



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ de LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT ORTHOPHONIE

Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie

**La visiophonie en orthophonie :
Étude exploratoire auprès de patients suivis en neurologie**

Mémoire présenté par : Madeleine Gaumé

Soutenu le : 14 juin 2016

Sous la direction de : - Claudon Philippe, MCU-HDR psychopathologie
Université de Lorraine

Président du jury : - Claudot Frédérique, MCU-PH (HDR)
Docteur en Droit public et en sciences politiques
Service de médecine légale et droit de la santé
Faculté de médecine de Nancy

Assesseurs : - Haas Marie, orthophoniste
- Lacour Jean-Christophe, Docteur en médecine, CHU Nancy

« Avant donc que d'écrire, apprenez à penser. »

Nicolas Boileau, *L'Art poétique*, 1674.

A l'aube de mon entrée dans la vie professionnelle, je fais mienne cette maxime :

*Avant donc que de me positionner,
je veux apprendre à penser et à réfléchir
sur les tenants et aboutissants d'une décision.*

*Dans ce but, quelques réflexions sur :
visiophonie et orthophonie...*

Je souhaite adresser mes chaleureux remerciements à :

Mme le Docteur Frédérique Claudot qui a eu l'honneur de présider le jury de mon mémoire.

M. Philippe Claudon, mon maître de mémoire, pour sa disponibilité, son intérêt pour mon sujet de mémoire, sa confiance et ses conseils bienveillants qui m'ont guidés tout au long de mon travail.

Mme Marie Haas qui, par ses remarques perspicaces, a réussi à pousser ma réflexion sur l'orthophonie toujours plus loin.

M. le Docteur Jean-Christophe Lacour qui s'est joint au jury pour me soutenir dans mon projet.

Mme Marie Gabet qui m'a lancée sur ce sujet, sujet qui m'a passionnée tout au long de mes recherches.

Mon fiancé, Jean-Eudes, pour son prêt d'ordinateur lors de mes expérimentations et pour son aide dans le traitement des données Excel. Une grande reconnaissance envers sa joyeuse motivation et son sens du service à toute heure.

Ma maman, Catherine, pour ses relectures et corrections empruntées d'un regard extérieur au domaine de l'orthophonie ou du médical.

M. François Gauer pour son aide très précieuse, merci pour son sens aigu de la méthodologie et sa disponibilité à toute épreuve.

Toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la construction de mon mémoire : Mme Brin-Henry, M. Vezain de *TéléSanté Lorraine*, M. Ducrocq, Mme Thiercy, tous mes maîtres de stage, Marie-Claire Jacques, Anne-Lise Fournier, Maud Guyon, Lucie Levrey, Marion Ménard et Guillaume Hellot.

Toutes les personnes qui ont relayé mon questionnaire ainsi que toutes celles qui se sont donné la peine de le remplir avec application.

Les quatre patients qui ont accepté de participer à mes expérimentations. Leur soutien et leur bonne humeur m'ont donné confiance pour ma future pratique orthophonique.

Plan du mémoire de recherche

Introduction	8
1. Motivations	8
1.1. Motivations personnelles	9
1.2. Motivations scientifiques	11
2. Problématique	11
Partie théorique.....	13
1 La téléorthophonie.....	13
1.1 Qu'est-ce que la téléorthophonie ?	13
1.1.1 Définition.....	13
1.1.2 Modification du cadre traditionnel.....	13
1.1.3 Champs d'application	14
1.2 État des lieux.....	14
1.3 Avis des orthophonistes et futurs orthophonistes selon Olivier Deygas (2014)	16
2 Spécificités de la visiophonie.....	18
2.1 Avantages.....	18
2.2 Un cadre relationnel modifié	19
2.3 Limites	22
2.3.1 Problème du son.....	23
2.3.2 Problème de regard.....	24
2.3.3 Risques.....	25
2.4 Conclusion : cadre modifié ? Nécessité d'en poser un nouveau	27
3 Les patients à pathologies neurologiques	29
3.1 Orthophonie et neurologie	29
3.2 La dysphagie	29
3.3 L'aphasie	30
3.4 Les troubles neurocognitifs.....	30
3.4.1 La Maladie d'Alzheimer	31
3.4.2 La Maladie de Parkinson	33
4 Potentielles perspectives de la visiophonie dans la prise en charge orthophonique	34
4.1 La dysphagie	34
4.2 Aphasie et Maladie d'Alzheimer	35
4.3 La Maladie de Parkinson	35
4.4 Perspectives pour des cas particuliers de patients.....	36
4.5 Savoir poser un cadre : morale et éthique.....	37

4.5.1	Étymologie	37
4.5.2	Sociologie et psychologie	38
4.5.3	Morale et éthique.....	38
5	Hypothèses théoriques	40
Méthodologie.....		41
1	Population	41
2	Outils méthodologiques	41
2.1	Élaboration d'un questionnaire.....	41
2.2	Essai de visiophonie	42
3	Mode de traitement des données	45
3.1	Questionnaire	45
3.2	Essai de visiophonie	45
4	Précautions méthodologiques	46
4.1	Questionnaire	46
4.2	Essai de visiophonie	46
5	Hypothèses opérationnelles	47
Résultats et analyses.....		48
1	Analyse des données et traitement des hypothèses	48
1.1	Présentation générale des réponses	48
1.2	Les patients face à la visiophonie : confiance et investissement	49
1.3	Avis des patients : en début et en fin de questionnaire.....	50
1.4	Avantages.....	53
1.5	LSVT®	55
1.6	Inconvénients	56
1.7	Expérimentations visiophoniques	57
2	Synthèse et conclusion pour les hypothèses opérationnelles	60
Conclusions.....		63
1.	Synthèse globale des résultats et des hypothèses théoriques	63
2.	Critiques sur la démarche et le travail	65
3.	Pistes de recherche et perspectives préventives et/ou thérapeutiques	67
4.	Positionnement personnel dans la recherche et les situations cliniques	68
Bibliographie.....		71
Glossaire		74
Annexes		76
Annexe I.	L'organisation structurale du langage.....	76
Annexe II.	Le questionnaire	77
Annexe III.	Résultats Excel du questionnaire Google Forms	85

Index des tableaux :

Tableau 1 : Troubles Neuro-Cognitifs Majeurs et mineurs.....	31
Tableau 2 : Avis selon chaque pathologie.....	51
Tableau 3 : Avis en fin de questionnaire.....	52

Index des graphiques :

Graphique 1: Répartition des pathologies	48
Graphique 2 : Répartition des âges	49
Graphique 3 : Auriez-vous confiance ?.....	49
Graphique 4 : Vous sentiriez-vous aussi investi ?	49
Graphique 5 : Accepteriez-vous d'utiliser la visiophonie ?.....	50
Graphique 6 : Pourcentage des patients par avantages	53
Graphique 7 : Raisons qui pousseraient un patient à consulter par visiophonie	53
Graphique 8 : Moyen de transport	54
Graphique 9 : Temps de trajet	54
Graphique 10 : Trafic	54
Graphique 11 : Pourcentage des patients par inconvénient.....	56

INTRODUCTION

1. Motivations

Si la relation humaine patient-thérapeute est au cœur des prises en charge orthophoniques, l'orthophoniste est appelé à s'interroger sans cesse sur les outils qu'il va utiliser et sur les activités qu'il va proposer au patient. Les outils sont utilisés soit pour établir ou affiner un diagnostic, soit pour soutenir les objectifs de rééducation. Du jeu de plateau, à la caisse de riz-pâtes-semoule, en passant par le mime ou le théâtre, l'orthophoniste est face à une multitude de moyens, chacun avec ses spécificités propres qui, sélectionnées à dessein, permettent de répondre au mieux aux objectifs de rééducation. Cependant, quel que soit le support choisi, celui-ci garde toujours son statut d'« outil ». Il doit donc être sélectionné avec pertinence pour répondre à une situation thérapeutique donnée en tenant compte de l'âge du patient, de sa pathologie, de ses capacités cognitives et attentionnelles ainsi que de sa motivation pour être mis au service des objectifs de rééducation préalablement établis par l'orthophoniste. En particulier, l'orthophoniste doit rester vigilant à ce que cet outil choisi ne nuise pas à la relation humaine patient-thérapeute. Comme l'explique Hannah Arendt dans son ouvrage *Condition de l'homme moderne* (1958), face à tout nouvel outil une analyse critique est nécessaire pour définir les plus-values mais également les faiblesses ou risques qu'un nouveau support présente. Cette vigilance est d'autant plus nécessaire quand il s'agit d'outils numériques qui évoluent très rapidement en proposant, de fait, des solutions nouvelles mais en imposant parfois également des comportements nouveaux. Si l'informatique est en effet devenue incontournable dans la gestion d'un cabinet, le numérique est également omniprésent dans le quotidien de beaucoup de patients. Cet outil peut donc être parfois une façon de les rejoindre dans un environnement qui leur est familier. Compte tenu de la vitesse avec laquelle les innovations numériques apparaissent, il est nécessaire de mener un travail de veille technologique mais, tout aussi indispensable, de bien analyser la pertinence des potentiels offerts par les nouveaux outils dans un contexte précis, ici, en l'occurrence, celui de l'orthophonie. Parmi ces outils innovants, j'ai choisi d'étudier et de discuter l'intérêt d'un suivi à distance des patients par visiophonie. En visiophonie, les interlocuteurs s'entendent et se voient par l'intermédiaire d'un écran d'ordinateur avec webcam et microphone (comme le principe du logiciel *Skype*).

1.1. Motivations personnelles

A la suite d'un stage de 7 semaines en neurologie l'été dernier (au centre de réadaptation de Bainville-sur-Madon), je me suis interrogée sur le suivi post-thérapeutique du patient de retour à domicile et sur sa réadaptation à son cadre de vie : fait-il des fausses-routes alimentaires ? Est-ce que les conseils et méthodes travaillés sont généralisés et bien adaptés à la réalité de son quotidien ? Arrive-il à être relativement autonome dans ses activités quotidiennes et ses relations sociales (boulangerie, pharmacie, rencontre des voisins, demande d'aide...) ? Il me semble donc intéressant de demander l'avis de patients quant à la visiophonie : par exemple dans un suivi avec "leur" orthophoniste de centre, ou pour une prise en charge par un orthophoniste libéral, ou encore pour la mise en relation de l'orthophoniste du centre et de l'orthophoniste libéral. J'ai découvert, grâce à mon maître de stage, que la téléorthophonie était un sujet en réflexion chez les orthophonistes de l'hôpital central de Nancy. Ce stage m'a aussi questionnée sur l'intérêt d'une rééducation à distance pour les prises en charge intensives. En effet, j'ai vu pratiquer deux rééducations de patientes parkinsoniennes grâce à la méthode LSVT®. Cette méthode est reconnue comme protocole de référence dans la rééducation de la dysarthrie parkinsonienne (Frey & Senepin, 2012). Les progrès des deux patientes sont le gage de séances très intensives : une heure par jour, quatre fois par semaine, pendant un mois, avec des exercices quotidiens à réaliser hors séance d'orthophonie. En centre, la méthode LSVT® est facilement mise en place. Cependant, la plupart des patients parkinsoniens vivent à domicile. Or la fréquence des trajets domicile-cabinet n'est pas sans conséquences sur la fatigue, et malheureusement peu d'orthophonistes sont formés à cette pratique ce qui rallonge la distance domicile-cabinet. Pour pallier ces difficultés de trajets (longueur et fréquence) le recours à la visiophonie pour la méthode LSVT® est fréquent aux États-Unis. Avant d'envisager un tel remaniement du cadre thérapeutique de l'orthophonie en France, il serait intéressant de sonder l'avis des patients français concernant la rééducation à distance.

Toutes ces réflexions m'ont poussée à entreprendre ce travail de recherche. Cependant, comme de nombreux sujets, il est multiparamétrique, et pourrait être envisagé sous différents points de vue. En effet, ce sujet pourrait être analysé sous un angle purement technologique, mais on s'aperçoit qu'il pose également des questions économiques (remboursements par la sécurité sociale), législatives, déontologiques, voire éthiques. D'autres aspects, plus au cœur de l'activité orthophonique, peuvent aussi constituer une grille d'analyse : les modifications de la relation patient-thérapeute (au niveau psychologique, sociologique, pratique, linguistique, expressif...), une

comparaison de l'efficacité selon les pathologies ou types de patients, les remaniements possibles de la profession d'orthophonie (création de matériel adapté, ré-étalonnage des bilans selon la modalité « à distance », possibilité d'accès multiples...), etc. La problématique de la visiophonie se diffracte donc en une multitude de projets de recherche.

J'ai donc choisi de m'intéresser au patient : quérir son avis sur le sujet, et réfléchir aux aspects déontologique, moral et éthique qui se rattachent au patient. Par ce regard extérieur – celui du patient et celui de l'éthique – je souhaite prendre du recul pour avoir un regard plus objectif sur cette "solution" que serait la visiophonie. Cependant comme les champs d'application de l'orthophonie sont très vastes, j'ai dû me restreindre à quelques pathologies ciblées pour pouvoir exploiter plus efficacement les résultats obtenus. J'ai choisi le domaine de la neurologie car celui-ci englobe des pathologies pouvant avoir un impact vital. Dans ce domaine, j'ai ciblé quatre pathologies afin de comparer l'avis des patients selon le type de pathologie : la dysphagie, la dysarthrie parkinsonienne, l'aphasie non fluente et la maladie d'Alzheimer. Ces quatre pathologies peuvent avoir de lourdes conséquences sur la vie du patient si les troubles ne sont pas pris en charge. Ainsi, la dysphagie (troubles de la déglutition) peut entraîner des fausses routes à répétition responsables de pneumopathies d'inhalation, ou des fausses routes obstructives. En cas de maladie de Parkinson, la voix peut devenir inintelligible si aucune rééducation n'est entreprise, ce qui altère considérablement la communication du patient avec son entourage. De même, la maladie Alzheimer doit être prise en charge dès que possible pour compenser puis pallier les troubles de la communication (manque du mot par exemple). On sait enfin qu'en cas d'accident vasculaire cérébral (AVC) le pronostic dépend de la précocité de la prise en charge : la rééducation précoce d'une aphasie se sert de la plasticité cérébrale pour améliorer les capacités de réadaptation et faciliter le phénomène de récupération. Il est donc important que les patients atteints de pathologies neurologiques bénéficient d'un suivi orthophonique.

