre, avec l'aide de bilans réalisés par d'autres professionnels tels que les orthophonistes ou les psychologues (HAS, 2017). Les évaluations réalisées par ces professionnels sont complémentaires entre elles et permettent une qualification du trouble très précise dans le but de clarifier le diagnostic.

Dans le cas de situations complexes pour lesquelles le diagnostic et la spécificité du trouble semblent délicats à apprécier et nécessiteraient une coordination pluridisciplinaire, une orientation vers une équipe de niveau trois dans les centres référents est possible (HAS, 2017). Appelés Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTL), ils permettent d'éclairer le diagnostic grâce à une réévaluation conjointe pluridisciplinaire, puis orientent et coordonnent la suite de la prise en soin (HAS, 2017). Ces centres ont vu le jour à la suite du rapport Ringard (2001) « plan d'action en faveur des enfants atteints d'un trouble spécifique du langage ». Le rôle de ces centres est d'assurer un meilleur dépistage des troubles pour les diagnostiquer le plus précocement possible et donc de rendre leur prise en soin plus efficace.

Les signes cliniques du TSLE sont multiples, varient d'une personne à l'autre et ont un impact sur la réussite scolaire, professionnelle et sur la vie quotidienne. Le TSLE se manifeste notamment par une lecture lente et inexacte, des erreurs en orthographe, ainsi que des difficultés pour épeler les mots (DSM-5, 2015). La compréhension écrite est par conséquent souvent problématique (Lyon et al., 2003) et Ramus (2012) ajoute que des difficultés à acquérir et automatiser les correspondances graphèmes-phonèmes peuvent être présentes.

Selon le DSM-5 (2015), la sévérité du TSLE peut être exprimée grâce à une échelle graduée, allant de « trouble léger » à « trouble grave ». Elle varie en fonction de la sémiologie du trouble, des ressources cognitives du patient, de ses capacités de compensation, de la précocité du diagnostic et de l'intensité des retentissements du trouble. Le TSLE est considéré comme sévère s'il empêche l'individu d'accéder au sens de ce qu'il lit et si les productions écrites sont inexactes et illisibles (Billard & Delteil-Pinton, 2010). Les acteurs de la prise en soin seront différents en fonction du degré de sévérité du trouble (Cado et al., 2019).

## **2. Pistes de remédiation du langage écrit**

Les répercussions du TSLE pour les individus atteints sont nombreuses : elles sont notamment psychologiques car le trouble entraîne une faible estime de soi, de la fatigabilité ou encore de l'anxiété. À l'âge adulte, un trouble mal compensé peut complexifier les tâches quotidiennes et administratives (Billard & Delteil-Pinton, 2010), c'est pourquoi il est nécessaire d'évaluer les retentissements du TSLE sur le quotidien pour déterminer le meilleur parcours de soin possible.

Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) est un cadre théorique utilisé en ergothérapie pour évaluer et appréhender la participation de l'individu dans ses occupations. Il explique la manière dont la performance occupationnelle influence la qualité de vie des individus, en mettant l'accent sur leur capacité de participation aux activités quotidiennes. Ce modèle prend en compte plusieurs facteurs interdépendants, comme l'occupation, l'environnement, la personne et la performance occupationnelle. Dans le contexte de la remédiation du langage écrit, le modèle MCRO guide les professionnels dans la mise en place de la rééducation et la réadaptation. Cette approche préconise un entraînement pour améliorer les capacités fonctionnelles, l'apport de stratégies de compensation pour surmonter les obstacles de participation, ainsi que l'adaptation de l'environnement. L'objectif principal est de permettre aux patients atteints de TSLE d'être autonomes dans leurs activités de lecture et d'écriture et de minimiser leurs limitations d'activité (Modèles de pratique en ergothérapie, s. d.).

### **2.1. Recommandations concernant le parcours de soin**

Le parcours de soin des patients atteints d'un TSLE a plusieurs objectifs : il permet une pose de diagnostic précis pour favoriser l'accès à une prise en charge adaptée et donc aux apprentissages et surtout il permet de limiter les situations de handicap (HAS, 2017). Le parcours de soins est organisé en trois niveaux. Au premier niveau, un médecin guide le parcours de soins de l'enfant et l'oriente vers les professionnels de santé appropriés, tels que les orthophonistes, les ergothérapeutes ou les psychologues, en fonction des besoins. Le deuxième niveau intervient en soutien au premier lorsque les difficultés nécessitent plusieurs intervenants, impliquant des spécialistes des troubles spécifiques des apprentissages composés de professionnels paramédicaux formés et/ou d'un neuropédiatre ou pédopsychiatre. Le troisième niveau est sollicité dans les situations les plus complexes, quand les troubles persistent malgré la rééducation ou lorsque le diagnostic est difficile à établir. Dans ce cas, le patient est orienté vers un Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA) pour coordonner la prise en charge et guider les professionnels et les parents tout au long du parcours de soins (HAS, 2017).

Les pistes de remédiation du TSLE sont multiples et dépendent de la sévérité du diagnostic orthophonique (Cado et al., 2019). Elles ne sont pas toujours menées par les mêmes professionnels mais doivent se coordonner et être exploitées conjointement pour optimiser la prise en soin du patient (HAS, 2017). Les pistes privilégiées dans le parcours de soin du patient atteint d'un TSLE sont la rééducation et la réadaptation.

## **2.2. Rééducation du langage écrit**

La rééducation est l'« action de rétablir l'usage normal d'une fonction, d'un membre ou d'un organe après une blessure ou une affection, ou chez un sujet qui souffre d'une déficience ou d'une infirmité » (CNRTL, 2012). La rééducation du TSLE permet d'améliorer des compétences acquises dans le système scolaire classique avec une approche différente (INSERM, 2007) et est principalement assurée par l'orthophoniste (Habib, 2018). Elle est adaptée à chaque patient, à la spécificité du trouble, à son intensité et à ses répercussions sur le quotidien (INSERM, 2007). Cette rééducation se compose d'un entraînement aux compétences nécessaires à l'apprentissage du langage écrit. Les aptitudes phonologiques sont développées avec des exercices de conversion graphophonologique, un travail des compétences métaphonologiques et audiophonologiques, ainsi qu'un entraînement à la dénomination rapide. Ensuite, les aptitudes morphologiques sont mises en place avec l'utilisation de stratégies métacognitives et d'apprentissage implicite. Enfin, la rééducation se compose d'un entraînement des capacités visuo-attentionnelles (Leduc, 2022).

## **2.3. Réadaptation du langage écrit**

La réadaptation est « adapter quelque chose à de nouvelles conditions, à un changement » (CNRTL, 2012), elle est définie comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement » (Réadaptation, s. d.). La prise en soin réadaptative consiste ainsi à aménager les lieux de vie des patients pour suppléer leurs difficultés, dans le but de favoriser leur intégration dans l'environnement (Delaisse et al., 2022). Les professionnels qui pratiquent la réadaptation du TSLE sont les ergothérapeutes et ils interviennent principalement dans le milieu scolaire et au domicile familial (Delaisse et al., 2022).

### **2.3.1. Compensation du langage écrit**

Le dispositif de compensation des troubles soutient les élèves dans leur parcours scolaire (Bacqué, 2015), principalement à travers l'utilisation d'outils informatiques tels que les ordinateurs ou les tablettes, accompagnés de logiciels appropriés, appelés matériels pédagogiques adaptés. Cette approche est recommandée pour les troubles sévères, quand l'enfant a besoin d'aide pour comprendre le texte ou rendre les transcriptions lisibles. Sous réserve d'un contexte environnemental favorable et d'un bilan ergothérapeutique (Cado et al., 2019), ces outils peuvent être intégrés dans un projet personnalisé de scolarisation (PPS). Ces solutions numériques de suppléance mentale permettent une meilleure accessibilité aux activités faisant appel au langage écrit.

Les productions des élèves présentant un TSLE, pour qui le transfert des idées à l'écrit est très coûteux, peuvent être optimisées et perfectionnées grâce à la fonction augmentative des outils informatiques (Sagot, 2008). La démarche de préconisation de Cado et al. (2019) indique trois cas de figure pour le choix de l'outil de compensation pour améliorer la lisibilité en transcription. Premièrement, si les écrits sont lisibles mais que l'exactitude et/ou la vitesse d'écriture est atteinte et que la gêne persiste, il est possible d'utiliser des outils informatiques pour la rédaction en classe ou à domicile (Cado et al., 2019). On retrouve notamment le prédicteur de mots qui tient compte

des erreurs d'usage et propose un choix de mots relatif aux lettres initialement sélectionnées (Bacquelé, 2015) ou encore le correcteur orthographique. Deuxièmement, lorsque la lisibilité des productions écrites est entravée par le TSLE, les outils sont déterminés en fonction du type d'erreurs (phonologique, lexicale, ou syntaxique) (Cado et al., 2019). Le prédicteur et/ou correcteur de mots, ainsi que le scanner qui numérise les documents, couplé à un retour vocal qui permet de faciliter la relecture grâce à une voix de synthèse (Bacquelé, 2015) pourront être recommandés. Troisièmement, si la transcription est impossible (Cado et al., 2019), le patient pourra avoir recours à la dictée vocale en fonction de ses capacités en langage oral, qui lui permettra d'exprimer ses idées à l'écrit sans avoir recours à la transcription (Sagot, 2008). Ces outils sont parfois employés avec un casque audio ou un micro-casque pour faciliter leur utilisation en classe (Cado et al., 2019). Cette démarche est également pertinente lorsque le patient évoque une plainte en compréhension écrite. Le bilan orthophonique détermine la sévérité de l'atteinte de l'accès au sens pour permettre à l'ergothérapeute de préconiser des outils adaptés tels que la synthèse vocale associée à la souris scanner, ainsi que le retour vocal pour la relecture.

Dans le cas où le trouble est sévère, que le patient dépend d'un tiers pour l'accès au sens ou pour améliorer la lisibilité des transcriptions mais que son profil psycho-affectif et motivationnel et son environnement ne sont pas facilitateurs, il existe un autre moyen de compensation du TSLE, qui est l'aide humaine. Au sein du PPS, un Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap (AESH) peut être préconisé pour accompagner l'élève en classe et pallier les déficits en lecture et en transcription, en lisant les énoncés et/ou en rédigeant les idées de l'élève (Cado et al., 2019).

### **2.3.2. Aménagements et adaptations pédagogiques**

Un aménagement est « l'action d'adapter, modifier quelque chose de manière à le rendre plus adéquat » (CNRTL, 2012). Lorsqu'un élève présente un TSLE, des mesures d'aménagement existent dans le but de favoriser ses apprentissages et sa réussite, en freinant les difficultés liées à la lecture ou l'écriture (Delaisse et al., 2022).

L'orthophoniste, qui a au préalable effectué des bilans pour aiguiller le diagnostic, peut préconiser des aménagements aux enseignants, qui seront les principaux acteurs de la mise en place des adaptations. En ce qui concerne la transcription, d'après l'arbre décisionnel de Cado et al. (2019), lorsque les écrits sont lisibles mais que l'exactitude et/ou la vitesse d'écriture est atteinte, il est souhaitable de mettre en place les aménagements grâce au Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP), comme l'allègement de l'écrit avec des textes à trous, ou la limitation des exigences orthographiques dans les tâches écrites. Pour la lecture, dans le cas où le TSLE entraîne une lenteur, un manque de fluidité et/ou des erreurs sans entraver la compréhension, un aménagement de temps peut être accordé à l'élève (Cado et al., 2019).

Dans le cas où le trouble est sévère, il est possible de proposer une orientation spécialisée comme les classes Dys, ou ULIS-TSL (Troubles Spécifiques du Langage) (Cado et al., 2019).

### **3. Les acteurs de la mise en place du projet compensatoire : les missions de l'orthophoniste et de l'ergothérapeute**

Le parcours de soin du patient atteint d'un TSLE et les différentes pistes de remédiation sont permis grâce à plusieurs acteurs. Au cœur du parcours de soin, l'enfant et sa famille jouent un rôle crucial dans le projet compensatoire, leur implication étant essentielle à son efficacité. Le partenariat familial, défini comme une collaboration entre les thérapeutes et la famille (Pelchat & Lefebvre, 2006), permet d'établir conjointement les objectifs de soin. En tant qu'experte de son enfant, la famille devient un partenaire indispensable pour aider les professionnels à sélectionner et à mettre en œuvre un outil compensatoire. Les enseignants jouent également un rôle essentiel en observant directement les difficultés des élèves pendant les apprentissages, permettant ainsi une expertise pédagogique et une coordination entre les prises en soin médicales, paramédicales et les apprentissages. En outre, les professionnels paramédicaux ont pour mission d'une part, de contextualiser le trouble grâce aux évaluations et de mener les rééducations demandées par le médecin référent d'autre part (HAS, 2017). Dans cette entente, il est préférable que chacun connaisse les compétences et l'expertise de l'autre et qu'un climat de confiance soit établi (Pelchat & Lefebvre, 2006). La prise en soin du TSLE doit être pluridisciplinaire et coordonnée par un médecin pour qu'elle soit efficace, et d'autant plus lors de la démarche de préconisation d'un matériel pédagogique adapté pour un patient présentant un TSLE (Cado et al., 2019).