En tant qu'étudiante en orthophonie, j'ai le désir de comprendre les attentes des patients, pour pouvoir m'y ajuster et orienter au mieux ma pratique future. Dans ce mémoire de recherche, je souhaite donc recueillir l'avis des patients concernant la prise en charge visiophonique, et voir si ces avis diffèrent suivant le type de pathologie. Personnellement, il me semble nécessaire de me forger un avis sur l'utilisation de la visiophonie, et d'une manière plus générale, de pouvoir réfléchir en amont à ma façon d'envisager mon futur métier.

1.2. Motivations scientifiques

Du point de vue orthophonique, deux principales approches peuvent être envisagées quant à ce nouvel outil : celle du thérapeute et celle du patient. Du côté du thérapeute, la littérature semble indiquer que les orthophonistes sont, pour beaucoup, sceptiques par rapport à la téléorthophonie, domaine novateur et encore peu connu des orthophonistes (Deygas, 2014). Du côté du patient, à ce jour, aucune enquête ne relate leur avis pour ce type de consultation. J'ai donc choisi d'aborder ce versant qui est complémentaire au précédent, puisque la coopération du patient est le gage de réussite de toute rééducation. Je souhaite savoir si les patients sont prêts à s'engager dans une relation à distance, sonder leurs attentes et leurs ressentis, exploiter ces avis, les confronter à la réalité du travail d'orthophoniste, leur donner une validité, et les rendre perspicaces pour aider à discerner si un tel outil serait adapté en orthophonie. L'avis des patients ne doit rester qu'un éclairage complémentaire à la problématique de la visiophonie en orthophonie car il reviendra aux orthophonistes eux-mêmes de juger de l'intérêt ou non d'une prise en charge à distance si elle est mise en œuvre.

2. Problématique

Je souhaite cerner de plus près la problématique de la téléorthophonie amorcée par Olivier Deygas dans son mémoire de recherche « La téléorthophonie : état des lieux et perspectives » où l'avis des orthophonistes et futurs orthophonistes a été recueilli. L'enjeu de mon travail de recherche est donc de recueillir, d'analyser, et de comprendre l'avis des patients, pour ensuite pouvoir envisager des perspectives à la lumière de l'éthique professionnelle. Quatre grandes pathologies neurologiques – pour lesquelles la prise en charge orthophonique est fondamentale et parfois vitale – servent de support à mon étude.

La visiophonie en orthophonie :

Avis de certains patients à pathologies neurologiques

(dysphagie, dysarthrie parkinsonienne, début de maladie d'Alzheimer, aphasie non fluente)

Et perspectives pour ces pathologies.

Ma démarche méthodologique s'oriente vers la conception d'un questionnaire spécialisé à l'attention de ces patients en séparant chaque pathologie pour pouvoir comparer les réponses, et vers un essai de visiophonie auprès de quelques patients dans le but de recueillir cliniquement leur avis après quelques séances.

Mots-clés : Téléorthophonie, visiophonie, neurologie, questionnaire, éthique

PARTIE THEORIQUE

1 La téléorthophonie

1.1 Qu'est-ce que la téléorthophonie ?

1.1.1 Définition

La téléorthophonie est, par étymologie, la pratique de l'orthophonie à distance. Elle peut être supportée par trois moyens :

- le visiophone : les interlocuteurs s'entendent et se voient par l'intermédiaire d'un écran d'ordinateur avec webcam et microphone ;
- le téléphone ;
- le courrier électronique.

Le but de la téléorthophonie est de permettre à certains patients (isolés ou avec une problématique spécifique) de bénéficier d'un suivi orthophonique adapté à leur pathologie quand la rencontre « *in presentia* » n'est pas possible. Ainsi la téléorthophonie permet de compléter et non de remplacer les services d'orthophonie existants. C'est un outil au service de l'orthophonie.

1.1.2 Modification du cadre traditionnel

La téléorthophonie modifie le cadre traditionnel de l'orthophonie : la rencontre ne se fait plus *in presentia*. En effet, le patient et le thérapeute sont séparés physiquement, ils sont dans des espaces disjoints et parfois même des instants disjoints (cas du courrier électronique), on a alors des distorsions spatio-temporelles. Un nouvel espace-temps apparaît. Celui-ci dépasse cependant une simple juxtaposition de deux mondes : l'enjeu est de créer une nouvelle relation thérapeutique à distance (Akrich & Méadel, 2004) ce qui demande une certaine adaptation. En effet, les rapports patient/soignant sont modifiés puisque le « être avec » de l'exercice traditionnel s'estompe. L'acceptation, par les acteurs, de ce nouvel espace de rencontre n'est pas acquise a priori. Ils doivent apprendre à s'approprier cet outil et à apprivoiser ce nouveau mode de communication.

L'expérience si singulière de la téléorthophonie appelle donc à une certaine ouverture d'esprit, à une flexibilité de notre vision sur la prise en charge orthophonique, et à une connaissance de tous les tenants et aboutissants, sans laquelle la nouvelle alliance thérapeutique aura des difficultés à se tisser.

1.1.3 Champs d'application

Selon les orthophonistes et futurs orthophonistes (ASHA, 2014 ; Deygas, 2014), certains patients sont plus indiqués pour bénéficier de la téléorthophonie :

- les 12-17 ans et les adultes, en évitant les patients trop jeunes ou trop âgés car ceux-ci sont moins aptes à utiliser un logiciel informatique.
- les patients présentant des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe) ou une pathologie neurologique (dysphagie neurologique, aphasie, maladie neurodégénérative, etc.). Par exemple, un adolescent dyslexique se sentira moins surveillé grâce à la distance (physique et/ou temporelle) imposée par l'écran et gagnera en confiance lors de ses productions écrites.
- les patients pris en charge pour : un suivi post-thérapeutique, une surveillance ou une guidance. Comme ces rendez-vous sont généralement espacés (toutes les 3 semaines, tous les mois ou plus) et qu'ils requièrent moins de temps qu'une séance de rééducation ordinaire, la rencontre par téléorthophonie pourrait être la bienvenue pour éviter de trop longs trajets. Ce point est à discuter avec le patient pour qui la rencontre *in presentia* peut être fondamentale.

1.2 État des lieux

Aux États-Unis, la téléorthophonie est reconnue dans près de la moitié des états (Dudding & coll., 2012) par l'ASHA et l'ATA (glossaire). Cependant, son utilisation reste encore limitée (ASHA, 2005b) et peu d'études enquêtent sur les perspectives d'utilisation de la téléorthophonie. L'utilisation limitée de cette pratique est probablement due à l'exigence de certificats propres à chaque État, licences qui sont en outre onéreuses. Ainsi, pour télé-consulter avec des patients résidant dans d'autres États, les praticiens doivent payer de nouvelles licences autorisant leur exercice. Les orthophonistes américains demandent donc une généralisation de ce diplôme sur tout le territoire des États-Unis (ASHA, 2014).

La téléorthophonie comprend l'utilisation de la visiophonie. C'est dans les années 1970 que débute l'histoire des dispositifs visiophoniques. Aux États-Unis, Alexander Graham Bell tente un lancement commercial du dispositif inventé dans ses laboratoires quarante années plus tôt. Au même moment, la Direction Générale des Télécommunications (DGT) française entreprend des expérimentations d'un système de visiophonie à Biarritz. Ce projet aboutira dans les années 1980 (Licoppe C. & Relieu M., 2007). Ces avancées technologiques ont permis aux docteurs Ramig, Fox et McFarland de concevoir une application directe à leur méthode LSVT®. Cette méthode a été

pensée et conçue en 1987 avec, comme visée première, la rééducation de la dysarthrie parkinsonienne. Elle se base sur les principes d'intensité et de haute fréquence des exercices, nécessitant un investissement certain du patient. La pratique de cette méthode américaine requiert une formation sanctionnée par un diplôme spécifique. Mais les grands espaces du territoire américain ont rapidement interrogé la faisabilité de la méthode LSVT®. Les inventions Bell ont permis spontanément la naissance de consultations à distance : elles ont été jugées bien plus pratiques pour le patient comme pour l'orthophoniste. La méthode LSVT® illustre bien l'adaptation de la pratique aux besoins du territoire. Depuis ces événements, la téléorthophonie se répand progressivement aux États-Unis (Khandheria & Bijoy, 2008).

Il est difficile de connaître les pratiques des autres pays quant à la téléorthophonie car, à ma connaissance, aucune étude ne relate ces faits. En revanche, on retrouve facilement de nombreux sites proposant leurs services de téléconsultation visiophonique. Depuis 2002, ces sites ont connu une réelle explosion numérique (Demailly, 2007). Ainsi, *Viziocare*, *Orthophonie à distance* de Mouchnino Philippe, ou encore *Orthophonie en ligne* de Ouazzani Françoise, offrent ce que les familles d'expatriés ne trouvent pas sur place. Mais ces pratiques sont pour l'instant classées hors convention, et donc non remboursées par la Sécurité Sociale.

A l'heure actuelle, la France ne propose encore aucun cadre administratif à l'exercice de la téléorthophonie et le ministère de la santé ne recense pas de projet concernant ce domaine de recherche bien que de nombreux travaux voient le jour en télémédecine. Voici quatre exemples récents de projet en télémédecine : deux d'entre eux visent à faciliter la mise en place de la télémédecine dans les hôpitaux et autres établissements sanitaires (un vade-mecum de télémédecine en septembre 2014 et cinq fiches pédagogiques par l'ASIP Santé en avril 2015, voir glossaire), un projet "Téléplaies" au Centre Hospitalier de Paimpol en Bretagne lancé fin 2015, et du 26 juin au 1^{er} juillet 2016 aura lieu à Besançon l'université d'été francophone de la santé publique, rencontre qui abordera entre autres le thème de la télémédecine. En revanche, pour l'orthophonie on en est encore à l'état de questionnements et de réflexions embryonnaires comme le montrent les propos du sénateur représentant des expatriés français, Olivier Cadic, le 7 décembre 2010 – il voit la téléorthophonie comme un « service innovant et susceptible d'aider des familles à la recherche d'un soutien » – mais rien d'officiel ne voit le jour. Le manque d'études n'aide pas à la connaissance de cette pratique.

A ce jour, encore peu d'études traitent de l'efficacité de la téléorthophonie probablement par manque de recul car le sujet reste relativement récent. Il est donc encore difficile de juger objectivement de l'efficacité de la thérapie à distance.

1.3 Avis des orthophonistes et futurs orthophonistes selon Olivier Deygas (2014)

L'étude d'Olivier Deygas montre tout d'abord qu'en grande majorité les orthophonistes n'ont aucune expérience en matière de téléorthophonie, ce qui rend un peu plus difficile la réflexion sur la portée de cette pratique. Mais l'approche du questionnaire de son mémoire leur a permis d'entrer dans cette réflexion en leur proposant des cas de patients précis.

Les résultats du questionnaire mettent en lumière que les orthophonistes interrogés restent relativement sceptiques et estiment que la téléorthophonie contraindrait leur pratique. En effet ils pressentent que le travail par écran interposé obligerait une posture uniquement en face-à-face et que, par conséquent, l'alliance thérapeutique serait plus difficile à installer. Or l'alliance thérapeutique est majoritairement tissée grâce à la co-présence physique - estimée comme indispensable par 70 % de ces orthophonistes. En effet la rencontre *in presentia* permet l'utilisation et la perception d'indices subtils verbaux ou non-verbaux qui ne pourraient être analysés aussi finement à distance. De plus, face à des patients dont la communication orale est altérée, ce type d'indices est nécessaire. La vision partielle imposée par l'écran est un autre point limitant car cela contraint la maîtrise des objets autour du patient et rend bien plus laborieuse la gestion de l'entretien. En effet, comme l'explique De Fornel (1994), chaque interlocuteur n'a pas la possibilité de s'adapter aux mouvements corporels de l'autre en modifiant son propre positionnement et/ou en déplaçant son champ visuel, comme cela se fait naturellement en face à face. Si un interlocuteur bouge et que son visage n'est plus visible sur l'écran, l'interaction est perturbée puisque le visage occupe une place centrale dans la régulation de l'interaction. Un *feed-back* est donc nécessaire pour un réajustement à la caméra : les interlocuteurs sont esclaves de ce que l'écran leur offre. Les orthophonistes interrogés estiment donc difficile le maintien attentionnel du patient à distance. Ainsi, le fait que les inter-actants ne partagent pas le même espace réel et que leur interaction soit médiatisée par un écran contribue à atténuer le sentiment de présence physique et à « dé-réaliser » le corps de l'autre. Pour les orthophonistes, l'entretien aurait alors une certaine note d'irréel.

De ces questionnaires ressortent trois avantages à la pratique de la téléorthophonie. Le premier est la part écologique de ce nouveau type de prise en charge, argument qui n'est pas des moindres au vu de la prise en compte grandissante des enjeux environnementaux globaux, comme en témoigne la COP21 : le patient n'aurait pas à utiliser sa voiture à essence (moyen de transport le plus utilisé), entraînant ainsi un gain de temps considérable et une diminution d'émission de gaz à effet de serre. C'est une contribution minime certes, mais elle participe à sa mesure au projet commun : adopter une attitude respectueuse de l'environnement. Le second est que la

téléorthophonie aiderait le patient à devenir plus autonome dans sa communication. En effet, puisque l'orthophoniste n'est pas à ses côtés et que la vision de l'écran est partielle, se faire comprendre devient un peu plus difficile mais favorise l'utilisation de moyens de compensation, cela peut donc être un facteur de progrès. Ainsi, comme le patient reste chez lui, le transfert dans son quotidien (qu'il ne quitte pas) des notions abordées en séances se fait plus naturellement.

Les orthophonistes confrontés à la pratique à distance (orthophonistes pratiquant ou ayant déjà pratiqué la téléorthophonie, orthophonistes formés par visio-conférences, orthophonistes exerçant à l'étranger) montrent une plus grande ouverture à la téléorthophonie et y voient moins de contraintes que les autres orthophonistes. Lemkes & Dejoy (2008) ont montré que le fait d'avoir suivi des formations à distance est un facteur en faveur de l'acceptation de la téléorthophonie. C'est ce qu'on pourrait appeler la levée des préjugés par l'expérience. Ceci est renforcé par le désir des autres orthophonistes d'être formés et entraînés à cet outil afin de bien connaître et maîtriser les changements introduits dans la communication pour savoir s'y adapter (De Fornel, 1988).

Le point commun entre tous les orthophonistes, habitués ou non à la téléorthophonie, est qu'ils s'entendent sur le fait que rien ne remplace la séance en cabinet : la téléorthophonie n'est pas une nouvelle discipline au sein de l'orthophonie, mais bien un outil qui n'est et ne doit rester qu'un complément ponctuel à la pratique au cabinet. La téléorthophonie n'est à mettre en place qu'en derniers recours, si aucune autre solution n'existe, en ayant toujours à l'esprit le bien du patient.

En guise d'ouverture, voici des propos recueilli par Olivier Deygas lors d'un entretien avec un orthophoniste n'ayant jamais utilisé la téléorthophonie mais ouvert à de nouvelles perspectives dans la profession : *« Notre métier est celui de la communication. La téléorthophonie peut nous permettre de voir un autre versant de la communication du patient, comment il se comporte dans un autre contexte. On parle souvent de la différence entre la communication duelle, dans un cabinet avec l'orthophoniste, et la communication à l'extérieur du cabinet : nous avons peut-être là un espace intermédiaire. [...] J'ai le sentiment que cet outil (la téléorthophonie) pourrait être utile. En tout cas et pour résumer, nous avons un outil, qu'en faisons-nous ? Je pense qu'il y aurait d'autres façons d'envisager son usage dans notre métier. »* (Deygas ; 2014)

2 Spécificités de la visiophonie

2.1 Avantages

L'avantage capital, c'est-à-dire celui qui est « à la tête » et dont découlent d'autres avantages, est l'absence de trajet. D'après plusieurs études (ASHA, 2005a ; HAS, 2011 ; Scheideman-Miller & al, 2002 ; Theodoros, 2012), la visiophonie présente des atouts non négligeables répondant aux questions de distance patient-thérapeute, de coût de déplacement, et d'impact du trajet sur l'état émotionnel ou cognitif du patient. Cette absence de trajet, pour le patient ou pour l'orthophoniste, permettrait aussi de participer à l'écologie environnementale (Deygas, 2014).

Les questionnaires de Deygas rapportent que 60% des patients viennent en consultation emmenés par un proche, et 20% par leurs propres moyens. Ainsi, du point de vue du patient, l'absence de trajet permettrait :

- un gain en autonomie pour les 60 % tributaires de leurs proches (Seelman & Hartman, 2009). Il est bon de noter que ce gain en autonomie n'est possible qu'avec des patients habitués à la manipulation d'un ordinateur ;

- une diminution de la fatigue et du stress liés au déplacement en consultation, argument valable principalement pour les 20 % qui viennent seuls en consultation, mais également pour les 60 % autres car les embouteillages ou le stress du conducteur augmentent eux aussi la tension du passager, ici le patient. 81 % des orthophonistes affirment que le trajet du patient pour se rendre au cabinet a une réelle influence sur son suivi à cause des contraintes familiales, de la durée (suivant la localisation, 5 % à 11 % des patients passent plus d'une heure aller-retour dans leur trajet), du coût, de la fatigue et du stress (Deygas, 2014). Par conséquent, la suppression des trajets réduirait les perturbations émotionnelles et cognitives au bénéfice de la thérapie : cela permettrait une plus grande disponibilité du patient ;

- une augmentation de la fréquence des séances sans y corréler la fatigue des trajets. Des séances plus rapprochées faciliteraient les progrès du patient principalement dans l'assimilation et le transfert des techniques abordées en rééducation ;

- un suivi longitudinal, ou surveillance à domicile sur le long terme, particulièrement en ce qui concerne le domaine de la déglutition ;

- une prise en charge la plus adaptée possible pour une plus grande efficacité de la rééducation et un plus grand confort du patient. En effet, soigner le patient sur son lieu de vie

permet une meilleure compréhension de ses besoins fonctionnels et facilite l'implication de l'entourage. Cela peut aussi permettre d'adresser le patient à des orthophonistes plus à même de le prendre en charge : soit parce que formés à une technique particulière (LSVT® par exemple), soit parce que parlant la même langue.

Dans le cas où c'est l'orthophoniste qui se déplace au domicile du patient, l'absence de trajet aurait elle aussi des avantages. Ceci est confirmé par les orthophonistes eux-mêmes qui voient la suppression de leur déplacement comme l'intérêt principal de la téléorthophonie (Deygas, 2014) puisque cela permettait :

- un gain de temps considérable, temps pouvant alors être exploité de différentes manières selon les besoins de l'orthophoniste et/ou des patients : rédaction de bilans, préparation de séances ou encore prises en charge d'autres patients sur liste d'attente. Ce gain de temps permet donc une optimisation du temps de travail ;

- une diminution de la fatigue et du stress liés aux déplacements à domicile, et par conséquent une plus grande disponibilité d'esprit. La fatigue et le stress dépendent du type de trajet entre le cabinet et le domicile : fluidité du trafic, longueur du trajet, conduite urbaine, sur périphériques, sur des petites routes de campagne ou en montagne, place de stationnement à trouver ;

- un gain financier : les conditions actuelles pour l'exercice à domicile sont peu attractives. En effet, les trajets au domicile du patient sont peu remboursés, ils peuvent être source de fatigue ou de stress et le temps pris sur la route est un moment non consacré à une autre prise en charge, donc moins d'entrées d'argent. La visiophonie permettrait peut-être à plus de patients à domicile d'être pris en charge sans pénaliser les orthophonistes. Un point est à relever du côté des caisses d'assurance : il n'y aurait certes plus à rembourser les trajets des orthophonistes ou des patients en ambulance, mais ce gain financier serait à comparer avec le prix du matériel de visiophonie.

2.2 Un cadre relationnel modifié

L'étude de De Fornel (1994), montre qu'une interaction par visiophone n'est pas d'emblée naturelle et demande un temps d'adaptation puisqu'avec ce nouveau moyen de communication les repères habituels de la situation en face à face sont perturbés. Cependant, il fait remarquer que « la

co-présence physique n'est pas une condition nécessaire de l'interaction verbale » puisque l'on peut aussi bien communiquer par lettre que par téléphone alors que l'interlocuteur n'est pas présent physiquement. Ainsi, la visiophonie se déroule dans un « espace physique abstrait ». Ce nouvel espace est bien plus fragile qu'une interaction *in presentia* puisque la co-présence est virtuelle : bien que les yeux voient l'interlocuteur, ce dernier n'est pas présent physiquement. Cette situation est en contradiction avec les interactions quotidiennes ce qui demande au cerveau un temps d'ajustement, un temps d'appropriation.

A fortiori, ce temps d'adaptation sera plus long avec des patients dont la compréhension est altérée. C'est ce qu'explique une orthophoniste ayant pratiqué la téléorthophonie par le moyen du visiophone : « *Tout est plus long pendant la séance : on ne peut pas montrer le mot ou l'image sur laquelle on veut s'arrêter, il faut l'expliquer, etc. Ce qui crée beaucoup de temps à juste se synchroniser.* » (Deygas, 2014). Une séance par visiophone entraîne donc des difficultés concernant l'utilisation de matériel et la guidance dans les gestes d'écriture ou dans la manipulation d'objets.

Ce cadre relationnel modifié amène ainsi plusieurs questionnements concernant la place des aidants et la nécessité ou non de séances en cabinet en complément de la visiophonie. En télé médecine, la place de l'aidant est centrale (Esterle, 2011). La visiophonie questionne elle aussi la gestion de la présence des aidants au cours de l'entretien. En effet, lors de la prise en charge en cabinet, les aidants ne sont pas présents. En séance à domicile (l'orthophoniste se déplace chez le patient), les aidants se font généralement discrets et évitent d'entrer dans la pièce où a lieu la séance comme pour signifier que cette pièce devient alors comme le « cabinet d'orthophonie ». Mais lors d'une séance par visiophone, le patient est chez lui et les aidants (s'il y en a) s'éloignent peu dans le but de réagir à la moindre difficulté avec l'ordinateur. De fait, la gestion du matériel informatique peut s'avérer délicate pour des sujets âgés, hémiplésiques, dyspraxiques, ou avec des troubles cognitifs. La présence des aidants n'est pas à exclure à tout prix car elle peut être nécessaire dans un premier temps pour s'assurer que le patient s'adapte bien au dispositif, et pour voir s'il peut être autonome dans la gestion des outils informatiques. Par la suite, pour une plus grande facilité dans le déroulement de la séance, l'orthophoniste aura probablement besoin d'une relation uniquement duelle pour réussir à s'adapter au patient sans que celui-ci soit perturbé par la pression d'un regard extérieur. Ensuite, en fonction de chaque patient, la question sera de déléguer ou non certains gestes aux aidants. La question de la guidance des aidants par le biais de la visiophonie est abordée dans un mémoire en cours de réalisation par Chloé Baudet et Charlotte Lamy, étudiantes à l'école de Strasbourg.

Le second point à aborder au sujet de la visiophonie, est celui de l'intérêt ou non de rencontre(s) en présentiel avant et/ou pendant la rééducation en téléorthophonie (Marchand & Crevier, 2011 ; Reynolds et al, 2006 ; Theodoros, 2012). Concernant le bilan orthophonique, aucun matériel n'a pour le moment été étalonné pour des bilans à distance. Il est donc probablement nécessaire de réaliser le bilan en présentiel. Ensuite, il est important de passer un contrat avec le patient et son entourage concernant l'alternance entre des séances en cabinet et des séances en téléorthophonie. Une orthophoniste ayant pratiqué la téléorthophonie partage son expérience : « *On peut suggérer des rencontres par écrans interposés et voir ce que cela produit chez le patient. Par la suite, je pense qu'il serait bon de garder un rythme régulier de rencontres en cabinet. [...] Ces séances en présentiel, je les vois comme un moment où l'on peut exprimer ce que l'on a ressenti pendant ces rendez-vous à travers l'écran, pour parler de ce qui se joue pendant ces moments-là.* » (Deygas, 2014). L'enjeu de la téléorthophonie est de trouver un équilibre dans cette alternance pour s'ajuster et se réajuster tout au long de la prise en charge. Il n'y a pas de "bonne solution", mais il faut trouver la solution la plus adaptée au patient, à son entourage et aux autres professionnels au moment présent. Apporter les meilleurs soins au bon moment est le propre de la diligence.

2.3 Limites

« *Mieux vaut prévenir que guérir* » dit le dicton, et on pourrait aussi dire « Prévenir c'est déjà guérir » comme dit le Dr Pierre Sabouret (2006) puisqu'en anticipant un nouveau problème on peut se préoccuper des soucis déjà présents sans en ajouter de nouveaux. Ainsi, vaut-il mieux connaître et être prêt à réagir aux limites de la visiophonie, plutôt que de les découvrir en même temps que le patient au risque de le déstabiliser d'autant plus. Une bonne connaissance de l'outil permettrait de « prévenir » les difficultés et participerait à une bonne prise en charge du patient. On pourrait transposer le dicton « *Prévenir c'est guérir* » ainsi : « Prévenir les limites de la visiophonie, c'est réaliser une prise en charge responsable ». Et « prévenir » peut aller jusqu'à l'abandon de cette solution. Si au contraire la solution de la visiophonie se voyait retenue, « prévenir » se déclinerait alors en « *bien prévoir sa séance à l'avance pour envoyer le matériel nécessaire* » (Deygas, 2014). L'absence de présence physique remet en question les activités habituelles des séances d'orthophonie. Ainsi, le thérapeute aura plus de difficultés à s'ajuster en direct au patient en lui proposant des objets, images ou activités de son cabinet. Les activités se baseront en majorité sur l'oral, ou bien sur un support papier envoyé au préalable mais sans savoir si cela conviendra à l'humeur ou à l'état de fatigue du jour. Il est néanmoins possible d'utiliser une fonction du logiciel nommée « partage d'écrans ». Cette fonction permet d'éviter les frais supplémentaires liés aux envois de supports papier et de présenter au patient ces mêmes documents pré-scannés, démarche qui requiert cependant une certaine prévoyance de la part de l'orthophoniste. Outre ce « partage d'écrans », il est difficile de proposer au patient des activités concrètes ajustées comme l'utilisation d'objets, la manipulation de matériel ou encore la guidance des gestes. Cette limite de la visiophonie est reprise par ce témoignage d'une orthophoniste (Deygas, 2014) : « *[La visiophonie] c'est toujours mieux que rien. Mais c'est frustrant, car le rapport énergie investie et efficacité n'est pas super. Pour moi, les domaines de frustration sont plus importants que ceux de plaisir.* ». Ainsi, l'engouement pour la visiophonie doit être mesuré en regard des limites de l'outil. Malgré les promesses de solutions créées par les nouvelles technologies, les questions sociales, éthiques, psychologiques et professionnelles ne sont pas à éluder. Prendre du recul avant de se lancer à corps perdu dans « l'unique solution apparente », permettrait d'éviter un certain nombre d'erreurs et de prendre en considération les limites techniques ; limites qui pourraient être source d'échec de la séance d'orthophonie. Autrement dit, suivons le dicton : « *Prévenir c'est guérir* ».

Dans ce but, je vais aborder les limites techniques (problèmes de son et de regard) et les risques encourus par une prise en charge visiophonique.

2.3.1 Problème du son

Bien que la science propose des technologies innovantes et utiles, des progrès sont encore attendus au niveau de la qualité : suivant les capacités de connexion Internet et le matériel utilisé (microphones d'entrée et de sortie), l'utilisation d'un visiophone peut surimposer du bruit ou avoir des effets de distorsion du son dans la communication. « *Un son instable c'est très inconfortable, surtout en cas de difficultés phonologiques. Et travailler l'intelligibilité n'est évidemment pas possible dans ces conditions.* » commente une orthophoniste ayant pratiqué la visiophonie (Deygas, 2014). A l'ordinaire, un sujet sain compense facilement, il sait s'adapter à une situation bruyante en changeant de pièce, en se rapprochant de son interlocuteur ou en exagérant ses gestes, mais surtout en mobilisant plus fortement sa suppléance mentale. Ce travail est plus difficile lorsqu'on est conditionné par un outil, ici le visiophone, puisqu'il sollicite fortement les capacités de suppléance mentale. Par conséquent, des malentendus peuvent survenir plus rapidement qu'en présentiel. Il est nécessaire de prendre des précautions comme la précision des formulations et l'utilisation d'un plus grand nombre de détails (Demailly, 2007). Mais cette énergie dépensée est sans commune mesure avec celle que dépenserait un patient pour qui la communication ordinaire est déjà laborieuse. Il faut donc être attentif à l'importance du bruit surajouté ou distordu à cause du visiophone, le mettre en balance avec les troubles du patient, et « *être très créatif et imaginatif* » pour pallier ces problèmes de son, comme le dit une orthophoniste interviewée (Deygas, 2014). Si ces aléas techniques sont trop prégnants, il faudra au besoin orienter le patient vers un autre type de prise en charge.