#### **3.1. Le rôle de l'orthophoniste dans le projet compensatoire**

L'orthophoniste est un professionnel de santé qui prévient, repère et traite les troubles du langage oral et écrit, de la parole et de la voix. C'est le principal professionnel vers lequel les patients présentant un trouble du langage écrit sont orientés (Ameli, 2023) et selon Bacqué (2015), il assure une rééducation et un suivi quasi systématiques en cas de diagnostic de TSLE. Il élabore des programmes de rééducation en s'adaptant au profil du patient et les met en place (Ameli, 2023).

Selon la HAS (2017), l'orthophoniste peut réaliser un bilan de langage écrit dès la Classe Préparatoire (CP) dans le cas où un patient n'entre pas dans le langage écrit au même rythme que les enfants de son âge et s'il possède des antécédents familiaux de trouble du langage. Dans le cadre d'une plainte en langage écrit, il évalue la précision et la vitesse de lecture, l'orthographe et la vitesse en transcription et la compréhension des énoncés écrits. Grâce aux difficultés observées lors du bilan, il indique les capacités de compensation du patient et établit un pronostic évolutif des troubles (Cado et al., 2019). Le bilan orthophonique permet de participer à la pose de diagnostic de TSLE et détermine la sévérité du trouble en langage écrit. Cette dernière oriente la suite de la prise en soin et notamment les préconisations du projet compensatoire (Cado et al., 2019). L'orthophoniste peut débiter la prise en soin des troubles du langage écrit dès la moitié de l'année scolaire de CP si aucune amélioration en lecture n'est constatée et si le décodage ne s'est pas mis en place au deuxième trimestre de CP malgré les adaptations scolaires (INSERM, s.d.). L'intervention orthophonique dans le cadre du projet compensatoire consiste en une rééducation du langage écrit (Habib, 2018), mais il doit également veiller à l'intégration de l'outil de compensation recommandé par l'ergothérapeute au sein de la prise en soin pour permettre au patient de s'appuyer sur l'aide prothétique lors des séances, comme il pourrait le faire en classe.

### **3.2. Le rôle de l'ergothérapeute au sein du projet compensatoire**

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui a pour rôle de maintenir, restaurer et d'améliorer l'autonomie et la participation du patient aux activités quotidiennes. Il prévient, diminue ou élimine les situations de handicap (Delaisse et al., 2022)

Dans le cadre du projet compensatoire du TSLE, l'ergothérapeute est le spécialiste du bilan de l'autonomie du patient : il détermine ainsi les outils adaptés lorsque la sévérité du TSLE le nécessite. L'ergothérapeute préconise les outils en fonction des besoins d'utilisation en classe, de la manipulation des supports donnés par les enseignants et des potentialités de l'enfant (Cado et al., 2019). L'ergothérapeute assure de surcroît un suivi bimensuel ou hebdomadaire du patient atteint d'un TSLE durant une à deux années, dans le but de lui permettre un apprentissage individualisé de l'utilisation de l'outil de compensation qui lui a été préconisé. Afin que l'outil choisi puisse aider le patient, il est essentiel qu'il puisse l'utiliser de manière autonome et efficace (Thévenon & Blanchard, 2003). Cela implique l'apprentissage de la frappe au clavier avec les deux mains, la compréhension du fonctionnement du système d'exploitation, ainsi que de la maîtrise des logiciels de traitement de texte, de prédiction et de numérisation (Despres, 2010). Ce suivi permet de favoriser une intégration progressive de l'outil en milieu scolaire, en parallèle de la rééducation orthophonique (Cado et al., 2019).

### **3.3. La collaboration pluridisciplinaire**

Le terme collaboration, issu du latin "collaborare", exprime l'idée de travailler ensemble. Il implique que plusieurs individus mettent en commun leurs compétences tout en partageant une vision commune de l'objectif à atteindre (Aumais, Laflamme & Venne, 2012). Cette vision partagée est cruciale car elle sous-tend une interdépendance entre les professionnels, où chacun contribue au projet avec ses propres compétences et expériences cliniques, tout en tenant compte des autres, de leurs savoirs et savoir-faire. C'est précisément ce que recommande la HAS (2017) pour la prise en soin des patients atteints de TSLE. En effet, elle préconise la coordination et l'exploitation conjointe des interventions thérapeutiques entre les professionnels, notamment entre l'orthophoniste et l'ergothérapeute, pour améliorer l'efficacité de la remédiation du TSLE.

## **Buts et hypothèses**

Les rôles et pratiques des ergothérapeutes et des orthophonistes sont complémentaires dans la mise en place des moyens compensatoires pour les patients présentant un TSLE de par la formation initiale de ces professionnels et leur champ de compétences respectif. Les auteurs s'accordent à dire

qu'un projet conjoint et une collaboration pluridisciplinaire pour la mise en place des aménagements est nécessaire pour une prise en soin efficace et complète du patient atteint d'un TSLE. Cette entente pluridisciplinaire existe dans certaines structures telles que le CRDTA comme le détaille l'article de Cado et al. (2019). Cependant, les travaux de Bacquélé (2015) laissent entendre que la réalité des pratiques en est tout autre. Nous nous interrogeons alors sur l'existence de la complémentarité interprofessionnelle entre l'orthophoniste et l'ergothérapeute et sur la collaboration entre ces professionnels lors de la mise en place d'un projet compensatoire chez un enfant présentant un TSLE.

Le but de cette étude est de savoir si des relations s'établissent entre les professionnels de tous les milieux d'exercice, s'ils se considèrent comme partenaires et l'état leurs pratiques le cas échéant. S'il ressort de nos recherches que la collaboration ne s'établit pas entre eux, cette étude nous permettra de connaître les raisons, voire les barrières qui empêchent cet échange.

En basant notre réflexion sur les données de la littérature à propos du champ de compétences des orthophonistes et des ergothérapeutes et des recommandations nationales, nous pouvons émettre plusieurs hypothèses :

**H1** : Les professionnels travaillent conjointement pour la mise en place des moyens compensatoires des patients présentant un TSLE dans tous les milieux d'exercice.

**H2** : Les professionnels exerçant en institution travaillent davantage conjointement pour la mise en place des moyens compensatoires des patients présentant un TSLE que dans le milieu libéral.

**H3** : Il existe un manque de coordination interprofessionnelle dans le type d'exercice libéral dû à :

**H3a** : Un manque de temps pour ces échanges interprofessionnels.

**H3b** : Un manque de reconnaissance financière pour le temps alloué à cette collaboration.

**H3c** : Une méconnaissance du champ de compétences de l'autre professionnel.

## **Méthode**

Afin de réaliser un état des lieux des pratiques des orthophonistes et des ergothérapeutes et de leur collaboration concernant la mise en place du matériel pédagogique adapté chez les patients présentant un TSLE, deux phases d'étude ont été mises en place. Dans un premier temps, nous avons diffusé un questionnaire, puis dans un second temps, nous avons réalisé des entretiens avec les répondants volontaires.

### **1. Population cible et lieu de l'étude**

Pour prendre part à cette étude, les participants ont été sélectionnés selon des critères d'inclusion : ils devaient exercer la profession d'orthophoniste ou d'ergothérapeute, pratiquer en France et prendre en soin des patients présentant un TSLE. Seuls les professionnels qui nous ont donné leur accord et nous ont laissé leurs coordonnées via le second questionnaire, ont fait partie de l'échantillon de la deuxième phase de l'étude avec l'entretien.

## **2. Matériel**

### **2.1. Questionnaire**

Les réponses des questionnaires ont pour but d'apporter des résultats aux hypothèses formulées. Afin de recueillir les données nécessaires à cette étude de façon optimisée et surtout, de permettre de toucher un public exerçant sur l'ensemble de la métropole française et des régions d'outre-mer, nous avons créé un questionnaire en ligne, ainsi nous parlerons donc d' « enquête auto-administrée ». Ce questionnaire a été construit grâce au site Lime Survey : cet outil permet de sécuriser et anonymiser les informations des participants.

### **2.2. Entretien semi-dirigé**

Les participants qui nous ont donné leur accord et leurs coordonnées ont été contactés dans le but d'approfondir les données qu'ils ont transmises lors du questionnaire. Lors de l'entretien semi-directif, le participant était orienté vers des thèmes pensés par l'interviewer et la parole lui est laissée pour étayer ses propos et s'exprimer sans contrainte (Fenneteau, 2015). Nous avons ainsi pu recueillir davantage de données qualitatives pour étayer les hypothèses de notre étude. Nous avons souhaité interroger des orthophonistes et ergothérapeutes qui réalisent une mise en place des moyens compensatoires en collaboration avec l'autre professionnel, ainsi que des orthophonistes et ergothérapeutes qui ne nouent pas de lien interdisciplinaire lors de ce projet.

## **3. Procédure**

### **3.1. La création du questionnaire**

Un même questionnaire (cf. Annexe 1) était destiné aux orthophonistes et aux ergothérapeutes et des questions avec conditions filtraient les questions proposées pour les adapter à la profession concernée. La forme des questions et leur vocabulaire ont été spécifiquement choisis pour permettre aux répondants de se sentir concernés. Les questions étaient pour la plupart fermées et se présentaient sous forme de question à choix unique ou multiple et d'échelles de Lickert. Quelques questions étaient semi-ouvertes : choix unique ou multiple parmi plusieurs propositions avec la possibilité de préciser les réponses par écrit. Certaines questions étaient ouvertes pour permettre aux participants de développer l'explication de leurs pratiques et d'exprimer leur avis sans l'influence de suggestions. Quarante-trois questions ont été créées au total, mais le nombre de questions accessibles était variable en fonction des réponses données grâce aux questions-filtres et conditions. Ainsi, chaque participant a répondu au plus à trente-trois questions, et cela dans le but de limiter le temps de remplissage pour les participants à une quinzaine de minutes maximum.

Les questions portaient sur quatre grands thèmes :

Le thème I « Profil du participant » comportait quatorze questions et permettait de dresser le portrait du répondant et étudier l'influence du sexe, de l'âge, du nombre d'années d'exercice, de la



formation initiale, du type d'exercice et du lieu d'exercice sur les pratiques professionnelles.

Le thème II : « relations interprofessionnelles et lien spécifique orthophoniste-ergothérapeute » comportait vingt questions et contribuait à établir si une collaboration s'opère entre l'orthophoniste et l'ergothérapeute lors des projets de mise en place des moyens compensatoires chez les patients atteints d'un TSLE et étudier les freins et les limites à ce partenariat ;

Le thème III : « Pratique professionnelle dans la prise en soin du TSLE » comportait trois questions pour déterminer les différences de pratiques entre les orthophonistes et les ergothérapeutes ;

Le thème IV : « Consensus à propos des notions théoriques » comportait cinq questions pour savoir comment les professionnels définissent les notions théoriques abordées dans ce mémoire.

Pour finir, nous avons demandé aux participants s'ils souhaitaient poursuivre l'étude via un entretien. Si leur réponse était positive, ils étaient automatiquement dirigés vers un second questionnaire, dans lequel ils pouvaient nous transmettre leurs coordonnées, afin de garantir l'anonymat du premier questionnaire.

### **3.2. La diffusion du questionnaire**

La création du questionnaire sur Lime Survey a permis de simplifier sa diffusion en ligne. Après la validation de la commission Déléguée à la Protection des Données (DPO), le lien du questionnaire a été transmis via une lettre d'information (cf. Annexe 2) mentionnant le thème du mémoire, la durée et le délai de remplissage, ainsi que la possibilité d'obtenir les résultats de cette étude lorsqu'elle serait terminée (Berthier, 2010).

Pour la diffusion du questionnaire, cette lettre d'information a été transmise aux syndicats régionaux des orthophonistes et aux délégations territoriales des ergothérapeutes par e-mail, et à des contacts professionnels exerçant la profession d'orthophoniste ou d'ergothérapeute rencontrés au cours de la formation. Le lien du questionnaire a également été partagé sur plusieurs groupes du réseau social Facebook pour faciliter sa diffusion en ligne à grande échelle. La diffusion a été lancée le 15/01/2024 et le questionnaire est resté actif en ligne jusqu'au 22/02/2024. Un e-mail de relance a été adressé aux syndicats et délégations et un message de relance sur les réseaux sociaux a été publié dix jours avant la clôture du questionnaire.

### **3.3. La création de l'entretien**

L'entretien se compose, au même titre que le questionnaire, d'une trame unique (cf. Annexe 3) pour les orthophonistes et les ergothérapeutes, avec un vocabulaire adapté en fonction du professionnel concerné. L'entretien est davantage axé sur les pratiques professionnelles et sur la collaboration pluridisciplinaire. Les questions posées avaient pour objectif de connaître leurs pratiques de collaboration, les ressentis des professionnels et les raisons de l'existence ou non du lien interprofessionnel pour la mise en place des projets compensatoires des patients atteints de TSLE.

### **3.4. Modifications de la trame d'entretien**

Avant de débiter les entretiens, une phase expérimentale de la trame d'entretien a été

réalisée : les questions ont été administrées à une orthophoniste et ses commentaires nous ont permis d'ajuster le vocabulaire et de rendre l'organisation des questions pertinente. Nous avons notamment ajouté des exemples pour la question numéro une et des définitions pour les questions numéro trois et six. La phase des entretiens a débuté le 16/02/2024, après avoir pris contact avec les répondants par mail grâce aux coordonnées qu'ils nous ont communiquées dans le second questionnaire et s'est terminée le 19/03/2024.

## **4. Méthode d'analyse des réponses**

### **4.1. Analyse des réponses des questionnaires**

Les réponses du questionnaire ont été transmises par le site Lime Survey et ont été analysées selon le type de question. Premièrement, les questions fermées ont été étudiées quantitativement avec des pourcentages déterminés en fonction du nombre de participants orthophonistes et ergothérapeutes. Des tableaux croisés dynamiques et des graphiques ont été créés pour permettre une meilleure visualisation des données chiffrées. Ensuite, les réponses aux questions ouvertes ont été analysées, regroupées par occurrences et expliquées avec une approche descriptive pour obtenir des résultats qualitatifs. Pour finir, les questions semi-ouvertes ont été analysées en alliant les méthodes quantitatives et qualitatives.

### **4.2. Analyse des réponses des entretiens**

Chaque entretien a été retranscrit de manière exhaustive, en utilisant les enregistrements du Dictaphone et l'outil de transcription écrite de fichiers audiologiques Noota, puis révisé manuellement. Pour les analyser, nous avons d'abord, pour chaque question, mis en relation les réponses des professionnels et les hypothèses de ce mémoire. Nous avons ainsi pu repérer les occurrences d'une même idée dans les différentes entrevues. Nous avons également ajouté les idées additionnelles ne faisant pas partie des hypothèses initiales de l'étude pour chaque question. Le tableau synthétisant notre analyse figure en annexe (cf. Annexes 7, 8 et 9).

## **Résultats**

### **1. Réponses issues du questionnaire**

Nous avons obtenu un total de 119 réponses, dont 91 complètes et 28 partielles. Pour des raisons méthodologiques, seules les réponses complètes ont été analysées. Pour faciliter la lecture des données chiffrées, les résultats quantitatifs sont dotés d'un code couleur : les données en bleu correspondent aux **orthophonistes** et les données en vert correspondent aux **ergothérapeutes**. Ce code couleur est également appliqué aux figures. Certains résultats sont exprimés en pourcentages, arrondis à l'unité la plus proche.

#### **1.1. Description de l'échantillon**

La France compte actuellement environ **24 600** orthophonistes et **14 930** ergothérapeutes

depuis le 1er janvier 2023, selon la Direction de la Recherche, des études, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Pour cette étude, 62 orthophonistes ont répondu au questionnaire, représentant ainsi environ 0,25% de l'ensemble des orthophonistes français, tandis que 29 ergothérapeutes ont participé, soit environ 0,19% des ergothérapeutes français. Le nombre de réponses est comparable, car l'échantillon est considéré comme homogène et proportionnel à la population professionnelle en France.

### 1.1.1. Les orthophonistes

L'échantillon se compose de 61 femmes et 1 homme, âgés de 24 à 59 ans. Parmi ces orthophonistes, on en compte 16 âgés de 24 à 29 ans ; 20 âgés de 30 à 39 ans ; 17 âgés de 40 à 49 ans et 9 âgés de 50 à 59 ans (cf. Annexe 4). Dans cet échantillon, 82% des orthophonistes (N=51) ont suivi leur formation initiale en France, et 18% en Belgique (N=11) (cf. Annexe 4). Près de la moitié (47%) a été diplômée en 2013 ou plus tard (N = 29) (cf. Annexe 4).

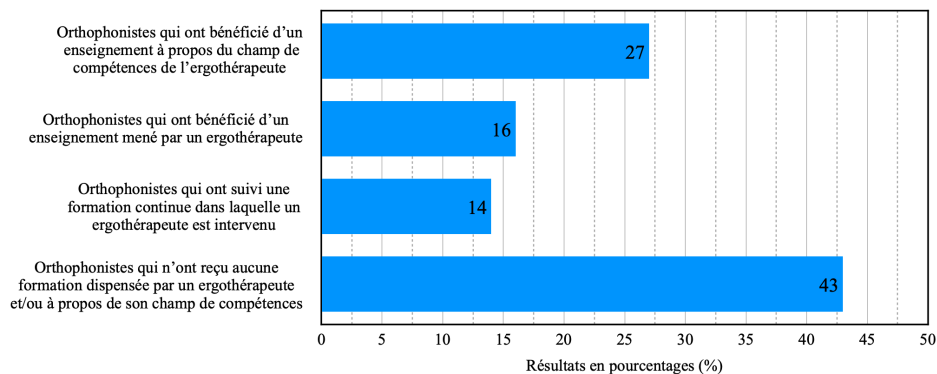
Les orthophonistes qui ont répondu au questionnaire exercent sur l'ensemble du territoire français, à l'exception des régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Corse et Pays-de-la-Loire. Près de 42% des professionnels répondants exercent en Nouvelle-Aquitaine (N=26) (cf. Annexe 4).

Les répondants exercent pour 75% d'entre eux en milieu libéral (N=47) contre 16% en milieu salarial (N=10). Les 8% restants ont une pratique mixte, qui allie, sur une même période donnée, un exercice libéral et salarial (N=5) (cf. Annexe 4). Cette proportion de répondants est entièrement représentative des modes d'exercices dans la population générale des orthophonistes français, car selon la DREES, environ 85% des orthophonistes ont une activité libérale ou mixte et 15% sont salariés (DREES, 2023).

On note que plus de la moitié (57%) des orthophonistes ont reçu un enseignement en rapport avec l'ergothérapie au cours de leur formation initiale et continue. Ces données sont représentées par la Figure 1.

### 1.1.2. Les ergothérapeutes

L'échantillon se compose de 26 femmes et 3 hommes, âgés de 21 à 53 ans. Parmi ces ergothérapeutes, on en compte 13 âgés de 21 à 29 ans ; 10 âgés de 30 à 39 ans ; 4 âgés de 40 à 49



**Figure 1.** Proportion des orthophonistes répondants selon les enseignements reçus en formation initiale et continue.

ans et 2 âgés de 50 à 59 ans (cf. Annexe 5). Dans cet échantillon, 86% des ergothérapeutes (N=25)

ont reçu une formation initiale en France, 10% (N=3) en Belgique et un au Portugal (cf. Annexe 5).

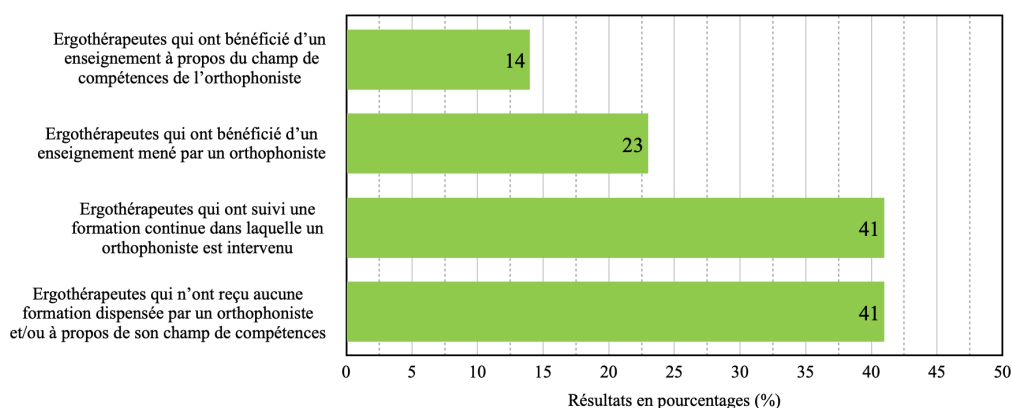
Plus de la moitié (59%) a été diplômée en 2013 et après (N = 17) (cf. Annexe 5). Les répondants exercent sur l'ensemble du territoire français, à l'exception des régions Bretagne, Corse, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Outre-Mer et Pays-de-la-Loire. La région la plus représentée est Bourgogne-Franche-Comté, avec 24% (N=7) (cf. Annexe 5).

Les répondants exercent pour 55% d'entre eux en milieu libéral (N=16) et à 24% en milieu salarial (N=7). Les 21% restants (N=6) ont une pratique mixte (cf. Annexe 5). On note une sur-représentation des ergothérapeutes libéraux par rapport à la représentation des modes d'exercices dans la population générale des ergothérapeutes français : 19% des ergothérapeutes ont une activité libérale ou mixte et 81% sont salariés (DREES, 2023). Cela limite la représentativité de cet échantillon. Néanmoins, cela concorde avec les critères d'inclusion des professionnels recrutés : les patients présentant un TSLE sont majoritairement pris en soin en exercice libéral.

Enfin, la proportion d'ergothérapeutes qui ont reçu un enseignement en rapport avec l'orthophonie au cours de leur formation initiale et continue est supérieure à la moitié (59%) et est représentée par la Figure 2.

## 1.2. Consensus sur les notions théoriques

Les notions théoriques ne faisant pas consensus dans la littérature, nous avons souhaité interroger les professionnels répondants sur leurs connaissances des notions de « réadaptation »,



**Figure 2.** Proportion des ergothérapeutes répondants selon les enseignements reçus en formation initiale et continue.

« compensation » et « aménagement ».

Les participants bénéficiaient d'une zone de texte libre pour rédiger leurs réponses. Parmi les répondants, 21% des orthophonistes (N=13) et 5% des ergothérapeutes (N=1) pensent que ces notions sont synonymes et permettent de favoriser les apprentissages, améliorer la motivation et pallier les difficultés. La Figure 3 synthétise les définitions données par les professionnels et nous permet de comparer les points de vue des orthophonistes et des ergothérapeutes concernant les notions de réadaptation, compensation et aménagement.

À la suite à cette partie d'expression libre, et après leur avoir donné une définition des termes évoqués dans la partie 2. du Contexte Théorique pour que les résultats soient exploitables, nous avons questionné les professionnels sur leurs pratiques. Il s'avère que 37% des orthophonistes et

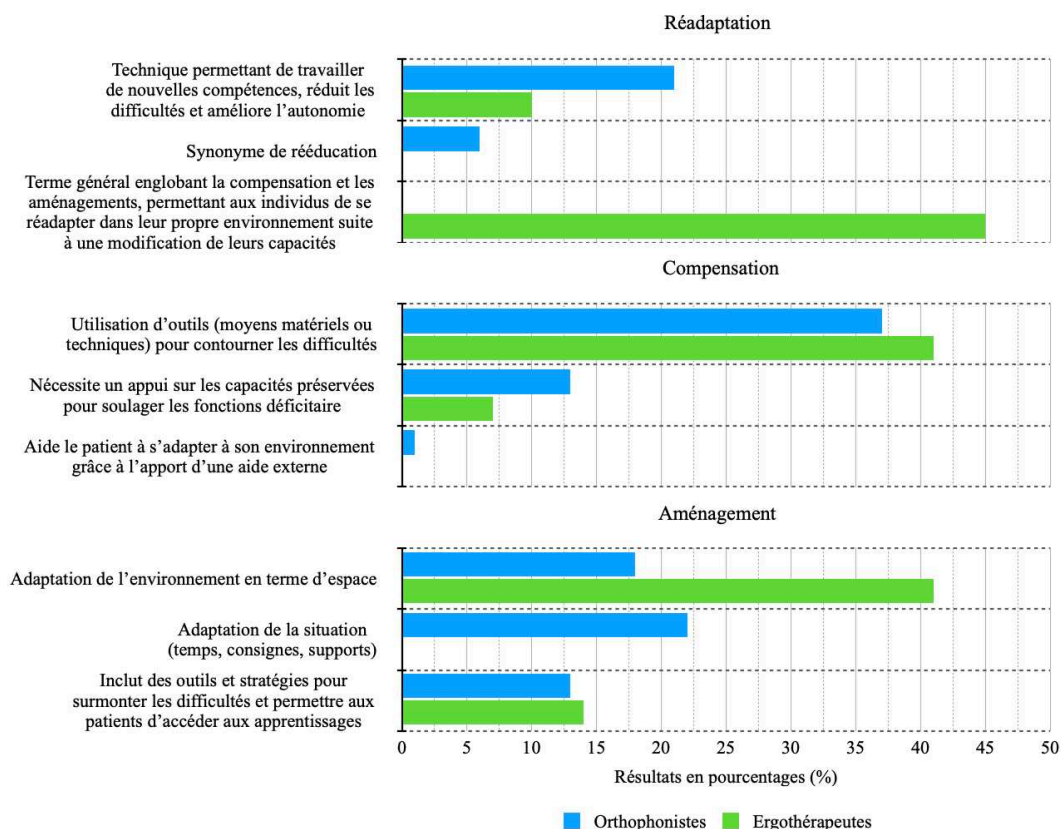


Figure 3. Consensus à propos des notions théoriques.