Un autre point peut être également relevé : en cas de bilan de dysarthrie ou tout autre analyse de la voix, il serait difficile de connaître l'intensité sonore exacte du patient car cela dépend de sa distance au micro, de la qualité de transmission entre les deux ordinateurs et du volume d'émission du son. Pour pallier ce problème, les fondateurs de la méthode LSVT® proposent "LSVT Companion® System", un outil performant conçu pour analyser automatiquement la voix du patient et transmettre ces données en direct à l'orthophoniste. Mais ce logiciel est relativement onéreux.

Pour le moment, aucune étude ne s'est intéressée à l'impact des bruits surajoutés, distordus ou de la question du volume sonore dans les soins à distance en orthophonie, ce qui ne veut pas dire qu'il faille les ignorer : ils sont bien présents et méritent une attention particulière.

2.3.2 Problème de regard

En visiophonie, le champ de vision est restreint par l'angle de la caméra et la taille de l'écran. Il est donc nécessaire de se positionner non seulement pour voir son interlocuteur mais aussi pour être vu par lui. Ceci diffère des relations face-à-face habituelles où le cerveau a intégré que si nous voyons notre interlocuteur, celui-ci nous voit en retour : "On me voit donc je suis" comme dit Sartre. La difficulté réside dans le fait de remettre en question cette vérité acquise, en contrôlant régulièrement sur l'écran que l'on est toujours dans le champ visuel de la caméra, et donc dans le champ visuel de notre interlocuteur.

Dans son mémoire, Olivier Deygas montre que l'utilisation d'un visiophone modifie la perception, l'appréciation et la signification du regard. Tout d'abord l'appréciation du regard est biaisée par l'effet « faux-jeton ». C'est la distance à la caméra qui conditionne cet effet : une position trop proche de l'écran – et donc de la caméra – donne une impression de regard orienté vers le bas et non vers le visage de son interlocuteur ; cet effet « faux-jeton » s'atténue en s'éloignant de la caméra. Cela est dû à la position de la caméra sur l'écran d'ordinateur : elle est généralement en haut de celui-ci. Elle ne capte donc pas le regard qui, lui, est orienté vers le milieu de l'écran. Des systèmes plus sophistiqués, permettent de pallier cet effet, au moyen de jeux de miroirs, mais leur prix les rend actuellement encore inabordables.

La position face à l'écran rend le regard fixe. Au début cela peut un peu perturber, mais De Fornel (1994) explique que cette fixité n'est rapidement plus jugée inconvenante grâce à la médiation de l'écran. De fait, les interlocuteurs n'ont pas l'impression de se regarder directement mais par le biais d'un filtre, celui de la caméra et de l'écran. Ainsi ils ne se sentent pas agressés par le regard fixe de l'autre. En outre, l'écran réduit la taille du corps des interlocuteurs ce qui leur enlève leur caractère sensible et tactile. On pourrait dire que l'écran protège, il met comme une distance de sécurité : l'interlocuteur n'est pas présent physiquement, chacun reste dans son environnement physique personnel ce qui contribue à atténuer d'autant plus le sentiment de présence physique. Ce filtre « dé-réalise » en quelque sorte la présence de l'autre puisque fermer l'écran ou déconnecter le logiciel lui retire sa capacité de communiquer avec nous et d'intervenir dans notre environnement. Le risque est de ne pas prendre au sérieux cette interaction, de ne pas s'y sentir pleinement engagé car l'autre ne paraît pas « réel ». Une autre conséquence du regard fixe est que dès que celui-ci quitte l'écran, l'interlocuteur le perçoit comme une allure de désengagement ; ainsi lorsque l'un des deux interlocuteurs regarde vers le haut pour chercher son inspiration ou prend des notes, on peut croire qu'il n'est plus dans l'interaction, qu'il se coupe de la communication.

2.3.3 Risques

Bien que sous un certain angle, la visiophonie présente de nombreux avantages, il faut savoir apprécier les risques qui ne sont pas sans conséquences pour le patient ou même pour la profession d'orthophonie. La visiophonie est certes bénéfique, mais mal utilisée elle peut devenir délétère.

Tout d'abord, il faut être attentif à ce que le patient ne soit pas uniquement pris en charge par des soins à distance car cela pourrait conduire à une plus grande perte sociale et à un sentiment prégnant de solitude ou d'abandon. De fait, la population en demande d'orthophonie est généralement un public fragile, avec une image de soi défaillante. Or la rencontre par l'intermédiaire d'un écran empêche toutes manifestations empathiques physiques : poser une main réconfortante sur l'épaule ou sur la main du patient, tendre un mouchoir, l'accompagner et le soutenir dans son transfert vers un fauteuil, l'aider à se redresser, à changer de position, etc. Cette distance physique réduit aussi les possibilités d'adaptation à l'humeur du patient. Par exemple, le patient peut paraître agressif, inattentif, ou complètement mutique à cause d'une mauvaise position d'un membre non visible à l'écran, d'un courant d'air, du verre d'eau inaccessible, etc. Et ses difficultés de communication peuvent l'empêcher d'exprimer clairement son besoin ; le travail du pointage serait également difficilement réalisable via écrans interposés. Frustration et incompréhension sont alors elles aussi au rendez-vous d'orthophonie.

Les troubles associés (paralysie, hémianopsie, apraxie (glossaire)) sont de même plus difficiles à gérer par l'orthophoniste qui ne peut pas guider le patient dans ses gestes ou faire à sa place quand il est dans l'impossibilité d'y parvenir. Le cas de certaines démences en phase modérée à sévère pourrait être une contre-indication à la visiophonie, car la télé-séance risquerait d'être prise pour une hallucination. Les résultats du mémoire d'Olivier Deygas témoignent que les orthophonistes familiers avec la téléorthophonie suivent moins les patients âgés à cause des contraintes citées précédemment : la visiophonie serait plus pénalisante pour ce type de patients que pour les 12-17 ans et les adultes comme indiqué dans le paragraphe "1.1.3". En revanche, les futures générations de personnes âgées seront probablement plus aptes à utiliser cet outil car actuellement, l'informatique fait partie intégrante du quotidien d'un grand nombre de personnes.

Un autre risque pour le patient, serait la présence de ses données personnelles sur le réseau Internet. Ce réseau Internet est certes privé et protégé, mais rien ne garantit une faille informatique ou une violation des données. Malgré toutes les précautions prises, il peut subsister un risque concernant le secret médical.

En regard de ces risques et difficultés, certains orthophonistes ne souhaitent pas développer leur activité professionnelle dans ce domaine (Deygas, 2014). Ils ont bien conscience de leur responsabilité professionnelle et ne désirent pas s'engager dans une voie encore peu sûre et non reconnue.

Si les risques pour le bien-être du patient sont facilement envisageables, les risques pour la profession d'orthophonie, eux, sont bien plus insidieux. Si le cadre est mal défini et les limites floues, c'est la porte ouverte aux dérives et abus. Ainsi, cette solution pourrait être utilisée par des thérapeutes non orthophonistes. Un travail est donc à réaliser en amont : filtrer les professionnels puis former les orthophonistes désirant utiliser la visiophonie, leur délivrant ensuite une licence d'utilisation. Pour plus de sécurité, l'accès au logiciel pourrait se faire via la carte professionnelle. Un autre risque, difficilement maîtrisable, concerne les enregistrements. En effet, l'utilisation d'un ordinateur sous-entend la possibilité d'enregistrement. Il faut donc être vigilant à toute réutilisation soit par le professionnel lui-même pour d'autres patients, soit par d'autres professionnels appartenant ou non à la profession suite à un don ou à une vente de ces enregistrements.

Du côté de la pratique elle-même il pourrait apparaître des dérives comme la réalisation de plusieurs séances au même moment sur des écrans juxtaposés : l'orthophoniste pourrait donner un exercice à un patient pendant qu'elle s'occupe d'un autre, et ainsi facturer plusieurs séances à la fois. « *L'appât du gain n'a pas de limites* » nous prévient Jean-Jules Richard, écrivain québécois du XX^{ème} siècle. En continuant la réflexion sur la malhonnêteté, l'orthophoniste pourrait utiliser cette solution pour ne pas payer les taxes d'un cabinet et réaliser ses séances uniquement par visiophonie depuis son domicile, lui permettant ainsi un gain de temps (pas de trajet jusqu'au cabinet, possibilité de chevauchement de séances) et d'argent (pas de trajet, pas de taxe sur le cabinet, pas de matériel à acheter). On perçoit rapidement que ces attitudes démesurées ne sont aucunement déontologiques. Il faut donc savoir poser des limites strictes pour préserver la profession d'orthophonie et l'intérêt du patient : « *Prévenir c'est guérir* ». En outre, il est bon de garder à l'esprit que l'utilisation de la visiophonie n'est qu'une solution de dernier recours en cas d'impossibilité d'autre prise en charge orthophonique pour le patient. Il faudra donc prouver que le patient en question nécessite bien une rééducation mais ne peut trouver un professionnel à proximité de son domicile.

2.4 Conclusion : cadre modifié ? Nécessité d'en poser un nouveau

La visiophonie est bien en outil au service de l'orthophonie, elle permet de compléter certaines lacunes. La question est de trouver la juste place à lui accorder. Mary Shelley montre, dans son récit *Frankenstein ou Le Prométhée moderne*, que la technologie évolue souvent très vite et distance de loin la morale qui peine à suivre. Pour ne pas se faire submerger par les conséquences négatives de la visiophonie, la profession d'orthophonie se doit d'être « prévoyante » (« Prométhée » en grec) en posant des limites claires et un cadre précis. Ceci demandera une réflexion en syndicats et commissions éthiques pour une potentielle modification dans la nomenclature des actes professionnels (NGAP) orthophoniques et une révision du Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste.

D'après Olivier Deygas (2014), il semble que, pour une réelle efficacité de la prise en charge orthophonique par visiophone, trois points sont à retenir :

- bien connaître et maîtriser l'outil : être conscient des modifications supportées par ce nouveau canal. En effet, apporter un acte de soin à distance suppose des acquis et une assurance qui demandent du temps ;
- obtenir l'adhésion et la motivation du patient : prérequis à toute prise en charge. En effet, l'usage de ce type d'outils informatiques demande d'être déjà « habitué » aux technologies modernes ou d'être prêt à en faire la découverte ce qui demande une certaine ouverture d'esprit et une bonne plasticité cérébrale pour intégrer de nouveaux schèmes (voir glossaire). Il faut être attentif aux patients d'une génération ou d'un niveau socio-culturel limitant leur appétence à l'utilisation de la visiophonie : des patients trop âgés ou moins habitués aux technologies peuvent ne pas adhérer à ce type de prise en charge ;
- avoir particulièrement préparé la séance, et envoyé au préalable les supports le cas échéant.

Les "orthophonistes n'ayant jamais pratiqué la téléorthophonie" sont presque unanimes (95%) sur la nécessité d'une première rencontre *in presentia* avant la mise en place de séances visiophoniques (Deygas, 2014). Ce premier rendez-vous permettrait de créer plus facilement

l'alliance thérapeutique et de mieux cerner la problématique du patient. Il serait également possible d'expliquer en direct au patient le fonctionnement du visiophone et de faire, si besoin, des tests. « *Le premier contact est essentiel : il prépare et construit la relation avec le patient. Cela évite les malentendus, car on a des repères en commun. [...] Il faut pouvoir préparer la personne à ce type de rencontre, et surtout établir une relation de personne à personne. Tout passe par la confiance.* » témoigne une orthophoniste (Deygas, 2014). Pour ainsi dire, la rencontre « en chair et en os » semble nécessaire pour la plupart des orthophonistes, qui avancent également l'intérêt d'alterner avec des séances de « débriefing » en présentiel afin de se réajuster. La qualité de l'alliance thérapeutique apparaît donc différente suivant que la prise en charge a lieu en totalité à distance ou seulement en partie. Rien ne remplace une rencontre en présentiel, elle tisse un réel sentiment de confiance et permet une meilleure connaissance inter-mutuelle nécessaire pour le patient comme pour l'orthophoniste.

Toutes ces réflexions pratiques – sur l'intérêt de compléter ou non la visiophonie avec des séances en présentiel – sont sous-tendues par un enjeu principal qui est de « *trouver un juste milieu* ». Pour reprendre les mots de Demailly (2007), la thérapie à distance se trouve « *entre deux feux* » :

- d'un côté le souci de parvenir à s'adapter aux nouveaux modes de vie des patients rendant la prise en charge ordinaire difficile (voyages, mobilité internationale, horaires de travail irréguliers) tout en voulant profiter des atouts proposés par les TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) ;

- de l'autre, ne pas mettre la profession en danger en étant trop fasciné par ces TIC au point d'en oublier les dangers, car des dérapages dans ce domaine pourraient vite arriver.

3 Les patients à pathologies neurologiques

3.1 Orthophonie et neurologie

L'orthophonie est une profession paramédicale qui consiste à prévenir, évaluer, puis rééduquer et/ou réadapter. Dans le domaine des pathologies neurologiques, les orthophonistes prennent en charge :

- les troubles des fonctions cognitives et exécutives ;
- les troubles de la communication verbale et non verbale, les dysphonies-dysarthries et les paralysies faciales ;
- les troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique ;
- les dysphagies (troubles de déglutition).

AVC, traumatismes crâniens, pathologies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson), maladies infectieuses ou tumorales sont généralement des causes de ces précédents troubles. Les patients adultes atteints de troubles neurologiques représentent en moyenne 36% de la patientèle des orthophonistes (Chappe, 2012).

Dans les parties suivantes, je vais détailler les quatre grandes pathologies (dysphagie, aphasie non fluente, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson) sur lesquelles sont fondées mes hypothèses et expérimentations.

3.2 La dysphagie

La dysphagie, ou trouble de la déglutition, a un enjeu vital. Elle peut se manifester par des stases buccales et pharyngées, un bavage, des fausses routes toussées, des fausses-routes silencieuses, une pneumopathie d'inhalation. La qualité de vie du patient s'en trouve alors altérée et peut survenir une angoisse au moment des repas. En effet la durée des repas peut devenir trop longue, ou au contraire trop courte. Les repas peuvent même être interrompus pour cause d'épuisement. Ces temps de repas peuvent donc perdre tout leur aspect convivial, social et devenir source de repli. L'équilibre nutritionnel est alors en danger et deux écueils sont à la clef : la perte de poids et la déshydratation.