76% des ergothérapeutes pratiquent la réadaptation ; 60% des orthophonistes et 96% des ergothérapeutes pratiquent la compensation ; et 89% des orthophonistes et 93% des ergothérapeutes mettent en place des aménagements pour leurs patients présentant un TSLE.

### 1.3. Etude des relations interprofessionnelles

Nous avons souhaité étudier les pratiques des orthophonistes et des ergothérapeutes en matière de collaboration avec d'autres professionnels partenaires dans le cadre du TSLE, le terme « partenaire » signifiant qu'ils communiquent à propos d'un même patient qu'ils suivent tous les deux, et pour lequel leur prise en charge est coordonnée en fonction de leurs spécialités.

Presque la totalité des orthophonistes (N=61) et ergothérapeutes répondants (N=28) déclarent avoir au moins un partenaire et en moyenne, les orthophonistes collaborent avec 4,5 partenaires, contre 5,3 chez les ergothérapeutes. Dans le cadre précis de la prise en soin des patients présentant un TSLE. Les orthophonistes répondants déclarent en moyenne 1,5 partenaire dans le cadre du TSLE et 42% d'entre eux (N=26) affirment ne pas avoir de partenaire dans ce contexte. Les ergothérapeutes quant à eux, déclarent en moyenne 1,9 partenaire dans le cadre du TSLE et seuls 17% (N=5) n'ont aucun partenaire dans le cadre de cette prise en soin.

La Figure 4 montre que les collaborateurs privilégiés par les orthophonistes dans ce cadre sont l'ergothérapeute (39%, N=24) et le professionnel de l'Education nationale (35%, N= 22). Ce dernier fait également partie des partenaires favorisés par les ergothérapeutes (62%, N= 18), tout comme

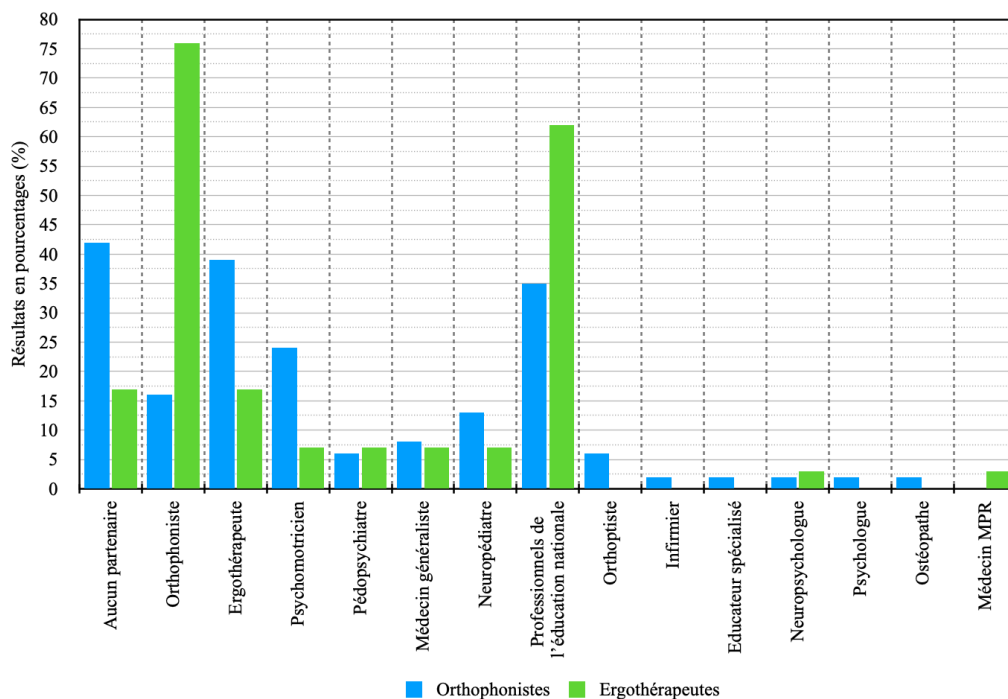


Figure 4. Partenaires des professionnels pour la prise en soin des patients présentant un TSLE.

l'orthophoniste (76%, N=22). On note une différence notable des pratiques entre les orthophonistes et les ergothérapeutes concernant leurs partenaires généraux : selon cette étude, les ergothérapeutes ne font pas partie des professionnels avec lesquels les orthophonistes collaborent le plus, et seuls 45% des orthophonistes déclarent collaborer avec un ergothérapeute, contrairement aux ergothérapeutes, parmi lesquels, 76% déclarent collaborer avec un orthophoniste (N=22) dans un cadre de prise en soin général.

Nous avons demandé aux professionnels s'ils pensent que la collaboration avec l'ergothérapeute est gage de pertinence dans la mise en place des moyens compensatoires.

Pour 70% des orthophonistes répondants (N=45), la collaboration est « souvent » ou « la plupart du temps » pertinente dans le cadre de la prise en soin de leurs patients présentant un TSLE. Qu'ils collaborent ou non avec l'ergothérapeute, ils indiquent que la collaboration avec ce dernier permet de mieux cerner le trouble de leur patient, d'augmenter les chances de trouver un outil en adéquation avec le profil du patient et d'améliorer l'assimilation de l'outil dans son quotidien. Seuls cinq orthophonistes (dont quatre qui déclarent ne pas collaborer avec l'ergothérapeute) pensent que la collaboration n'est « jamais » pertinente ou ne l'est que « rarement ». Seul un orthophoniste justifie cette réponse en indiquant qu'il n'est pas convaincu par l'efficacité de l'intervention de l'ergothérapeute dans le cadre du TSLE car les moyens compensatoires mis en place n'étaient pas adéquats. Pour 80% des ergothérapeutes répondants (N=23), la collaboration est « souvent » ou « la plupart du temps » pertinente dans le cadre de la prise en soin de leurs patients présentant un TSLE. Pour les ergothérapeutes, la collaboration avec l'orthophoniste se justifie par le fait que les connaissances des deux professionnels sont complémentaires pour comprendre davantage le patient : l'orthophoniste complète leurs connaissances concernant l'autonomie du patient et les outils disponibles par des indications sur le fonctionnement du trouble du patient. De plus, cette complémentarité permet, selon les ergothérapeutes, de rendre le projet du patient cohérent en poursuivant un objectif commun lors de situations complexes et de faire évoluer plus efficacement l'outil compensatoire avec les besoins du patient. Aucun ergothérapeute n'a répondu que la

collaboration n'est « jamais » pertinente ou ne l'est que « rarement » et six ergothérapeutes n'ont pas donné de réponse à cette question.

### 1.3.1. Quand la collaboration orthophoniste-ergothérapeute s'opère

Selon cette étude, 38 % des orthophonistes (N=24) déclarent collaborer avec un ergothérapeute et 75 % des ergothérapeutes (N=22) déclarent collaborer avec l'orthophoniste dans le cadre de la prise en soin de leurs patients présentant un TSLE. Nous avons demandé à ces professionnels quels sont, selon eux, les avantages à collaborer ensemble pour la mise en place des outils compensatoires chez les TSLE. Voici une représentation des différentes réponses spontanées données par les professionnels (cf. Figure 5).

Les données recueillies permettent de constater que les avis des orthophonistes et des ergothérapeutes et leur vision globale convergent concernant les avantages de leur collaboration pour la prise en soin des patient TSLE.

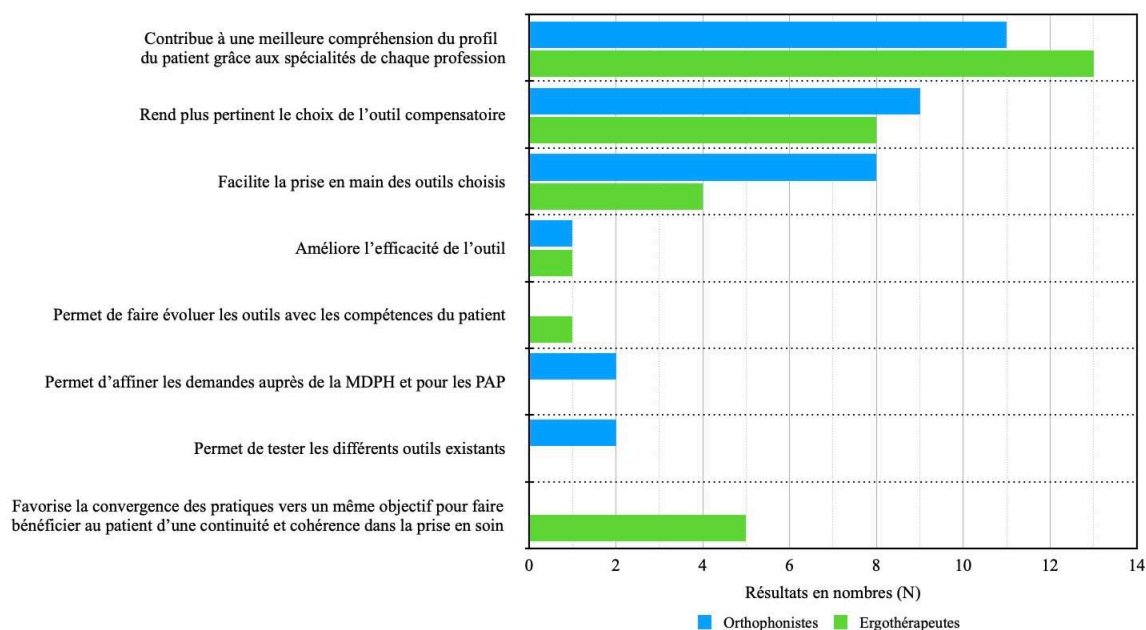
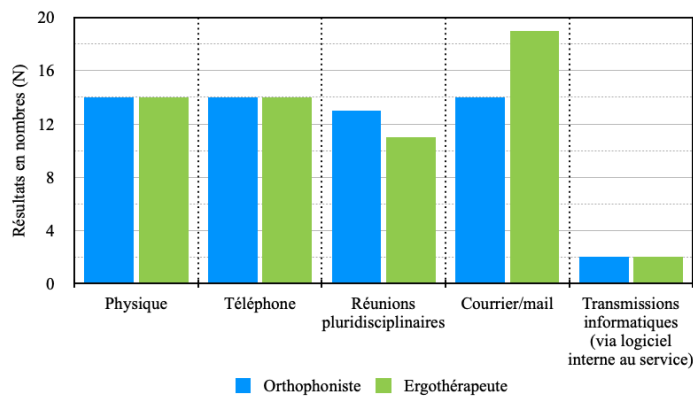


Figure 5. Avantages de la collaboration selon les professionnels.

Nous souhaitons connaître la fréquence à laquelle les orthophonistes et ergothérapeutes sont en contact, pour échanger en particulier à propos de patients communs présentant un TSLE. Il s'avère que sur toute leur activité concernant les patients TSLE, plus de la moitié des ergothérapeutes répondants (N=11) échangent avec un orthophoniste en moyenne une fois par semestre, alors que 50% des orthophonistes (N=12), n'interagissent avec l'ergothérapeute qu'une fois par an en moyenne dans ce contexte.

Nous souhaitons savoir s'il existe un moyen de contact privilégié par les professionnels pour échanger entre eux. Il s'avère que les orthophonistes répondants échangent autant par le biais de rencontres physiques, que par téléphone, ou par écrit (courrier/mail) ou lors des réunions



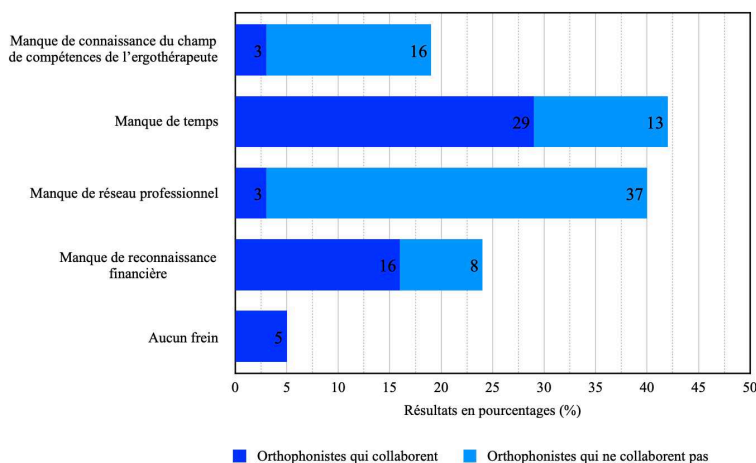
**Figure 6.** Moyens de contact utilisés par les professionnels pour collaborer.

pluridisciplinaires. Les ergothérapeutes quant à eux, favorisent les échanges par courrier/mail, mais rencontrent également physiquement les orthophonistes notamment lors de réunions pluridisciplinaires et échangent par téléphone (cf. Figure 6).

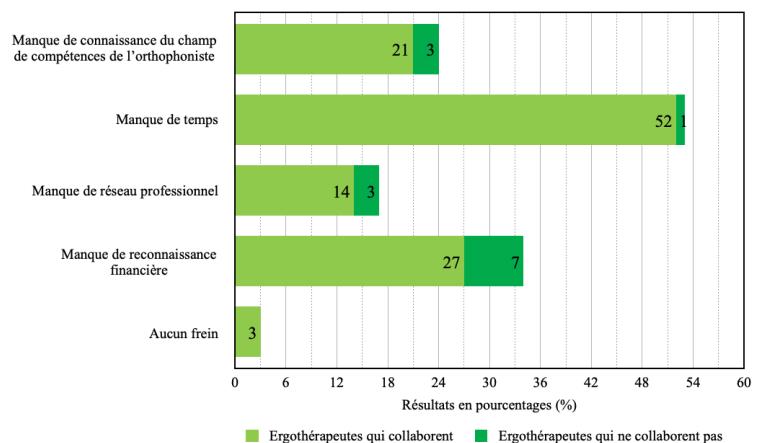
Cette étude a également pu mettre en évidence qu'il n'existe que peu d'outils mis en place par les professionnels ou les services dans lesquels ils exercent pour favoriser les échanges et optimiser la transmission d'informations entre eux. En effet, seuls **trois** orthophonistes et **un** ergothérapeute répondants utilisent un outil de ce type et **un** orthophoniste et **deux** ergothérapeutes en connaissent mais n'en utilisent pas. Nous recensons grâce aux réponses trois outils formels : Paaco-Globule, un service e-parcours régional de communication et de coordination en région Nouvelle-Aquitaine ; la plateforme Sphère, services numériques qui facilitent, dans un cadre sécurisé, le partage et l'échange d'informations nécessaires à la prise en charge coordonnée du patient en région Centre-Val-de-Loire ; et la feuille de coordination créée par Neurodev dans les Hauts-de-France. Des outils informels sont également créés par les professionnels eux-mêmes, comme des grilles d'observation à remplir conjointement par les soignants ou des canaux de discussion sur des applications ergonomiques telles que Slack.

### 1.3.2. Les freins à la collaboration

Cette étude a permis de recenser **38** orthophonistes qui ne collaborent pas avec l'ergothérapeute pour la mise en place des outils compensatoires (soit **62%**), ainsi que **7** ergothérapeutes qui ne collaborent pas avec l'orthophoniste (soit **25%**) dans ce cadre. Nous souhaitons étudier les freins



**Figure 7.** Freins selon les orthophonistes répondants.



**Figure 8.** Freins selon les ergothérapeutes répondants.



qui peuvent empêcher cette collaboration.

Les principaux freins mentionnés par les orthophonistes sont : le manque de temps pour 42% d'entre eux (N=26), ainsi que le manque de réseau professionnel pour 40% d'entre eux (N=25) (cf. Figure 7). On note que 66% des ergothérapeutes expriment également un manque de temps (N=19) et 34% évoquent un manque de reconnaissance financière (N=10) (cf. Figure 8).

Nous remarquons que les freins exprimés par les professionnels ne sont pas les mêmes en fonction de leur implication dans le partenariat interprofessionnel.

Selon les orthophonistes répondants qui ne collaborent pas avec l'ergothérapeute, 37% d'entre eux (N=23) déclarent que leur réseau professionnel restreint est un frein et 16% d'entre eux pensent qu'ils n'ont pas assez de connaissances à propos du champ compétences de l'ergothérapeute pour la prise en soin des TSLE, ce qui ne leur permet pas d'établir une collaboration pour ces patients. Certains ont rempli le champ de réponse libre et ont fait part des freins qu'ils rencontrent : un orthophoniste pense que l'ergothérapeute ne communique pas assez avec lui, un autre affirme que la lecture du compte-rendu de bilan est suffisante et qu'il n'est pas nécessaire d'échanger davantage. Pour un autre orthophoniste, la collaboration n'est pas pertinente lorsque l'outil de compensation est déjà mis en place. Pour finir, un orthophoniste ne souhaite pas collaborer car il ne perçoit pas l'utilité de la compensation. Du côté des ergothérapeutes qui ne collaborent pas, le partenariat n'existe pas selon 14% d'entre eux (N=4) car ils manquent de temps à y accorder. Pour trois ergothérapeutes, il existe un manque d'investissement de la part des orthophonistes rencontrés.

Même lorsque de la collaboration existe, des freins viennent parfois entraver son bon déroulement. Ainsi, selon les répondants, le manque de temps pour 29% des orthophonistes (N=19) et 52% des ergothérapeutes (N=15) et le manque de reconnaissance financière pour les échanges pour 16% (N=10) et 27% (N=8) d'entre eux, ne permettent pas au partenariat d'être optimal.

### 1.3.3. Influence du genre et de l'âge

Étant donné que seul un orthophoniste et trois ergothérapeutes de genre masculin ont répondu au questionnaire, nous n'avons pas la possibilité de déterminer si le genre des professionnels influence la mise en place d'un partenariat.

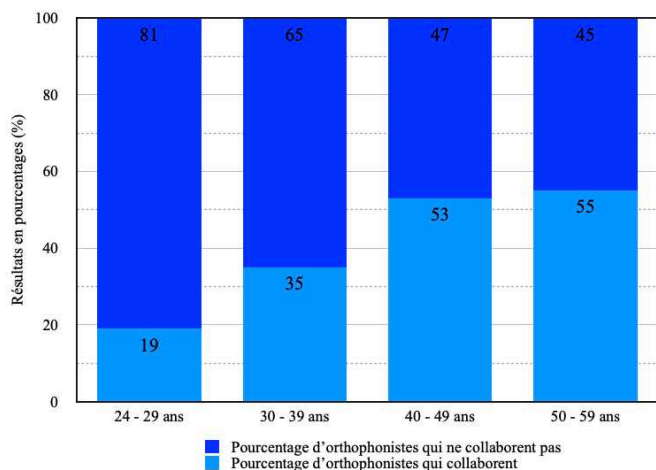


Figure 9. Répartition des orthophonistes qui collaborent avec un ergothérapeute selon l'âge.

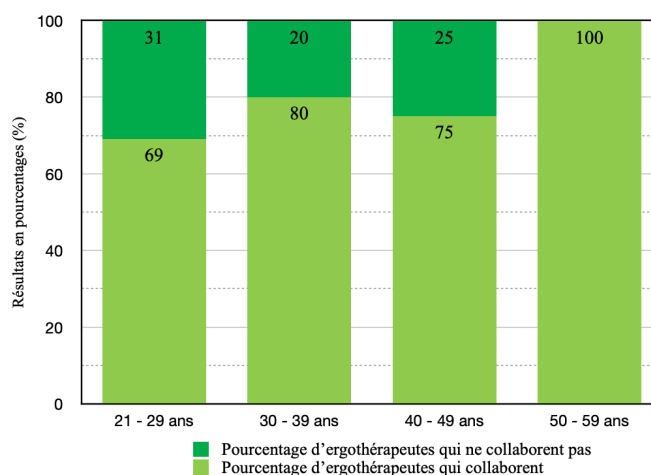


Figure 10. Répartition des ergothérapeutes qui collaborent avec un orthophoniste selon l'âge.

D'après les données recueillies grâce à ce questionnaire, on note que les orthophonistes qui collaborent le plus avec les ergothérapeutes sont âgés de plus de 40 ans, ce qui représente 53% des 40 - 49 ans (N=9) et 55% des orthophonistes âgés de 50 à 59 ans (N=5) (cf. Figure 9). Du côté des ergothérapeutes, l'influence de l'âge n'est pas vraiment significative car dans toutes les tranches d'âge, presque 70% des ergothérapeutes collaborent avec l'orthophoniste. On note tout de même que 80% des 30-39 ans et 100% des 50-59 ans sont partenaires d'un orthophoniste (cf. Figure 10).

Nous avons constaté que les professionnels âgés de 20 à 29 ans collaborent généralement moins que leurs aînés. D'après les données recueillies, 10 des 29 répondants appartenant à cette classe d'âge (34%), déclarent ne pas avoir de partenaire car ils manquent de réseau professionnel.

#### **1.3.4. Influence de la formation**

Les données recueillies ne permettent pas d'établir de conclusion quant à l'influence du centre de formation des professionnels sur leurs pratiques collaboratives. On souligne cependant que 100% des orthophonistes répondants formés à Lyon (N=6) et près de la moitié (55%) des orthophonistes répondants formés en Belgique (N=6), ont déclaré qu'ils entretenaient un partenariat avec l'ergothérapeute.

Les orthophonistes qui mènent un projet collaboratif avec l'ergothérapeute ne sont majoritairement pas influencés par les cours dispensés en formation initiale : 11% des orthophonistes qui ont bénéficié d'un enseignement à propos du champ de compétences de l'ergothérapeute (N=2) collaborent et 20% des orthophonistes qui ont bénéficié d'un enseignement dispensé par un ergothérapeute (N=2) déclarent avoir un partenariat avec ce dernier. Cela n'est pas le cas chez les ergothérapeutes, qui semblent davantage influencés par les cours dispensés en formation initiale : 75% des ergothérapeutes ayant bénéficié d'un enseignement à propos du champ de compétences de l'orthophoniste (N=3) et 100% des ergothérapeutes qui ont bénéficié d'un enseignement dispensé par un orthophoniste (N=5) collaborent. Ces données sont cependant peu significatives au vu du petit nombre de l'échantillon.

La formation continue semble davantage influencer les pratiques des deux professionnels, car 70% des orthophonistes qui ont suivi une formation continue dans laquelle un ergothérapeute est intervenu (N=7) et 100% des ergothérapeutes qui ont suivi une formation continue dans laquelle un orthophoniste est intervenu (N=12) collaborent pour la prise en soin de leurs patients TSLE.

En ce qui concerne l'année d'obtention du diplôme, la proportion des orthophonistes qui collaborent avec les ergothérapeutes est homogène pour ceux qui ont obtenu leur diplôme entre 1981 et 2012 et se situe aux alentours de 55%. Elle l'est également pour les ergothérapeutes diplômés en 2013 et après et se situe aux alentours de 75% (cf. Annexe 6).

On remarque une différence notable concernant les orthophonistes diplômés après 2013 car seuls 20% déclarent collaborer avec les ergothérapeutes (cf. Annexe 6).

#### **1.3.5. Influence du lieu et du mode d'exercice**

Les données recueillies ne permettent pas non plus de déterminer avec précision l'influence de la région d'exercice des professionnels sur leur partenariat. On note que 50% des orthophonistes

répondants exerçant dans le Grand-Est (N=4) et en Outre-Mer (N=4) ont un partenariat avec l'ergothérapeute et 100% des ergothérapeutes répondants des Hauts-de-France (N=3) de Normandie (N=2) et 85% de Bourgogne-Franche-Comté (N=6) déclarent collaborer avec l'orthophoniste.

Nous recensons 47 orthophonistes et 16 ergothérapeutes et libéraux, 10 orthophonistes et 7 ergothérapeutes salariés et 5 orthophonistes et 6 ergothérapeutes travaillant en exercice mixte. Grâce à l'analyse des modes d'exercice des professionnels répondants, on relève une différence

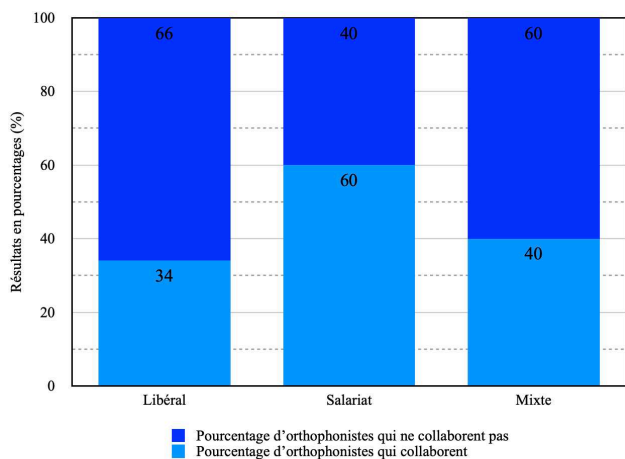


Figure 11. Répartition des orthophonistes qui collaborent selon le mode d'exercice.