3.3 L'aphasie

L'aphasie est un déficit acquis de la fonction du langage suite à une lésion des aires corticales du langage. L'AVC est la cause principale des aphasies. Nombreux sont les types d'aphasies selon la localisation et l'étendue de l'atteinte. Je vais développer ici l'aphasie non fluente (appelée auparavant aphasie de Broca).

Comme son nom l'indique, l'aphasie non fluente touche la production du langage : la fluence du patient est réduite, il ne "trouve plus ses mots", c'est ce qu'on appelle l'anomie. Selon l'organisation structurale du langage, l'aphasie non fluente touche la troisième articulation du langage (annexe I). Le signe pathognomonique (glossaire) en est l'anarthrie. L'anarthrie est une atteinte de la programmation motrice de la parole. Elle associe des aspects 'paralytiques et dystoniques' variables et aléatoires (troubles phonémiques et phonétiques) ainsi qu'une dissociation automatico-volontaire. Ces troubles altèrent donc l'intelligibilité et l'informativité du discours. Bien que le langage soit touché dans son versant expressif (l'anarthrie s'accompagne bien souvent d'agrammatisme), la compréhension reste généralement en partie bien préservée.

3.4 Les troubles neurocognitifs

Les Troubles Neurocognitifs (TNC) sont définis par le DSM-5 (glossaire), manuel publié en 2013 par l'APA (glossaire), répertoriant toutes les démences et autres troubles cognitifs et neurologiques.

Chez les patients atteints de TNC, on observe un déclin cognitif à partir d'un niveau antérieur de performances. Ce déclin touche un ou plusieurs domaines de la cognition : l'attention complexe, les fonctions exécutives, l'apprentissage, la mémoire, le langage, la cognition perceptivo-motrice ou sociale. Le patient a conscience de ce déclin cognitif. Dans mon mémoire, j'aborde principalement les troubles du langage et donc de la communication dus aux TNC. En effet, les fonctions cognitives et la communication sont intrinsèquement liées : les fonctions cognitives représentent un socle essentiel à la communication. Si le socle se fragilise (à cause des TNC), la communication en est perturbée.

Les répercussions sur les activités de vie quotidienne (AVQ) sont plus ou moins importantes suivant que les TNC sont mineurs (TNCm) ou Majeurs (TNCM ou démence). Dans le cas des TNCm le patient doit augmenter ses efforts en mobilisant des stratégies de compensation. Concernant les TNCM, le déclin cognitif a un fort impact sur l'autonomie des AVQ ce qui oblige la présence d'un tiers. Celui-ci secondera grandement le patient voire agira à sa place (par exemple dans la complétion de papiers administratifs). Voici un tableau récapitulatif des différences entre TNCm et TNCM :

Tableau 1 : Troubles Neuro-Cognitifs Majeurs et mineurs

	TNCm	TNCM
Déclin cognitif	Léger à Modéré	Significatif
Domaines de la cognition touchés	Un seul	Plusieurs
Retentissement sur les AVQ	Autonomie préservée	Dépendance
Conséquences	Mise en place de moyens de compensation	Patient assisté par un tiers qui réalise le plus souvent les activités à sa place

Le DSM-5 répertorie les TNC M et m selon quinze catégories. Pour mon étude, je m'intéresse uniquement à deux TNC : les TNC M ou m dus à la maladie d'Alzheimer et les TNC M ou m dû à la maladie de Parkinson. Je détaille ces deux pathologies ci-dessous.

3.4.1 La Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer (MA) est une démence corticale, elle représente 60 % de la totalité des démences. Dans la MA on observe une dégénérescence progressive des neurones du cortex impactant en premier lieu la mémoire mais également un ou plusieurs autres déficits cognitifs comme :

- l'aphasie : anomie, paraphasies sémantiques et phonémiques, désintégration phonétique ;
- l'apraxie : incapacité à réaliser un geste malgré des fonctions motrices intactes ;

- l'agnosie : incapacité à identifier un stimulus (visuel, auditif, sensoriel) malgré des fonctions sensorielles intactes.

Au niveau de l'évolution, le début de la maladie est plutôt insidieux et peut durer une dizaine d'années. Durant cette phase asymptomatique le cerveau compense les premières lésions neuronales grâce à la plasticité. Plus le niveau intellectuel est élevé, plus la phase asymptomatique est longue. Quand les capacités de compensation sont épuisées, les premiers symptômes apparaissent. S'en suivent alors quatre stades, d'une durée d'environ 3 ans chacun :

- le stade prodromal avec MCI (glossaire) = phase pré-déméntielle : troubles légers de la mémoire épisodique, quelques manques du mot, oublis ou pertes d'objets.

- le stade initial (avant le diagnostic) : Anomie et atteinte progressive de la mémoire épisodique antérograde puis rétrograde, autrement appelé "gradient de Ribot" (les événements les plus récents s'effacent avant les plus anciens). Ces symptômes sont souvent confondus avec le vieillissement normal. Le patient utilise de plus en plus de périphrases et commencent à apparaître quelques paraphasies verbales. L'expression écrite commence à être perturbée.

- le stade modéré (le patient peut encore vivre à domicile) : importante anomie, paraphasies sémantiques, persévérations d'idées, discours et pragmatique très affectés, importante désorientation (perte des repères spatiaux et/ou temporels) et troubles du langage. On observe une perte progressive de l'autonomie.

- le stade sévère (le patient vit en institution) : mutisme, comportement d'écholalie (dus à des difficultés d'attention), communication uniquement par un canal non verbal (langage des émotions, sentiments, humeurs), prosopagnosie massive (trouble de la reconnaissance des visages et des personnes de l'entourage), perte complète de l'autonomie, présences de troubles du comportement, d'hallucinations, d'idées délirantes. On observe alors un syndrome confusionnel avec une obnubilation de la conscience (propos répétitifs), une anomalie de perception (illusions, hallucinations), une incohérence du discours et perturbation cycle veille/sommeil.

Dans l'évolution de la MA, l'expression est toujours plus atteinte que la compréhension.

3.4.2 La Maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson (MP) est une démence sous-corticale. Dans les noyaux gris centraux s'observe une dégénérescence des neurones dopaminergiques, ce qui crée un déficit grandissant en dopamine cérébrale. Or, les noyaux gris centraux contrôlent l'exécution des schèmes moteurs – dont les gestes articulatoires font partie. Ainsi, avec l'avancement de la maladie, le patient perd en autonomie physique et communicationnelle. Dans la MP, la triade typique des symptômes se décline en :

- un tremblement de repos : lent, asymétrique et distal ;
- une akinésie : disparition progressive des mouvements automatiques (amimie, marche sans balancements des bras), lenteur à l'exécution des mouvements volontaires avec épuisement rapide en cas de mouvement répétitif ;
- une hypertonie plastique : les muscles de tout le corps augmentent en rigidité (dos voûté, coudes et genoux fléchis), les mouvements deviennent saccadés et incontrôlables.

La MP évolue sur une quinzaine d'années selon plusieurs stades :

- stade prodromal = phase dite de "lune de miel" : absence de signes extérieurs ;
- stade 1 : troubles moteurs unilatéraux ;
- stade 2 et 3 : troubles moteurs bilatéraux, sans puis avec troubles de l'équilibre, l'autonomie reste préservée ;
- stade 4 et 5 : phase de déclin allant de la marche laborieuse à la chaise roulante. Le patient devient au fur et à mesure grabataire.

La dysarthrie parkinsonienne, ou dysarthrie hypokinétique, est un trouble très souvent présent dans la MP. Elle touche le versant de la production du langage : la réalisation motrice de la parole est déficitaire. Suivant le degré et la localisation cérébrale de l'atteinte, la dysarthrie s'exprime en troubles de la voix et/ou de l'articulation. D'un côté, la voix peut subir une altération de ses paramètres (fréquence, intensité, timbre, débit et prosodie). De l'autre, la perturbation de l'articulation, elle, peut aller jusqu'à l'inintelligibilité. Dans la MP, la dysarthrie se caractérise par une hypotonie qui engendre une réduction de l'amplitude des mouvements articulatoires ainsi qu'une diminution de la modulation prosodique (voix monotone), à quoi s'ajoute un trouble du débit parfois de type festination ("piétinement"). L'atteinte des muscles de la parole se retrouve aussi dans les troubles de la déglutition. Tous ces troubles (dysarthrie et dysphagie) s'aggravent avec l'évolution de la maladie.

4 Potentielles perspectives de la visiophonie dans la prise en charge orthophonique

Comme présenté en partie "2.2", les avantages de la visiophonie en orthophonie sont multiples. Je vais donc examiner les potentielles perspectives dans le cas des pathologies neurologiques. Une telle prise n'est cependant légitime que si toutes les autres solutions en présentiel ont été éliminées. Voici donc quelques exemples justifiant le recours à la visiophonie et détaillant l'intérêt d'un tel suivi. Le cas de la dysphagie et des troubles de la communication sont le fruit d'une réflexion menée récemment par les orthophonistes du CHU de Nancy.

4.1 La dysphagie

Dans le cadre de la dysphagie, suite à une prise en charge hospitalière, le patient peut retourner à domicile muni d'une demande de suivi orthophonique. Cependant plusieurs cas peuvent se présenter :

- Pour un patient envoyé en institution : il se peut qu'il n'y ait pas d'intervention d'orthophonique dans cette structure, ni de possibilité de relais par un professionnel libéral à proximité ;

- Pour un patient qui retourne à domicile : il se peut également qu'il n'y ait pas de possibilité de relais par un professionnel libéral à proximité.

Une solution serait donc une prise en charge ou une guidance du patient par le moyen de la visiophonie. Cela permettrait :

- une continuité dans la prise en charge si l'orthophoniste reste celui de l'hôpital (le changement de professionnel demande souvent un temps d'adaptation plus long pour les patients atteints de pathologies neurologiques) ;

- la possibilité d'une guidance du patient et/ou de l'aidant quant à l'environnement, au positionnement du patient, à la posture de sécurité ou aux textures ;

- la possibilité d'assister à distance à un repas en milieu écologique ;

- Pour le patient en institution : une certaine formation et information des équipes médicales, paramédicales et soignantes par le biais d'échanges visiophoniques.

4.2 Aphasie et Maladie d'Alzheimer

L'utilisation de la visiophonie pourrait être une aide dans certains cas de prises en charge orthophoniques de patients atteints d'aphasie ou en stade léger à modéré de la maladie d'Alzheimer. Cette prise en charge à distance pourrait être hebdomadaire (selon les cas, alternée ou non avec des séances en présentiel) ou plus ponctuelle en cas de guidance thérapeutique. Les conditions seraient : une impossibilité de réaliser autrement une prise en charge orthophonique, une compréhension relativement bien conservée et une appétence à l'utilisation d'un ordinateur.

4.3 La Maladie de Parkinson

L'utilisation de la visiophonie pourrait être une aide dans la prise en charge de certaines dysarthries parkinsoniennes ne nécessitant pas de massages ou de thérapies manuelles comme OstéoVox (glossaire). Comme expliqué auparavant, la méthode LSVT® est tout particulièrement efficace pour ce type de dysarthrie, mais cette rééducation nécessite :

- un professionnel détenteur de la formation spécifique,
- un engagement important de la part du patient et du thérapeute puisque la rééducation est intensive et quotidienne,
- parfois un contrôle à distance après la fin du suivi.

De plus, grâce à la méthode LSVT®, on observe parfois des bénéfices collatéraux pour la dysphagie. Les muscles orofaciaux sont en effet mobilisés dans la parole comme dans la déglutition : le travail intensif de l'un stimule donc l'autre.

La prise en charge par visiophone prendrait ici tout son sens en cas de maladie de Parkinson, d'autant plus que la méthode LSVT® a été validée et a reçu l'autorisation d'être pratiquée à distance par la Food and Drug Administration (voir glossaire à "FDA").

4.4 Perspectives pour des cas particuliers de patients

Conserver un statut social est fondamental pour l'épanouissement du patient et pour éviter tout syndrome de glissement (voir glossaire). Ainsi, une prise en charge visiophonique pourrait voir son utilité ponctuelle dans le cas de :

- horaires professionnels irréguliers : L'emploi du temps des orthophonistes possède généralement peu de marge de manœuvre puisque les demandes de prises en charge sont nombreuses. Il serait difficile de répondre aux horaires aléatoires imposés par certaines professions. Cependant, la visiophonie offrirait peut-être plus de souplesse dans le sens où elle ne demande aucun déplacement ce qui permet d'ajuster l'horaire quasiment en temps réel.

- mobilité professionnelle : Certains patients encore en activité peuvent être touchés par une tumeur ou une maladie neurodégénérative leur permettant encore, dans les premiers temps, de maintenir leur engagement professionnel. Cependant, si par leur emploi ils sont amenés à se déplacer (en France ou à l'étranger), une prise en charge classique sur leur lieu de résidence habituel serait vaine et sporadique. Suivant la nécessité de la prise en charge orthophonique, un suivi régulier par visiophone pourrait être envisagé, permettant ainsi au patient de ne pas être pénalisé faute de rééducation. De cette manière, lui est offerte la possibilité de continuer plus longtemps son engagement social.

- expatriation professionnelle : La condition d'expatriés rend difficile toute prise en charge francophone. Ainsi la visiophonie pourrait être une solution pour ce public. En effet, pour l'année 2015 le gouvernement français recense 1 710 945 Français établis hors de France (Data.gouv.fr, 2016).

- voyages : Certains patients peuvent décider de prendre une disponibilité et partir quelques mois à une année en voyage. De même, de jeunes retraités peuvent bénéficier de leur condition physique encore vaillante pour partir plusieurs semaines ou mois à l'étranger (avec le conjoint ou un groupe associatif). Malheureusement, il peut survenir une maladie neurologique encore peu handicapante (début de maladie de Parkinson, d'Alzheimer, d'une SEP, d'une SLA, etc.) qui poserait la question du maintien des voyages. Dans certains cas, des pauses dans la rééducation sont nécessaires et un voyage paraît le bienvenu. Dans d'autres cas, un défaut de prise en charge pendant plusieurs mois pourrait être préjudiciable pour la suite de la maladie, car plus la rééducation est précoce et régulière, meilleur est le pronostic. Face à ce dilemme, pour éviter tout abandon de la rééducation ou des projets de voyage, une prise en charge visiophonique pourrait concilier les deux. Le patient conserverait une grande indépendance, tout en bénéficiant de la prise en charge

nécessaire à sa pathologie. Évidemment, chaque cas est différent. La décision d'arrêt momentané de prise en charge ou de poursuite par visiophonie dépend de nombreux facteurs tels que : la pathologie, le stade de gravité ou encore l'implication du patient dans la rééducation. À l'orthophoniste et au patient accompagné de son entourage de discerner ce qui convient le mieux au moment venu.