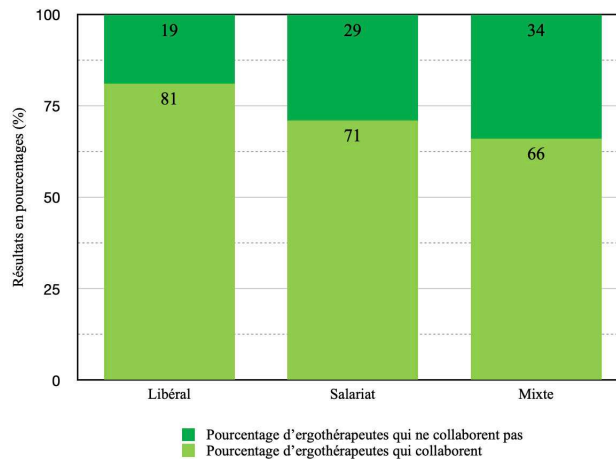


Figure 12. Répartition des ergothérapeutes qui collaborent selon le mode d'exercice.

notable des habitudes de collaboration. En effet, on constate chez les orthophonistes une différence importante entre ceux exerçant en libéral et ceux exerçant dans le milieu salarial : 60% des orthophonistes salariés (N=6) déclarent collaborer avec un ergothérapeute, contre seulement 34% des orthophonistes libéraux (N=16) (cf. Figure 11). Cette différence ne se retrouve pas chez les ergothérapeutes puisque 71% des ergothérapeutes salariés (N=5) et 81% des ergothérapeutes libéraux (N=13) collaborent avec l'orthophoniste (cf. Figure 12). Par ailleurs, parmi les professionnels ayant une pratique mixte, on recense 40% des orthophonistes (N=2) et 66% des ergothérapeutes (N=4) qui collaborent.

Les pratiques des orthophonistes libéraux sont influencées par le mode d'exercice antérieur. Les données de ce questionnaire (cf. Figure 13) révèlent que 50% des orthophonistes libéraux qui ont exercé dans le milieu salarial (N=7) collaborent avec l'ergothérapeute, alors que seuls 27% des

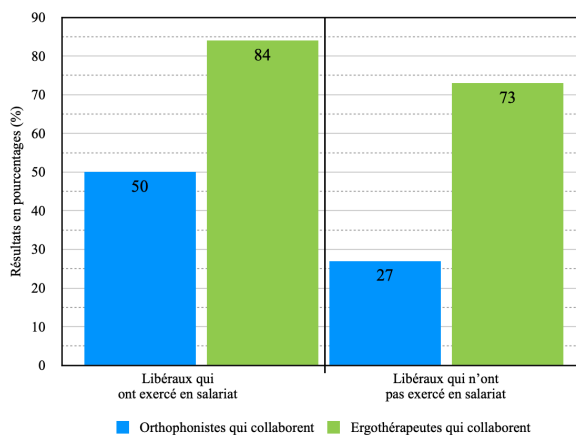


Figure 13. Collaboration des professionnels libéraux selon leur exercice antérieur.

orthophonistes libéraux qui n'ont pas exercé dans le milieu salarié (N=9) collaborent. Cette différence est moindre chez les ergothérapeutes mais elle existe tout de même : 83% des ergothérapeutes libéraux qui ont exercé dans le milieu salarial (N=11) affirment collaborer avec l'orthophoniste, contre 73% des ergothérapeutes libéraux qui n'ont pas exercé dans le milieu salarié (N=11) antérieurement.

Concernant les freins qui entravent le partenariat, on remarque qu'il existe également une différence entre les professionnels libéraux et salariés, parmi les professionnels qui collaborent. Le manque de temps professionnel est mentionné par 87% des orthophonistes libéraux (N=14) et 40% des ergothérapeutes libéraux (N=9) contre seulement 50% des orthophonistes salariés (N=3) et 9% des ergothérapeutes salariés (N=2) qui collaborent. Ces données expliquent probablement les fréquences de collaboration analysées dans la partie 1.3.1 des résultats de ce mémoire, qui montrent que parmi les orthophonistes qui ont déclaré collaborer seulement une fois par an en moyenne avec l'ergothérapeute, 91% ont un exercice libéral (N=11), alors que 83% de ceux qui collaborent une fois par mois ou plus ont un exercice salarié ou mixte (N=5).

Le frein qui est secondairement désigné, l'est uniquement par les professionnels libéraux : 62% des orthophonistes (N=10) et 27% des ergothérapeutes (N=6) estiment que leurs partenariats sont limités car il n'existe pas de reconnaissance financière pour le temps alloué aux échanges.

## 2. Réponses issues des entretiens

Lors des entretiens, nous avons pu recueillir des données significatives auprès de 21 professionnels, dont 14 orthophonistes et 7 ergothérapeutes. Parmi les orthophonistes interrogés, la majorité (N=11) exerce en libéral, tandis que 3 travaillent en tant que salariés (en Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), en structure spécialisée dans les troubles des apprentissages et en Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)). Du côté des ergothérapeutes, la répartition se fait avec un praticien en libéral, quatre en salariat (en Institut d'Education Motrice (IEM), en SESSAD, et en structure spécialisée dans le diagnostic et la prise en soin des troubles des apprentissages) et deux en exercice mixte.

En ce qui concerne le rythme de prise en charge des patients atteints de TSLE, nous observons des différences entre les deux professions. La moitié des orthophonistes (N=7) propose une séance par semaine, tandis que l'autre moitié opte pour deux séances hebdomadaires. Pour les ergothérapeutes, la majorité (N=6) assure une prise en charge hebdomadaire, tandis qu'un praticien intervient toutes les deux semaines. Les critères de choix de la fréquence de prise en charge varient selon les professionnels, impliquant notamment l'âge des patients, leurs disponibilités, la sévérité du trouble ou encore la charge de travail du professionnel.

Sur le plan des modalités de pratique, certains orthophonistes (N=2) préfèrent se concentrer uniquement sur la rééducation, considérant que la réadaptation doit être effectuée par l'ergothérapeute (cf. Extrait 1 de l'Annexe 10). En revanche, la majorité des orthophonistes (N=12) et deux ergothérapeutes pratiquent à la fois la rééducation et la réadaptation. Certains orthophonistes (N=5) débutent leur prise en soin par la rééducation avant de passer à la réadaptation (cf. Extrait 3 de l'Annexe 10). Pour un orthophoniste, il est nécessaire de mettre en place les adaptations le plus tôt possible (cf. Extrait 6 de l'Annexe 10). Trois orthophonistes affirment qu'ils pratiquent la réadaptation pour les patients dont le trouble est sévère (cf. Extrait 5 de l'Annexe 10).

Nous avons demandé aux répondants s'ils avaient souvent besoin de mettre en place des outils compensatoires pour leurs patients présentant un TSLE. Une majorité d'orthophonistes (N=11) et tous les ergothérapeutes interrogés (N=7) en ont souvent besoin. Un ergothérapeute considère même que cette tâche est sa principale mission lorsqu'il accompagne des patients atteints de TSLE (cf. Extrait 25 de l'Annexe 11). Nous souhaitons connaître le type d'outil mis en place dans ce cadre : les outils numériques sont utilisés par huit orthophonistes et tous les ergothérapeutes (N=7). Un orthophoniste déclare remplir avec le patient la grille d'impact résiduel de la FNO pour choisir l'outil le plus adéquat (cf. Extrait 7 de l'Annexe 10). Sept orthophonistes privilégient les aides visuelles (sous-mains, étiquettes et porte-clés).

La moitié des orthophonistes interrogés (N=8) travaille en collaboration avec un ergothérapeute, tandis que six ergothérapeutes collaborent avec des orthophonistes. Nous avons demandé aux professionnels qui collaborent pour la mise en place d'outils compensatoires pour leurs patients TSLE, ce que signifie le terme « collaboration ». Certains professionnels (N=2) ont souligné l'échange de connaissances théoriques et pratiques sur le trouble et les techniques de rééducation/réadaptation. La moitié des orthophonistes (N=7) et la majorité des ergothérapeutes (N=6), ont évoqué un partage d'informations sur les capacités et besoins du patient grâce aux données issues des bilans. Parallèlement, six orthophonistes et tous les ergothérapeutes (N=7) ont évoqué des échanges sur les aménagements à mettre en place et/ou sur l'utilisation des outils. Un ergothérapeute explique choisir l'outil grâce à une fiche sur laquelle les professionnels inscrivent leurs observations respectives (cf. Extrait 13 de l'Annexe 10 et Extrait 23 de l'Annexe 11).

Nous souhaitons savoir comment les professionnels ont rencontré leur partenaire, cinq orthophonistes et deux ergothérapeutes libéraux ont choisi leurs partenaires en fonction de leur proximité géographique, tandis que deux orthophonistes et deux ergothérapeutes salariés ont développé des partenariats au sein de leur service. Un orthophoniste indique avoir rencontré son partenaire par le biais de besoins personnels.

En ce qui concerne l'importance du lien avec le partenaire, six orthophonistes et six ergothérapeutes reconnaissent son caractère essentiel, soulignant son impact sur une meilleure prise en main des outils et une compréhension approfondie du trouble et du profil du patient, notamment ses capacités exécutives et ressources cognitives. Cependant, deux orthophonistes perçoivent leur partenaire comme un simple interlocuteur, un en raison du manque de temps à accorder aux échanges (cf. Extrait 15 de l'Annexe 10) et un autre ne perçoit pas la nécessité d'échanger davantage (cf. Extrait 18 de l'Annexe 10). Malgré cela, tous les professionnels interrogés (N=14) se disent prêts à renouveler cette collaboration pour de futurs patients présentant un TSLE.

Enfin, concernant l'impact du mode d'exercice sur la collaboration, cinq orthophonistes et un ergothérapeute estiment que l'exercice libéral ne facilite pas les échanges. Parmi eux, certains (N=3) ont souligné qu'il est nécessaire d'être à l'origine de la demande pour que le partenariat puisse s'opérer (cf. Extrait 2 de l'Annexe 10). Les orthophonistes libéraux ayant une expérience salariée semblent avoir un sens de la collaboration plus développé que ceux ayant toujours exercé en libéral. (cf. Extrait 8 et 9 de l'Annexe 10). En parallèle, trois orthophonistes et cinq ergothérapeutes pensent que le salariat favorise les collaborations en raison de la disponibilité accrue des professionnels et des aménagements temporels et spatiaux favorisant (cf. Extrait 22 de l'Annexe 11).

Nous souhaitons approfondir les réponses des répondants du questionnaire concernant les raisons pour lesquelles ils ne collaborent pas pour la mise en place des outils compensatoires pour leurs patients TSLE. Trois grands axes se dessinent : le premier concerne le professionnel lui-même, le second concerne l'autre professionnel et le dernier concerne le patient et sa famille.

Premièrement, les répondants évoquent des raisons qui les concernent eux-mêmes et qui influencent leurs pratiques. En effet, **six** orthophonistes et **un** ergothérapeute libéral affirment que la collaboration n'existe pas en raison d'emplois du temps chargés et de manque de temps à consacrer aux échanges interprofessionnels (cf. Extrait 10 et 14 de l'Annexe 10). Six professionnels libéraux, expriment d'ailleurs que le manque de rémunération pour ces échanges les contraignent à ne pas les prioriser dans leur temps de travail (cf. Extrait 16 de l'Annexe 10 et cf. Extrait 21 de l'Annexe 11). **Quatre** orthophonistes libéraux expriment que leurs méconnaissances quant au champ de compétences de l'ergothérapeute concernant la prise en soin des TSLE (**N=2**) et des outils numériques et logiciels (**N=2**) ne leur permettent pas de mettre en place le partenariat avec l'ergothérapeute. Certains déclarent qu'il s'agit d'un manque d'enseignement lors de leur formation initiale ou que cela est dû à la faible représentativité des ergothérapeutes dans la population (cf. Extrait 20 de l'Annexe 10). **Un** orthophoniste et **un** ergothérapeute signalent qu'il existe parfois un chevauchement entre les champs de compétences des orthophonistes et ergothérapeutes qui ne facilite pas leur travail collaboratif (cf. Extrait 27 de l'Annexe 11). En effet, **un** orthophoniste indique qu'il est formé pour la mise en place des outils et qu'il ne perçoit pas l'intérêt de collaborer (cf. Extrait 4 de l'Annexe 10) et **un** autre explique que l'école oriente plus facilement les patients pour leur projet réadaptatif vers les orthophonistes s'ils sont déjà suivis. **Un** orthophoniste affirme par ailleurs ne pas avoir nécessairement besoin de mettre en place un échange avec l'ergothérapeute car les deux professionnels ont des objectifs rééducatifs différents (cf. Extrait 17 de l'Annexe 10).

Deuxièmement, les répondants évoquent des raisons qui concernent l'autre professionnel. En effet, pour **deux** orthophonistes, la collaboration avec l'ergothérapeute n'existe pas car ils exercent dans une zone géographique peu dotée en ergothérapeutes. Ensuite, selon **deux** ergothérapeutes, les orthophonistes n'osent pas se lancer dans la mise en place d'outils compensatoires informatiques par manque de connaissances, et par peur que la collaboration soit chronophage (cf. Extrait 24 de l'Annexe 11), donc ne perçoivent pas l'intérêt de la collaboration. Enfin, **un** ergothérapeute explique que le suivi orthophonique prend parfois fin au début du suivi ergothérapique car l'orthophoniste considère que la rééducation atteint ses limites (cf. Extrait 26 de l'Annexe 11).

Troisièmement, les répondants évoquent des raisons propres au patient et à sa famille. La raison la plus mentionnée par les orthophonistes (**N=8**) et les ergothérapeutes (**N=2**) est celle du coût des séances ergothérapiques libérales, qui ne permettent pas aux familles les plus modestes de faire suivre leurs enfants, et par conséquent, rend le partenariat interprofessionnel impossible. **Deux** orthophonistes mentionnent également que le suivi par plusieurs professionnels libéraux peut s'avérer être une contrainte organisationnelle pour les familles (cf. Extrait 19 de l'Annexe 10) et en particulier lorsque ces dernières ne s'implantent pas sur le long terme dans une même zone géographique (cf. Extrait 11 de l'Annexe 10). **Un** orthophoniste déclare en outre qu'il est difficile de mener à bien un partenariat interprofessionnel lorsque les familles sont peu investies dans les prises en soin de leur enfant (cf. Extrait 12 de l'Annexe 10).

Nous avons demandé aux participants s'ils voyaient des éléments qui auraient pu rendre le

partenariat interprofessionnel possible. On recense ainsi : une rémunération pour les échanges (N=2), un temps alloué spécifiquement au partenariat (N=1 et N=1), des formations plus précises sur des outils en formation initiale (N=1) ainsi que la proposition de réaliser une séance commune avec son partenaire pour mieux comprendre ses besoins et les spécificités de son approche (N=1). Nous souhaitons finalement savoir si le mode d'exercice des répondants qui ne collaborent pas défavorise le partenariat. La totalité (N=7) a affirmé que l'exercice libéral n'était pas favorisant pour les échanges pluridisciplinaires.

## Discussion

Cette étude a pour objectif de faire un état des lieux des pratiques des orthophonistes et des ergothérapeutes concernant leurs pratiques de collaboration pour la prise en soin de leurs patients présentant un TSLE et notamment lors la mise en place d'outils compensatoires. Dans cette partie, nous relaterons les résultats principaux issus des questionnaires et entretiens réalisés dans le cadre de l'étude et nous confirmerons ou non nos hypothèses préalables. Ensuite, nous évoquerons les limites de nos analyses et pour finir, nous envisagerons de nouvelles perspectives pour cette étude.

### 1. Résultats principaux de l'étude

#### 1.1. État des lieux de la collaboration

Selon les professionnels interrogés, la collaboration est décrite comme un partage d'informations sur les compétences du patient et ses besoins, à l'aide des données qualitatives et quantitatives issues des bilans. Elle comprend des échanges sur les aménagements à mettre en place et/ou sur l'utilisation des outils. Cette étude montre qu'en moyenne, les orthophonistes ont moins de collaborateurs que les ergothérapeutes dans le cadre de la prise en charge des patients TSLE. En ce qui concerne le lien orthophoniste-ergothérapeute, on note que 38% des orthophonistes (N=24) déclarent collaborer avec un ergothérapeute, tandis que 75% des ergothérapeutes (N=22) déclarent collaborer avec un orthophoniste dans le cadre du TSLE. Cette différence de 37 points entre les orthophonistes et les ergothérapeutes collaborant s'explique par plusieurs facteurs. D'abord, il y a une densité plus élevée d'orthophonistes par habitant que d'ergothérapeutes. Ensuite, les orthophonistes sont sollicités dans le cadre des troubles du langage écrit, qu'ils soient sévères ou non, alors que les ergothérapeutes interviennent dans ce domaine uniquement si le trouble est associé à un handicap et une limitation d'activité. Par conséquent, les patients pris en soin par les ergothérapeutes ont souvent des pathologies plus complexes nécessitant une approche pluridisciplinaire. Enfin, tous les patients atteints de TSLE suivis en ergothérapie pour la mise en place d'un outil compensatoire bénéficient aussi en principe des soins d'un orthophoniste, alors que tous les patients atteints de TSLE n'ont pas forcément d'outil compensatoire et donc ne sont pas systématiquement orientés vers un ergothérapeute.

Ensuite, nous constatons que l'orthophoniste et l'ergothérapeute collaborent souvent avec les professionnels de l'Education nationale. En effet, les deux professionnels, et notamment l'ergothérapeute dans son rôle de réadaptateur, sont amenés à mettre en place des aménagements au sein de l'environnement scolaire de leur patient pour augmenter l'efficacité de leur prise en soin. À

propos des modalités de collaboration, les professionnels partenaires se sont souvent rencontrés en raison de leur proximité géographique ou de leur exercice au sein d'un même service. Cette étude met également en lumière le fait que, au cours d'une même année, les ergothérapeutes sollicitent plus fréquemment les orthophonistes concernant leurs patients atteints de TSLE que l'inverse.

En ce qui concerne les avantages des échanges pluridisciplinaires, les résultats montrent de prime abord que les ergothérapeutes ont une vision plus positive concernant la pertinence de la collaboration. Les réponses au questionnaire et aux entretiens convergent quant au fait que pour l'orthophoniste, les échanges visent à comprendre les caractéristiques des outils compensatoires, et que la collaboration de l'ergothérapeute tend à renforcer l'efficacité de la rééducation. L'ergothérapeute quant à lui, adopte une approche holistique du patient et considère que la collaboration avec l'orthophoniste est pertinente pour une meilleure compréhension du fonctionnement du patient et permet d'améliorer l'autonomie de ce dernier. Ces deux approches, bien que paraissant initialement divergentes, s'enrichissent mutuellement et reflètent la réalité théorique des domaines de compétences des professionnels. Le projet du patient présentant un TSLE gagne en pertinence lorsque leurs connaissances peuvent être associées à l'expertise de l'autre professionnel. Cinq orthophonistes déclarent ne pas voir l'intérêt de la collaboration, or quatre d'entre eux n'ont pas de connaissances du champ de compétences de l'ergothérapeute et n'ont jamais reçu d'enseignement dispensé par un ergothérapeute au cours de leur formation initiale ou continue, cela limitant leur perception clinique de la pertinence de l'exercice ergothérapeutique.

Cette étude met également en évidence le manque d'outils dédiés à la facilitation des échanges et à la transmission d'informations entre les professionnels : seuls quelques participants connaissent des outils de ce type ou en utilisent. Les professionnels interrogés nous ont d'ailleurs fait part de leur désir d'en découvrir.

## **1.2. Les facteurs influençants**

Cette étude a permis de mettre en exergue des facteurs qui influencent la collaboration entre l'orthophoniste et l'ergothérapeute. En ce qui concerne l'âge, les données montrent que les orthophonistes qui collaborent le plus ont généralement plus de 40 ans, tandis qu'aucune différence significative n'est observée pour les ergothérapeutes. Cependant, tous les professionnels âgés de moins de 30 ans collaborent moins, en raison d'un manque de réseau professionnel. Pour ce qui est des formations, les orthophonistes et ergothérapeutes collaborent davantage s'ils ont suivi une formation continue dans laquelle l'autre professionnel est intervenu. Les orthophonistes, en particulier, sont plus enclins à collaborer s'ils ont suivi des cours dispensés par des ergothérapeutes lors de leur formation initiale. Quant à l'année d'obtention du diplôme, la proportion de professionnels collaborant est significativement plus faible pour ceux diplômés en 2013 et après, notamment chez les orthophonistes. Ces données sont probablement liées à l'âge, car le réseau professionnel est souvent moins développé chez les professionnels plus jeunes.

Enfin, concernant le mode d'exercice, les résultats suggèrent que les orthophonistes salariés ont tendance à collaborer davantage que les orthophonistes libéraux. De plus, cette étude montre que le mode d'exercice antérieur influence les pratiques : les orthophonistes et ergothérapeutes ayant exercé en salariat avant leur exercice libéral sont plus sensibilisés aux avantages du travail



pluridisciplinaire. Leur expérience antérieure de travail en équipe influence leurs pratiques de collaborations actuelles. L'ensemble de ces données nous permettent :

**D'invalider l'hypothèse H1** : « Les professionnels travaillent conjointement pour la mise en place des moyens compensatoires des patients présentant un TSLE dans tous les milieux d'exercice ». Cependant, étant donné que l'échantillon de cette étude est mince par rapport au nombre de professionnels français, il serait nécessaire de réaliser une étude à plus grande échelle pour vérifier la valeur de cette affirmation.

**De valider partiellement l'hypothèse H2** : « Les professionnels exerçant en institution travaillent davantage conjointement pour la mise en place des moyens compensatoires des patients présentant un TSLE que dans le milieu libéral », car l'hypothèse se vérifie pour les orthophonistes, mais ne semble pas exacte pour les ergothérapeutes, probablement du fait que la collaboration des ergothérapeutes n'est pas dépendante de leur mode d'exercice. Cette tendance collaborative pour la prise en soin du TSLE peut s'expliquer par le fait que la mission générale des ergothérapeutes réside dans la prise en soin du handicap (Delaisse et al., 2022). Ainsi, ils ont pour habitude d'opter une vision transversale et donc de collaborer plus spontanément avec d'autres professionnels pour tous les types de prise en charge.

### 1.3. Les freins à la collaboration

Malgré les recommandations de la HAS (2017), qui suggèrent explicitement que les prises en soin de TSLE doivent se coordonner et être conjointes pour être optimisées, cette étude a permis de constater que 61% des orthophonistes (N=38) ne collaborent pas avec des ergothérapeutes et 24% des ergothérapeutes (N=7) ne collaborent pas avec des orthophonistes pour la mise en place des outils compensatoires. Les principaux obstacles mentionnés par les professionnels interrogés dans le questionnaire sont le manque de temps, pour 41% des orthophonistes (N=26), et 65% des ergothérapeutes (N=19), ainsi que le manque de réseau professionnel pour 40% des orthophonistes (N=25) et le manque de reconnaissance financière pour 34% des ergothérapeutes (N=10). Pour ceux ayant participé à l'entretien, les freins incluent également des méconnaissances concernant le champ de compétences de l'ergothérapeute en matière de prise en charge du TSLE ainsi que la méconnaissance des outils numériques et logiciels. D'autres raisons ont également été mentionnées, notamment le chevauchement des champs de compétences, une faible densité de partenaires dans certaines zones géographiques et le coût élevé des séances ergothérapeutiques libérales qui rend difficile l'accès aux familles les moins aisées, et par conséquent, rendent la collaboration interprofessionnelle difficile voire impossible. D'après les données récoltées grâce à notre échantillon, les résultats **vérifient les trois hypothèses H3** :

**H3a** : « Il existe un manque de coordination interprofessionnelle dans le type d'exercice libéral dû à un manque de temps pour ces échanges interprofessionnels »

**H3b** : « Il existe un manque de coordination interprofessionnelle dans le type d'exercice libéral dû à un manque de reconnaissance financière pour le temps alloué à cette collaboration ».

**H3c** : « Il existe un manque de coordination interprofessionnelle dans le type d'exercice libéral dû à une méconnaissance du champ de compétences de l'autre professionnel »

Une nette différence est observée entre les professionnels qui collaborent et ceux qui ne

collaborent pas : les principaux freins identifiés par les professionnels pour les orthophonistes qui ne collaborent pas sont le manque de réseau professionnel et des lacunes dans la connaissance du champ de compétences de l'ergothérapeute. Pour les ergothérapeutes qui ne collaborent pas, les principaux freins sont le manque de temps pour échanger et le manque d'implication de la part des orthophonistes. Quant aux professionnels collaborant, les principaux obstacles sont le manque de temps et le manque de reconnaissance financière pour les échanges.