4.5 Savoir poser un cadre : morale et éthique

Comme l'ont montré les parties précédentes, la visiophonie interroge le domaine déontologique de la profession d'orthophonie. Avant de légaliser cette pratique, encore faut-il examiner les aspects étymologique, sociologique et psychologique en lien avec le sujet et examiner la problématique à la lumière des notions morale, éthique et déontologique. Cette démarche de mise à distance vise à acquérir une vision la plus objective possible sur les perspectives qu'ouvre la visiophonie à la pratique orthophonique.

4.5.1 Étymologie

On sait qu'une société repose sur le respect des lois qui la régissent. Étymologiquement, le terme « société » est formé à partir de la racine grecque « *socus* » faisant référence au contrat conclu entre des individus en vue de l'intérêt général de leur communauté. Des lois communes sont donc fondamentales au bon fonctionnement d'une société d'hommes. Dans le cas de la visiophonie, les syndicats d'orthophonie devront se réunir et réfléchir à la problématique de cette pratique pour l'avenir de la profession d'orthophonie. Quelle que soit la décision prise par cette "société/communauté" d'orthophonistes, ce sera dans l'intérêt général de la profession.

Le nom « loi » descend, lui, du latin « *lex, legis, leg-* » c'est-à-dire : « dire ». « La loi » signifie donc « chose édictée ». Les lois naissent par conséquent du concours de la parole et du discours des individus. On comprend alors l'importance de la parole et du langage dans la construction d'une société. Dans le cadre de l'orthophonie, suite aux réflexions des syndicats, le Décret des Actes Orthophoniques pourrait subir quelques modifications concernant la pratique à distance. Par la parole mise en commun, de nouvelles lois, des nouveaux actes, pourraient être édictés. La parole - champ privilégié de l'orthophonie – a une importance primordiale dans la prise de décisions.

4.5.2 Sociologie et psychologie

« Grâce au langage extériorisé, la pensée s'incarne dans la parole. » explique Vygotski (Schneuwly, 1989). De même que le langage d'une personne structure sa pensée, de même, la parole mise en commun structure une communauté de personnes. Cette extériorisation de « paroles » couplée à l'écoute et à la réflexion est une construction intellectuelle donnant un cadre à une société – ici la société d'orthophonistes. Les limites ainsi posées apprennent et réapprennent aux générations d'hommes à vivre en société : elles les aident à grandir en humanité, à canaliser leur égoïsme pour le respect du bien commun.

La psychologie nous enseigne que l'homme a besoin de limites. Celles-ci régulent ses désirs et lui apprennent à gérer ses frustrations. Malheureusement, la société actuelle participe à la confusion entre les notions de désir et de besoin, ce qui oblige les citoyens à prendre bien plus de recul avant toute décision. Dans mon mémoire, j'ai à cœur de percevoir si la visiophonie se rapproche plus d'un désir ou d'un besoin. La difficulté réside dans l'honnêteté face à soi-même : « Cette intuition naît-elle d'un réel besoin ou d'un désir égoïste ? Est-elle pour le bien commun ou pour un bien-être personnel ? » ; « Par mon action, le patient sera-t-il respecté dans sa dignité ? » ; Kant nous interroge : « *Est-ce que je traite l'Autre [ici le patient] comme une fin [comme un "sujet"], ou seulement comme un moyen [comme un "objet"] ?* ». Autant de questions qui naissent dans la conscience. Si l'orthophonie veut laisser une place à la visiophonie et poser de nouvelles règles à ce propos, il faudra veiller à rester dans le respect et la protection de l'Autre ; l'Autre étant le patient ainsi que toute la profession d'orthophonie. Ainsi, dès que l'on tente de réfléchir à une nouvelle pratique – ici visiophonique – et de poser de nouvelles règles, de nouvelles lois, on est irrémédiablement confronté aux notions de morale et d'éthique.

4.5.3 Morale et éthique

Selon une réflexion de Paul Ricoeur (*Soi-même comme un autre*, 1990), et de Philippe Meirieu (*Philosophie de l'éducation*) :

Le terme de morale renvoie à un système de normes qui s'impose aux membres d'une collectivité. L'éthique renvoie à l'intention qui sous-tend l'action, elle précède la morale. En éthique, le sujet qui agit est d'emblée placé devant la question de l'Autre. Le "souci de l'Autre" qu'engendre l'exercice éthique aide à se dégager de l'égoïsme. L'Autre devient donc un sujet éthique à part entière. Mais sans pour autant perdre de vue que le "soi-même" (le "moi") est aussi un sujet éthique. Vladimir Jankélévitch, philosophe français du XX^{ème} siècle, met en garde : « *Il faut veiller à se*

garder un peu pour pouvoir continuer à se donner ». Les questions d'éthique amènent donc à observer un équilibre entre "le souci de l'autre" et "le souci de soi" pour éviter deux écueils : la suffisance ou le cercle vicieux d'un dévouement sans fin. A chaque instant ce rapport "souci de l'Autre / souci de soi" doit continuer à se poser pour nourrir l'interrogation éthique. Dans le cadre de ce mémoire, on peut remplacer les termes "l'Autre" et "soi" respectivement par : "le patient" et "la profession d'orthophonie". Ainsi l'établissement de nouvelles règles dans la profession d'orthophonie doivent prendre en considération l'équilibre "souci du patient" et "souci de la profession".

En outre, l'éthique suppose l'acceptation de l'ipséité de l'Autre, c'est-à-dire son identité propre qui ne pourra jamais être cernée entièrement. C'est ce qu'on pourrait appeler le "mystère de l'Autre" : il ne pense pas comme moi, il ne réagit pas comme moi, il n'est pas moi. Autrui est un autre que moi, il est un autre "moi". Il a sa liberté propre. Autrement dit, « *autrui c'est ce "moi" qui n'est pas moi* » exprime Jean-Paul Sartre. Cette séparation entre l'Autre et soi, permet l'établissement d'une alliance juste entre deux sujets libres. L'alliance thérapeutique entre l'orthophoniste et le patient ne peut donc s'établir que dans cette conscience de différence et dans le respect de la juste place de chacun : le patient ne doit pas devenir un "objet source de revenus" ni un "meilleur ami".

Paradoxalement, l'éthique est tout à la fois subjective et objective. Subjective puisqu'elle prend en considération l'Autre (le patient) dans son caractère individuel et singulier dans le but de respecter son humanité. Et objective car elle aide le sujet (l'orthophoniste) à se détacher de son égoïsme ou de son égocentrisme pour avoir le "souci de l'Autre" et pouvoir instituer des lois (les décrets d'actes) protégeant chaque Autre. L'éthique objective la loi. Ce caractère subjectif et objectif de l'éthique est éminemment fragile mais fondamental à l'établissement de lois justes, réflexion également avancée dans le poème *L'Art poétique* de Nicolas Boileau (1674) : « *Avant donc que d'écrire, apprenez à penser. [...] Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, et les mots pour le dire arrivent aisément.* ».

Cependant, toute société suppose des dissymétries entre les individus (patient/orthophoniste), sinon ne se poseraient pas ces réflexions éthiques ou morales. Et de cette dissymétrie naissent toutes les dérives de l'interaction : l'Autre (le patient) devient un moyen, l'éthique est outrepassée. Face à ces dérives, intervient la morale qui s'exprime alors par des interdictions, des règles, des lois. Grâce à l'Histoire, la morale peut même prévenir certaines dérives. Dans cette même optique « *Prévenir c'est guérir* », la profession d'orthophonie devra avoir recours à l'éthique et à la morale si la visiophonie devait être envisagée.

5 Hypothèses théoriques

Cette partie théorique vise à obtenir un nouvel éclairage sur la problématique (« La visiophonie en orthophonie : avis de certains patients à pathologies neurologiques et perspectives pour ces pathologies ») en la cernant de plus près grâce à des hypothèses théoriques. Je formule donc quatre hypothèses principales : trois concernant les possibilités d'application de la visiophonie, et une quant à la proscription de cette méthode à distance.

La visiophonie peut être envisagée avec des patients présentant :

- *Hypothèse théorique 1 (H1)* : une dysphagie sans troubles de la compréhension ;

- *Hypothèse théorique 2 (H2)* : une dysarthrie parkinsonienne grâce à une rééducation intensive de la voix ;

- *Hypothèse théorique 3 (H3)* : des TNCm comprenant des troubles de la production et une compréhension relativement préservée comme dans :

H3a → le stade initial d'une maladie d'Alzheimer ;

H3b → l'aphasie non fluente avec une bonne compréhension.

- *Hypothèse théorique 4 (H4)* : La visiophonie est difficile, voire à éviter, avec des patients présentant des TNCM (par exemple dans une aphasie fluente ou globale ou encore en stade sévère de maladies neurodégénératives).

1 Population

Selon mes hypothèses théoriques, je souhaite me concentrer sur certains patients à troubles neurologiques. Voici les critères d'inclusion de ces patients :

→ Pour H1 : les patients présentant une dysphagie d'origine neurologique, avec une bonne compréhension et bénéficiant d'une prise en charge orthophonique ;

→ Pour H2 : les patients atteints de la maladie de Parkinson en stade 1, 2 ou 3, présentant une dysarthrie parkinsonienne et bénéficiant d'une prise en charge orthophonique. Ces patients peuvent ou non avoir déjà été rééduqués par la méthode LSVT®, ceci sera pris en compte lors de l'analyse des résultats.

→ Pour H3 : les patients pris en charge en orthophonie pour des TNCm tels que :

- la maladie d'Alzheimer en stade initial. (H3a)

- l'aphasie non fluente avec une compréhension préservée. (H3b)

→ Pour H4 : les patients pris en charge en orthophonie pour des TNCM, c'est-à-dire avec des troubles cognitifs majeurs et/ou une compréhension très altérée (aphasie fluente ou globale, maladie de Parkinson en stades 4 ou 5, maladie d'Alzheimer stade sévère, ou tout autre TNCM).

2 Outils méthodologiques

Pour répondre aux hypothèses de mon mémoire, ma démarche méthodologique s'est divisée en deux parties : la conception d'un questionnaire et la réalisation d'expérimentations visiophoniques.

2.1 Élaboration d'un questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de l'application *Google Forms*. Son but était de recueillir l'avis des patients présentés ci-avant. Les réponses étaient anonymes. Le questionnaire était également disponible en PDF imprimable pour les personnes n'ayant accès à Internet (annexe II). La version PDF pouvait être renvoyée à mon adresse postale ou par mail.

La date limite de réponse au questionnaire était le 30 avril 2016.

J'avais bien conscience que pour les patients de H4, la complétion du questionnaire se ferait probablement par l'intermédiaire d'un aidant ou de l'orthophoniste, du fait de l'importance des troubles de compréhension. J'avais donc précisé en début de questionnaire que, dans ce cas précis, l'aidant ou l'orthophoniste devait essayer de répondre suivant l'avis qu'aurait eu le patient. Ceci ne donnerait certes pas directement l'avis du patient, mais j'ai choisi d'agir ainsi car suivant le cadre de la méthodologie, mon hypothèse 4 avait besoin d'être vérifiée. L'avis des personnes les plus proches du patient (l'aidant ou l'orthophoniste) me semblait un moyen approprié pour y parvenir.

J'ai envoyé ce questionnaire par mail aux 25 syndicats d'orthophonie de France et d'Outre-mer rattachés à la FNO (Fédération Nationale de Orthophonistes), à 5 orthophonistes non syndiquées, ainsi qu'aux associations de patients suivantes : France Alzheimer (dans 90 départements de France et d'Outre-mer), Fédération Nationale des Aphasiques de France (dans 42 départements), France AVC (dans 42 départements) et France Parkinson (dans 38 départements). J'ai eu la chance de pouvoir également participer à la journée mondiale de la Maladie de Parkinson, le jeudi 28 avril 2016 à l'hôtel de ville de Nancy, j'y ai pu distribuer quelques questionnaires et discuter avec certains patients. En revanche, je n'ai pas trouvé d'association pour les patients dysphagiques.

2.2 Essai de visiophonie

La deuxième partie de mon expérimentation s'est tournée vers un essai de séances d'orthophonie en visiophonie.

J'ai eu deux entretiens avec un responsable de l'entreprise *TéléSanté Lorraine*. Cette entreprise s'occupe de la mise en place de logiciels de suivi à distance dans le domaine de la santé, principalement en médecine dans le cadre des UNV. Cependant, ils n'ont pas pu mettre à ma disposition leurs compétences : pour mettre en place leurs logiciels des fonds sont nécessaires et il faut réaliser de longues expérimentations (d'un an minimum) avec la pérennisation de la pratique à distance comme but de l'étude. De fait, mes expérimentations allaient être de courte durée, porteraient sur peu de patients et ne viseraient pas l'institution de la pratique visiophonique en orthophonie. C'est pourquoi les dispositifs de *TéléSanté Lorraine* n'ont pu être mis en place pour mes expérimentations. J'ai donc choisi, suivant les conseils du représentant de *TéléSanté Lorraine*, de réaliser mes expérimentations avec le logiciel *Skype*.

Quatre patients ont accepté de participer à mon étude :

- Mme J., 52 ans, présentant des fausses-routes occasionnelles à l'eau sans trouble de la compréhension. La patiente correspondait aux critères de H1. Le faible risque de fausses-routes permettait une prise en charge visiophonique en toute sécurité. Pour la prise en charge, Mme J. était à son domicile. Elle utilisait *Skype* seule.

- Mme A., 67 ans, présentant une dysarthrie parkinsonienne avec de faibles troubles cognitifs. La patiente correspondait aux critères de H2. Mme A. vivait dans une résidence et ne possédait pas d'ordinateur. Ainsi, me suis-je déplacée dans la résidence avec deux ordinateurs : un pour la patiente et un pour moi. Nous étions chacune dans deux pièces différentes, à des étages différents. Mme A. avait besoin d'un tiers pour lancer le logiciel *Skype* du fait de ses importants troubles moteurs. J'allais donc connecter et déconnecter *Skype* en début et fin de séance.

- M. T., 67 ans, présentant une dysarthrie parkinsonienne sans trouble de la compréhension. Le patient entrait dans les critères de H2. Pour la prise en charge visiophonique M. T. était à son domicile, il utilisait *Skype* seul.

- M. C., 65 ans, atteint de la maladie d'Alzheimer depuis 4 ans, actuellement en stade léger avec des troubles cognitifs modérés. Le patient entrait dans les critères de H3a. Pour la prise en charge visiophonique M. C. était chez lui. Il avait cependant besoin d'un tiers (sa femme) pour lancer le logiciel *Skype*.

J'ai réalisé avec chaque patient, 4 séances d'une demi-heure à trois-quarts d'heure sur une période d'une semaine à 10 jours selon la disponibilité des patients. Les séances n'ont été ni filmées ni enregistrées, car le but n'était pas d'analyser les progrès mais bien de demander l'avis de ces patients quant à la prise en charge à distance suite à quelques essais.

La prise en charge de Mme J. (dysphagique) a commencé par un bilan de déglutition (praxies bucco-lingo-faciales et déglutition d'eau plate) pour bien cerner ses difficultés. J'ai ensuite bâti mes séances sur : des explications de positionnement linguale (sur la papille palatine), des exercices praxiques, des exercices de tonicité linguale, des exercices de diction, et des exercices de déglutition.

La prise en charge de Mme A. et de M. T. était une courte rééducation intensive de la voix. J'ai réalisé ce choix, car mon stage long m'a donné l'occasion de voir pratiquer deux rééducations intensives de la dysarthrie parkinsonienne.

Lors de la prise en charge de M. C., j'ai abordé différentes activités :

- une fable : M. C. a choisi « *Le Corbeau et le Renard* » de Jean de La Fontaine. J'ai proposé de travailler un extrait à chaque séance pour favoriser les actes de réminiscence (glossaire) : nous avons parlé des souvenirs liés à cette fable (l'école primaire, la maîtresse, les camarades, l'enfance etc.). Puis nous lisions ensemble quelques vers en mettant au maximum le ton. Ensuite, je reprenais ces quelques vers, et les faisais répéter un par un à M. C. Pour terminer nous relisions toute la fable. En fin de séance nous la relisions à nouveau.

- la mémorisation de deux images, de champs sémantiques différents, permettant de travailler la mémoire à court terme et de développer des stratégies de stockage et de récupération de l'information. Je présentais les deux images l'une après l'autre et nous prenions le temps de bien les décrire (couleurs, forme, taille, histoire personnelle liée à l'objet, etc.). Puis je les cachais et demandais un rappel immédiat (avec description des images). Je les lui montrais à nouveau pour multiplier les canaux d'entrée de l'information, puis nous passions à une autre activité. Au cours de la séance je demandais deux à trois fois d'évoquer les deux images puis les lui remontrai. En fin de séance je demandais à M. C. de bien les mémoriser pour la séance suivante (le lendemain). La séance suivante, après évocation des images de la veille, je choisisais deux autres images et nous reprenions le même travail. M. C. a lui-même développé quelques stratégies de mémorisation : même lettre initiale (« Pendule » et « Peinture »), même motif sur les objets (« chaussettes rayées » et « dentifrice à rayures »).

- les expressions de la langue française : sur images (premier travail) ou avec des mots isolés (second travail). Lors du premier travail, les images évoquaient le sens propre des expressions (un jardinier avec une main colorée en vert, un personnage s'apprêtant à mettre son pied dans un plat posé sur la table, une main portant un cœur etc.). Les objectifs de cette première activité étaient : de manipuler le sens propre et le sens figuré (difficile pour M. C.) et d'apprendre à donner la signification des expressions ou à reconnaître une expression suivant la définition. Ainsi, nous avons tout d'abord cherché les expressions qui se cachaient derrière les images, puis nous en avons donné la signification. Lors de la seconde séance nous avons essayé de se faire deviner mutuellement des expressions mais M. C. restait sur le sens propre (« *Alors il y a un monsieur avec un marteau qui tape sur les chaussures d'un autre monsieur* » = casser les pieds de quelqu'un). Lors de la troisième séance nous avons abordé le travail sur mots isolés avec comme objectif les mises en relation (de mots, de contenus sémantiques) : je présentais deux mots appartenant à une même expression (expressions faisant partie ou non de celles déjà travaillées avec les images) et M. C. devait trouver l'expression en question puis l'expliquer.

- faits divers : cette activité visait l'attention (auditive et visuelle), la sélection d'information et la mémoire à court terme. M. C. devait lire un court fait divers (que j'avais sélectionné au préalable). Je lui demandais d'être bien attentif à ce qui se passait pour comprendre de quoi il s'agissait. Puis il le lisait une seconde fois. Ensuite je cachais le texte et lui posais quelques questions. S'il ne trouvait pas la réponse, je le laissais rechercher l'information dans le texte.

Lors des activités avec M. C., pour qu'il puisse voir le matériel (images, fable, nouvelles, questions), j'utilisais une option du logiciel *Skype* « partage d'écran » ce qui permettait au patient de voir ce que j'affichais sur mon écran d'ordinateur.

A la fin des quatre courtes prises en charge visiophoniques, j'ai fait passer à chaque patient le questionnaire en ligne. J'ai invité les patients à exprimer plus en détails leurs impressions après ces quelques séances à distance et leur avis quant à cette pratique.

3 Mode de traitement des données

3.1 Questionnaire

Pour la version en ligne, suite à la question sur le type de pathologie, le questionnaire se divisait en cinq sous-questionnaires (dysphagie, Parkinson, Alzheimer, aphasie, TNCM). Ces sous-questionnaires étaient identiques. Ils me permettaient ainsi d'obtenir un aperçu des réponses pour chaque pathologie puis de les regrouper au besoin pour généraliser.

L'application *Google Forms* enregistrait les données dans un tableau Excel (annexe III) ainsi que dans un onglet « résultats » sous forme de diagrammes. J'ai traité ces résultats sous forme de pourcentages en veillant à tenir compte des catégories.

3.2 Essai de visiophonie

Les résultats des questionnaires ont été enregistrés avec les autres comme expliqué ci-dessus. Ils ont été mis en regard des réponses des patients appartenant à la même catégorie et n'ayant pas eu d'expérience en visiophonie.

4 Précautions méthodologiques

4.1 Questionnaire

Les résultats obtenus ne pourront être généralisés à l'ensemble des patients car ces réponses ne sont pas représentatives de toute la population de patients à pathologie neurologique de France et d'Outre-mer. Mais cela donnera un premier aperçu de leur avis.

Je reconnais certaines maladresses dans la formulation de quelques questions du questionnaire. En effet il m'a été reproché d'utiliser des termes techniques dès la première page (dysphagie, dysarthrie, aphasie non fluente), termes peu connus des patients. Mon questionnaire visait à l'origine les orthophonistes pour qu'elles le remplissent avec leur patient, mais suite au peu de réponses après l'envoi aux syndicats d'orthophonie, j'ai décidé de le divulguer également aux associations de patients. A ce moment je n'ai pas pensé à préciser les termes techniques ce qui a pu dérouter certains patients. La toute dernière question interrogeant l'évolution de l'avis était ambiguë ce qui a rendu difficile l'analyse des réponses – ce point sera plus amplement développé dans l'analyse des résultats. Ainsi malgré mes précautions et les différentes relectures de mon questionnaire, ce dernier présentait encore certaines imperfections qui ont pu biaiser quelques réponses de patients, j'y ai donc été vigilante lors de l'analyse des résultats.

4.2 Essai de visiophonie

De même que pour les questionnaires, l'avis des patients ayant participé à l'essai de visiophonie ne pourra être généralisé à la totalité des patients atteints de la même pathologie. Mais leur avis donnera un caractère plus concret à mes résultats de questionnaires puisque ces patients parleront en connaissance de cause.

5 Hypothèses opérationnelles

Par l'éclairage de la méthodologie, ma démarche exploratoire s'est axée sur les hypothèses opérationnelles suivantes :

- *Hypothèse opérationnelle 1* : Aux questionnaires et dans l'expérimentation de visiophonie, la majorité des patients dysphagiques interrogés voient des perspectives dans la prise en charge visiophonique.

- *Hypothèse opérationnelle 2* : Aux questionnaires et dans les expérimentations de visiophonie, les patients atteints de dysarthrie parkinsonienne et ayant bénéficié d'une rééducation intensive de la voix voient plus de perspectives dans la prise en charge visiophonique que les patients n'ayant pas bénéficié d'une rééducation intensive.

- *Hypothèse opérationnelle 3a* : Aux questionnaires et dans l'expérimentation de visiophonie, la majorité des patients présentant un début de maladie d'Alzheimer voient des perspectives dans la prise en charge visiophonique.

- *Hypothèse opérationnelle 3b* : Aux questionnaires, la majorité des patients aphasiques non fluents avec une bonne compréhension voient des perspectives dans la prise en charge visiophonique.

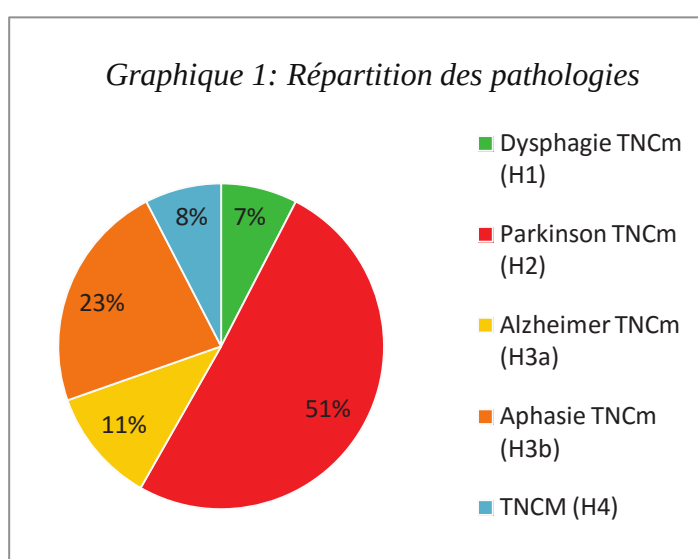
- *Hypothèse opérationnelle 4* : Aux questionnaires, la majorité des patients atteints de TNCM et/ou leurs proches interrogés ont jugé la prise en charge visiophonique inappropriée dans leur cas.

RESULTATS ET ANALYSES

1 Analyse des données et traitement des hypothèses

1.1 Présentation générale des réponses

J'ai recueilli 83 réponses au questionnaire dont 20 en version papier. Quatre d'entre elles ne peuvent être intégrées à l'analyse car elles ne correspondent pas aux critères d'inclusion : deux patients ne bénéficient pas d'orthophonie et deux autres présentent des pathologies non incluses dans mon mémoire (une lésion cérébrale suite à un méningiome et une démence encore non identifiée).

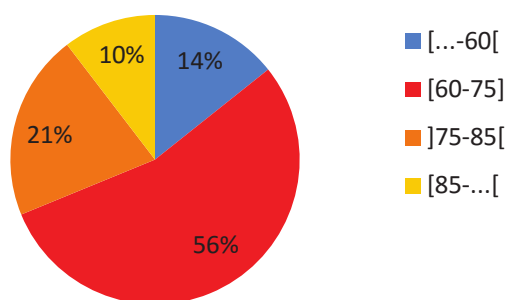


Sur les 79 réponses analysées, voici comment sont réparties les pathologies (graphique 1) :

40 patients Parkinson (soit 51% des patients), 18 patients aphasiques (soit 23%), 9 patients Alzheimer (soit 11%), 6 patients dysphagiques (soit 7%) et 6 patients avec des TNCM (3 aphasies avec des troubles de la compréhension, 2 MP en stade 4-5 et 1 MA en stade modéré). Parmi les réponses des patients avec des

TNCM, 4 réponses sont les avis d'une tierce personne (ayant rempli le questionnaire pour le patient), 1 réponse l'avis du patient aidé par un tiers et 1 autre réponse l'avis d'une patiente seule (dont les résultats sont souvent contradictoires et peu fiables) ; ces déductions ont été faites à partir de la pertinence des réponses et surtout de la qualité des commentaires. Ainsi pour les 4 réponses d'aidants, les commentaires sont composés de phrases longues, complexes, sans aucune faute grammaticale ou orthographique, et utilisant régulièrement la 3^{ème} personne du singulier pour parler du patient (« Pour le cas de mon mari [...] », « Le patient ne peut répondre car non concerné »). Pour les deux autres patients, dans un cas l'aidant n'extrapole pas, il note simplement régulièrement « pas de réponse du patient » ; dans l'autre, les commentaires de la "patiente seule" sont soit inexistants soit sans rapport avec la question : « Orthophonie → aphasie », « Orthophonie ». Dans l'analyse des résultats je veillerai donc à spécifier lorsque j'exclurai la réponse non fiable de la "patiente seule".

Graphique 2 : Répartition des âges



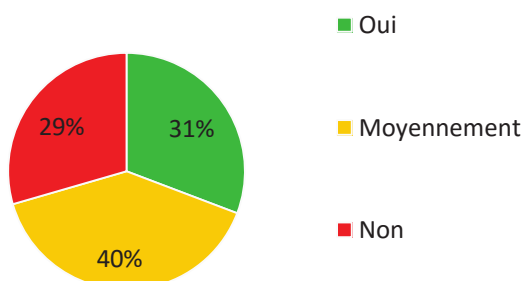
Les âges s'étendent de 38 ans à 93 ans, deux patients n'ont pas répondu à la question (graphique 2, ci-contre). Ainsi, 56% des patients ont entre 60 et 75 ans, âge correspondant généralement au début de la retraite. Mais il est vrai que le public visé est majoritairement âgé à cause des pathologies visées par mon mémoire (seuls 14% ont moins de 60 ans).