## **2. Limites de l'étude**

Bien que les réponses obtenues aux questionnaires aient été assez nombreuses pour être significatives et proportionnelles au nombre de professionnels en France, on relève des biais concernant les échantillons. Tout d'abord, le questionnaire possède des biais de diffusion. En effet, il a été transmis via des groupes de professionnels sur les réseaux sociaux, majoritairement liés à des régions de France, augmentant ainsi la probabilité de récolter des données dans ces régions. Ainsi, les résultats de l'influence de la région d'exercice sur le partenariat ne sont pas significatifs, puisque nous n'avons pas de données de professionnels exerçant dans toutes les régions de France. Ensuite, les questionnaires qui ont été transmis aux syndicats orthophonistes et aux fédérations des ergothérapeutes ont permis d'obtenir de nombreuses réponses de leurs adhérents. Cependant, nous constatons qu'une majorité de ces derniers sont libéraux, ce qui a biaisé la représentativité des ergothérapeutes répondants en terme de mode d'exercice par rapport à la population générale des ergothérapeutes français. En effet, les résultats de cette étude indiquent que 76% des répondants ont un exercice libéral ou mixte, contre seulement 16% des ergothérapeutes dans la population française (DREES, 2023). Ce biais a probablement eu des conséquences sur les données récoltées à propos des pratiques professionnelles. Néanmoins, on peut supposer que les patients présentant un TSLE constituent une patientèle peu fréquemment accueillie en structure spécialisée dans la patientèle globale des ergothérapeutes, ce qui expliquerait cette représentativité.

Par ailleurs, les résultats des questionnaires et entretiens ont pu être influencés par le mode de sélection. En effet, la sélection des répondants ne s'étant pas faite sur un échantillon aléatoire mais sur la base du volontariat, il est possible que les données obtenues soient biaisées. Effectivement, les individus qui répondent de leur plein gré à une étude se sentent concernés par le sujet, soit parce qu'ils adhèrent au sujet, soit parce qu'ils ne sont, au contraire, pas du tout en accord avec.

## **3. Perspectives de poursuite de l'étude**

L'intérêt de notre étude était de rendre compte des pratiques des orthophonistes et des ergothérapeutes français concernant leur collaboration dans le cadre de la mise en place d'outils compensatoires. Ces investigations ont permis de déterminer plusieurs freins au partenariat. Il pourrait être pertinent d'enquêter de manière plus approfondie à propos de ces limites et de réaliser une étude statistique à plus grande échelle avec davantage de répondants pour chacune d'entre elles. Par ailleurs, cette étude a permis de soulever un point important dans la communication entre l'orthophoniste et l'ergothérapeute : bien qu'il existe des outils pour faciliter le partenariat, peu d'entre eux sont connus et utilisés. Il serait intéressant d'entreprendre un travail exhaustif pour répertorier ces outils, d'analyser leur composition, et de mener une enquête auprès des

professionnels pour comprendre leurs besoins en matière de transmission d'informations. Cette démarche pourrait conduire à élaborer un nouvel outil, pouvant répondre aux attentes des professionnels libéraux : des échanges optimisés répondraient aux contraintes mentionnées par les professionnels. Ce nouvel outil national serait conçu pour faciliter la collaboration pluridisciplinaire, préconisée pour l'efficacité des interventions thérapeutiques.

## **Conclusion**

Nous avons réalisé une évaluation des pratiques des orthophonistes et des ergothérapeutes à travers l'utilisation d'un questionnaire et la tenue d'entretiens semi-dirigés. Notre objectif était de mieux comprendre les pratiques professionnelles, d'identifier les profils de praticiens s'adonnant à une collaboration pluridisciplinaire, et de mettre en lumière les obstacles entravant ou empêchant l'existence de ce partenariat. Cette étude, basée sur des éléments théoriques et sur les témoignages recueillis auprès des orthophonistes et ergothérapeutes prenant en soin des patients TSLE, révèle que la vision de la collaboration diffère selon les professionnels : les orthophonistes recherchent une meilleure compréhension des outils compensatoires, tandis que les ergothérapeutes souhaitent obtenir une vision holistique du patient. Les résultats dévoilent des facteurs influençant la collaboration : les orthophonistes les plus enclins à collaborer sont âgés de plus de 40 ans et les collaborations sont plus fréquentes lorsque les professionnels ont suivi des formations impliquant l'intervention de l'autre professionnel. Ensuite, les orthophonistes salariés collaborent davantage que les libéraux. Enfin, ceux ayant une expérience salariée antérieure sont plus enclins à collaborer.

Nous avons remarqué que les recommandations littéraires ne sont pas toujours en mesure d'être appliquées à la réalité quotidienne des pratiques des professionnels. En effet, bien que la plupart d'entre eux soient convaincus de l'efficacité de pratiques conjointes, nos échanges avec les professionnels nous laissent penser que la collaboration entre les orthophonistes et les ergothérapeutes pour la mise en place des moyens pédagogiques adaptés est encore inégale. Effectivement, il existe des freins qui limitent les partenariats : le principal obstacle cité par les professionnels est le manque de temps. De plus, les orthophonistes évoquent un manque de réseau professionnel, tandis que les ergothérapeutes soulignent le manque de reconnaissance financière. On constate de surcroît une différence des freins mentionnés entre les professionnels qui collaborent et ceux qui ne collaborent pas. Ce projet souligne par ailleurs le manque d'outils dédiés à la facilitation des échanges entre professionnels.

Cette étude a permis d'identifier plusieurs obstacles à la collaboration, nécessitant probablement une enquête plus approfondie grâce à une étude statistique à plus grande échelle basée sur certains critères principaux évoqués. De plus, elle a révélé un manque d'outils de communication interdisciplinaire. Une initiative de recensement des outils et des besoins des professionnels pourrait conduire à la création d'un nouvel outil national, facilitant la collaboration pluridisciplinaire et optimisant l'efficacité des interventions thérapeutiques dans le cadre du TSLE.

## Bibliographie

- American Psychiatric Association, Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull, M.-C. (2015). *DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux | Livre | 9782294739293*. Elsevier Masson SAS.
- Aumais, N., Laflamme, S. & Venne, C. (2012). *Les leviers qui favorisent la collaboration inter-équipe*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- Bacquelé, V. (2015). L'usage de l'informatique par les élèves dyslexiques: Un outil de compensation à l'épreuve de l'inclusion scolaire. *Terminal. Technologie de l'information, culture & société*, 116, Article 116.
- Becker, J., Czamara, D., Scerri, T. S., Ramus, F., Csépe, V., Talcott, J. B., Stein, J., Morris, A., Ludwig, K. U., Hoffmann, P., Honbolygó, F., Tóth, D., Fauchereau, F., Bogliotti, C., Iannuzzi, S., Chaix, Y., Valdois, S., Billard, C., George, F., & Schumacher, J. (2014). Genetic analysis of dyslexia candidate genes in the European cross-linguistic NeuroDys cohort. *European Journal of Human Genetics*, 22(5), 675-680.
- Berthier, N. (2010). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : méthodes et exercices corrigés (4ème)*. Paris : A. Colin, impr. 2010.
- Billard, C., & Delteil-Pinton, F. (2010). Clinique de la dyslexie. *Archives de Pédiatrie*, 17(12), 1734-1743.
- Cado, A., Nicli, J., Bourgois, B., Vallée, L., & Lemaitre, M.-P. (2019). Évaluation des besoins en outils informatiques pour les enfants présentant un trouble du langage écrit: Proposition d'un arbre décisionnel. *Perfectionnement en Pédiatrie*, 2(4), 305-313.
- Coltheart, M., Rastle, K., Perry, C., Langdon, R., & Ziegler, J. (2001). DRC: A dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud. *Psychological Review*, 108, 204-256.
- Daspet, V. (2016). *Lire et écrire avec des outils informatiques: Le tissage d'un projet de compensation pour des adolescents dyslexiques (Thèse de doctorat)*. Université de Lyon.
- Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., & Morel-Bracq, M.-C. (2022). *L'ergothérapie en France: Une perspective historique*. De Boeck supérieur.
- Despres, G. (2010). Les aides techniques au collège auprès d'adolescents avec des troubles des apprentissages. *Développements*, 6(3), 43-52.
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire*. Dunod.
- Frith, U. (1986). A developmental framework for developmental dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 36, 69-81.
- Habib, M. (2018). Dyslexie de développement. *EMC, Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 1-12.

- Huc-Chabrolle, M., Barthez, M.-A., Tripi, G., Barthélémy, C., & Bonnet-Brilhault, F. (2010). Les troubles psychiatriques et psychocognitifs associés à la dyslexie de développement: Un enjeu clinique et scientifique. *L'Encéphale*, 36(2), 172-179.
- Launay, L. (2018). Du DSM-5 au diagnostic orthophonique: Élaboration d'un arbre décisionnel. *Rééducation orthophonique*, 262, 71-92.
- Leduc, M. (2022). Les axes interventionnels dans la prise en charge orthophonique des dyslexies : *Revue de littérature et recommandations* [Mémoire, Université de Lille].
- Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). A Definition of Dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 53(1), 1-14.
- Martin, J., & Cole, P. (2009). La dyslexie à l'âge adulte: Les troubles dyslexiques durant la vie. *La dyslexie à l'âge adulte: Les troubles dyslexiques durant la vie*, 103, 255-262.
- Nicolson, R. I., & Fawcett, A. J. (2007). Procedural learning difficulties: Reuniting the developmental disorders ? *Trends in Neurosciences*, 30(4), 135-141.
- Pelchat, D., & Lefebvre, H. (2006). *Apprendre ensemble. Le PRIFAM Programme d'intervention interdisciplinaire et familiale* (Chenelière).
- Poulossier, M. (2019). Ergothérapie et trouble " DYS " : *Un accompagnement global au service de l'estime de soi. Médecine humaine et pathologie*.
- Ramus, F. (2012). Les troubles spécifiques de la lecture. *L'Information Grammaticale*, 133(1), 34-40.
- Sagot, J., & Bertrand, T. (2008). Des aides techniques pour l'accessibilité à l'école. Présentation du dossier. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 43(3), 5-8.
- Sprenger-Charolles, L., Casalis, S. (1996). *Lire : Lecture et écriture : acquisition et troubles du développement*. Presses Universitaires de France.
- Thévenon, A., & Blanchard, A. (2003). *Guide pratique de médecine et réadaptation*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

### Sitographie :

- AMÉNAGEMENT: Définition de AMÉNAGEMENT*. (s. d.). Consulté 1 mai 2023, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/am%C3%A9nagement>
- CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité*. (s. d.). Consulté 12 mai 2023, à l'adresse <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/1008636089>
- Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste*, 2013-798 (2013). Consulté la 29 février 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027915618>
- Démographie des professionnels de santé—DREES*. (2023). Consulté 2 mai 2024, à l'adresse <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

*Dyslexie, dysorthographe et dysgraphie: Quelle rééducation?* (s. d.). Consulté le 24 avril 2023, à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/troubles-langage-ecrit/prise-charge-medicale-reeducation>

HAS. (2017). *Guide parcours de santé. Les parcours de soin*. Consulté le 11 avril 2023, à l'adresse <https://www.has-sante.fr/>

*ICD-10 Version:2008*. (s. d.). Consulté 21 avril 2023, à l'adresse <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F81.0>

*Modèles de pratique ergo Modèles en ergo Modèles en ergothérapie*. (s. d.). Consulté 1 mai 2024, à l'adresse <http://www.ergopsy.com/modeles-en-ergotherapie-a358.html>

*RÉADAPTATION: Définition de RÉADAPTATION*. (s. d.). Consulté 14 avril 2023, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9adaptation>

*Réadaptation*. (s. d.). Consulté 20 avril 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/rehabilitation>

*RÉÉDUCATION: Définition de RÉÉDUCATION*. (s. d.). Consulté 14 avril 2023, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9%C3%A9ducation#>

## **Annexes**

**Annexe 1 : Trame questionnaire**

**Annexe 2 : Lettre d'information questionnaire**

**Annexe 3 : Trame entretien**

**Annexe 4 : Figures description de l'échantillon - orthophonistes**

**Annexe 5 : Figures description de l'échantillon - ergothérapeutes**

**Annexe 6 : Influence de la formation**

**Annexe 7 : Données issues des entretiens : profils des répondants**

**Annexe 8 : Données issues des entretiens : réponses des professionnels qui collaborent**

**Annexe 9 : Données issues des entretiens : réponses des professionnels qui ne collaborent pas**

**Annexe 10 : Extraits des entretiens des orthophonistes**

**Annexe 11 : Extraits des entretiens des ergothérapeutes**