1.2 Les patients face à la visiophonie : confiance et investissement

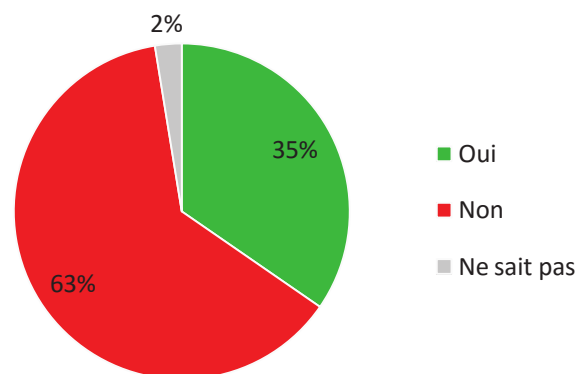
Sur la totalité des patients interrogés 94% n'ont jamais entendu parler de visiophonie en orthophonie, sachant que les patients dont la réponse est positive sont pour la plupart ceux ayant participé aux expérimentations visiophoniques. Les commentaires qui suivent cette question montrent la curiosité que ce nouveau terme suscite : « *Qu'est-ce que c'est ?* », « *Oui, savoir ce que c'est !* », « *Je ne savais pas que ça existait* ».

En ce qui concerne la perception des patients quant à ce nouveau mode de prise en charge, les avis sont distribués de manière plutôt égalitaire pour chaque catégorie de patients :

Graphique 3 : Auriez-vous confiance ?



Graphique 4 : Vous sentiriez-vous aussi investi ?

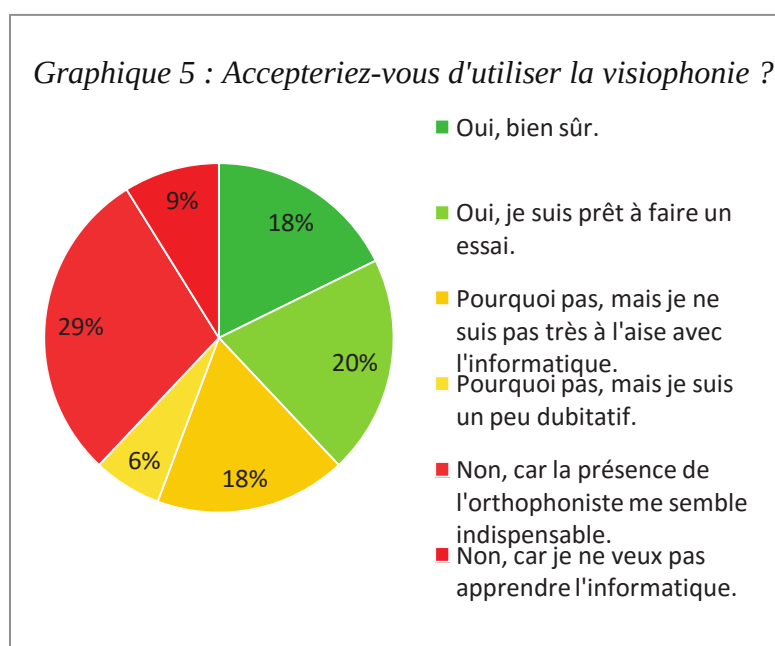


Concernant la confiance, si on sépare les avis selon les pathologies pour avoir une vision plus spécifique, on remarque que :

- Les patients parkinsoniens (H2) et aphasiques (H3b) sont plutôt confiants : 40-45% de « moyennement » et 30-35% de « oui » (« *C'est pareil, le trajet en moins* », « *On opère bien des patients à distance pour des actes invasifs, alors de l'orthophonie en visiophonie, pourquoi pas !?* » répondent certains patients).
- Les patients dysphagiques (H1) et ceux présentant des TNCM (H4) sont majoritairement négatifs : 50% de « non » chez les patients dysphagiques (contre 33% de « moyennement » et 17% de « oui »), 40% répondent « non » et 60% « moyennement » chez les patients à TNCM (en excluant la valeur de la "patiente seule" car non fiable). Un aidant d'un patient atteint de TNCM commente : « *Trop virtuel, pas de contact humain. Machine qui semble remplacer l'homme* ».
- Les patients Alzheimer (H3a) eux sont répartis de manière égale pour chaque réponse (1/3 dans chaque) : « *Je serais aussi bien* » explique un patient, alors qu'un autre rétorque que pour lui « *les rapports humains sont importants. C'est ma seule sortie (seul).* ».

Ainsi, en matière de confiance les avis sont mitigés. En revanche, les avis quant à l'investissement sont en grande partie négatifs : la majorité des patients pressent un investissement moindre qu'en présentiel (83% pour H1, 55% pour H2, 67% pour H3a, 72% pour H3b et 100% pour H4 "patiente seule" exclue).

1.3 Avis des patients : en début et en fin de questionnaire



Au tout début du questionnaire, à la question « *Si vous n'aviez pas d'autre solution pour bénéficier des séances d'orthophonie, accepteriez-vous d'utiliser la visiophonie ?* », 29% des patients font ressortir l'importance de la présence de l'orthophoniste lors de la séance. Mais je remarque que d'une manière générale, les avis positifs (verts) et négatifs (rouges) sont répartis de manière sensiblement égale (graphique 5, ci-contre).

Une analyse plus fine en fonction de chaque pathologie (tableau 2, ci dessous) permet de voir que les patients parkinsoniens (H2) et aphasiques (H3b) ont un avis positif sur la question (respectivement 63% et 58%). A l'inverse, les patients Alzheimer (H3a) ont un avis négatif à 55%. Les patients dysphagiques (H1), eux, sont partagés. Les $\frac{3}{4}$ des patients avec des TNCM (H4) ont un avis négatif : 67% d'entre eux répondent « *Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.* », cela s'explique probablement par le fait que leur troubles sont importants et nécessitent la présence de l'orthophoniste.

Tableau 2 : Avis selon chaque pathologie

Pathologie \ Avis	Dysphagie (H1)	Parkinson (H2)	Alzheimer (H3a)	Aphasie (H3b)	TNCM (H4)
Avis positif*	50%	63%	45%	58%	33%
Avis négatif**	50%	37%	55%	42%	67%

* « Avis positif » regroupe : [« *Oui, bien sûr.* », « *Oui, je suis prêt à faire un essai.* » et « *Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.* »]

** « Avis négatif » regroupe : [« *Pourquoi pas, mais je suis un peu dubitatif.* », « *Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.* » et « *Non, car je ne veux pas apprendre l'informatique.* »]

A la fin du questionnaire j'interroge à nouveau l'avis des patients pour observer une quelconque évolution : « *A l'issue de ce questionnaire, votre avis sur la visiophonie a-t-il changé ? Oui/Non, Merci de préciser.* » Cependant, comme le fait remarquer une orthophoniste dans un commentaire « *La question prête à confusion* ». Je reconnais donc la possible ambiguïté de ma question qui peut remettre en cause sa validité. Heureusement, l'encart « *Merci de préciser* » m'a permis de rectifier trois résultats de patients qui avaient répondu par la positive pour signifier qu'ils étaient « toujours d'accord » avec le principe de faire de la visiophonie en orthophonie, alors qu'ils auraient dû répondre par la négative puisque leur avis n'avait pas changé. Cette ambiguïté explique probablement aussi le nombre de réponses non fiables. Ce critère de fiabilité est défini selon que :

- Le commentaire apporté par le patient invalide la réponse précédente (*Oui/Non*). Par exemple, un patient indique ne pas avoir compris de quoi il s'agissait dans la question précédente et donc avoir répondu au hasard.
- Le patient répond « *Oui* » mais le commentaire qui suit est inanalysable et ne permet pas de qualifier l'évolution de l'avis (exemples de commentaire de patients : « *Visiophonie* », « *Orthophonie* », « *0* »).
- Le patient répond « *Oui* » mais précise uniquement qu'il a « *découvert ce qu'était la visiophonie* » sans ajouter si son avis en est pour autant changé et si oui dans quel sens.

Tableau 3 : Avis en fin de questionnaire

Réponse	Dysphagie (H1)	Parkinson (H2)	Alzheimer (H3a)	Aphasie (H3b)	TNCM (H4)
% début * Avis positif	50% 50%	62% 39%	45% 45%	58% 42%	33% 0%
% début * Avis négatif	50% 33%	38% 42%	55% 55%	42% 42%	67% 67%
Réponses non fiables	17% = 1 réponse	18% = 7 réponses	0%	16% = 3 réponses	33% = 2 réponses

* % début = Pourcentage au début du questionnaire (cf tableau 2)

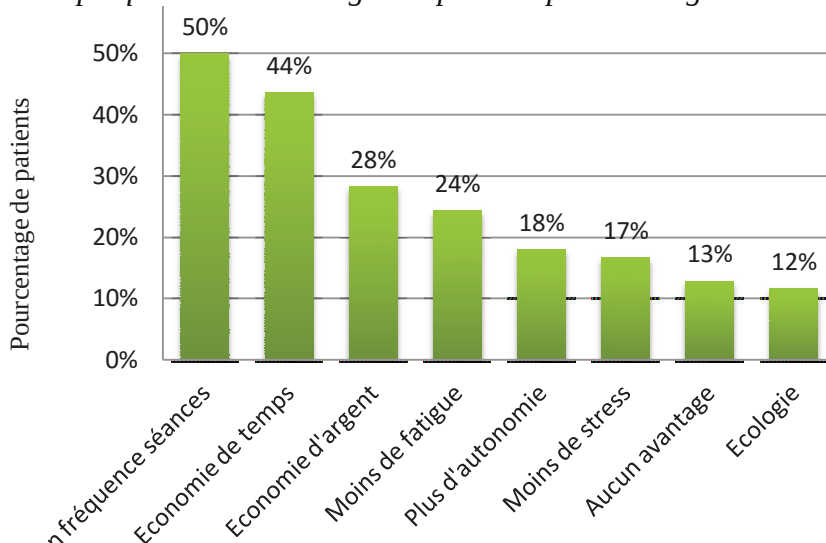
En fin de questionnaire, pour H1-2-3 la tendance positif/négatif semble s'équilibrer : elle passe de [58% positif ; 42% négatif] à [42% positif ; 43% négatif]. Cependant, il faut tenir compte des 15% de réponses en plus qui n'ont pu être intégrées car non fiables. En outre, le plus fort pourcentage d'avis négatifs s'élèvent à 55% ce qui est relativement proche de la moyenne. Je ne peux donc avancer de conclusion tranchée, seulement dire que les avis positifs et négatifs semblent s'équilibrer autour de 42,5%. En spécifiant les pourcentages pour chaque pathologie, je relève que les patients dysphagiques (H1) deviennent moins négatifs (50% → 33% d'avis négatifs), que les patients aphasiques (H3a) s'équilibrent autour de 42%, et que du côté des patients Alzheimer (H3a), les résultats sont entièrement représentatifs de l'échantillon puisque que toutes les réponses sont claires et fiables (0% de réponses non fiables). Ces patients Alzheimer restent sur leurs positions à 55% d'avis négatifs contre 45% d'avis positifs. Concernant les patients parkinsoniens (H3a) il est difficile de tirer une conclusion au vu de l'important pourcentage de réponses non fiables (18%), ce qui rend également peu fiables les pourcentages de réponses positives et négatives. En effet, ce fort pourcentage de réponses non fiables pourrait faire basculer l'un ou l'autre versant au dessus des 50%. Je peux donc simplement dire qu'actuellement, les avis positifs comme négatifs semblent s'équilibrer autour des 40%.

En posant le regard sur les résultats des patients à TNCM (H4), je remarque que les 4 réponses négatives correspondent aux réponses des aidants. Ces réponses restent négatives du début à la fin du questionnaire. Les deux réponses positives au début du questionnaire correspondent au patient aidé par un tiers et à la "patiente seule". A la fin du questionnaire ces deux réponses basculent dans la catégorie « réponses non fiables ». Pour les 4 autres patients, des tiers ont pris la parole en essayant de répondre ce qui leur semblait raisonnable pour leur proche malade. Ainsi, ces réponses fiables (avis des tiers quant à leur proche présentant des TNCM, H4) sont à 100% contre : une prise en charge à distance s'avérerait impossible à cause des troubles massifs.

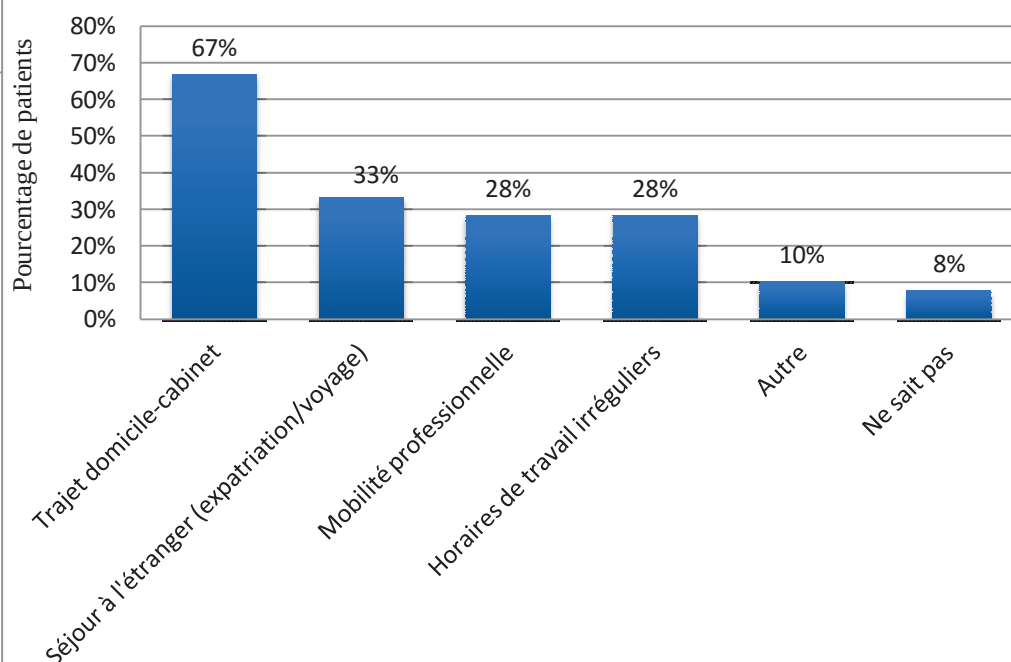
1.4 Avantages

Concernant les avantages et les inconvénients de la visiophonie en orthophonie, ainsi que pour les raisons qui pousseraient à consulter par visiophonie, j'ai analysé les réponses sans les différencier selon les pathologies car les résultats étaient sensiblement similaires dans chaque catégorie (H1-2-3a-3b-4). Mon questionnaire comprenait également des questions portant sur le trajet domicile-cabinet (moyen de transport, temps de trajet, type de trajet et fluidité du trafic). Je souhaitais ainsi voir s'il pouvait s'établir une corrélation entre ces paramètres et les avantages, inconvénients et raisons de consultation.

Graphique 6 : Pourcentage des patients par avantages

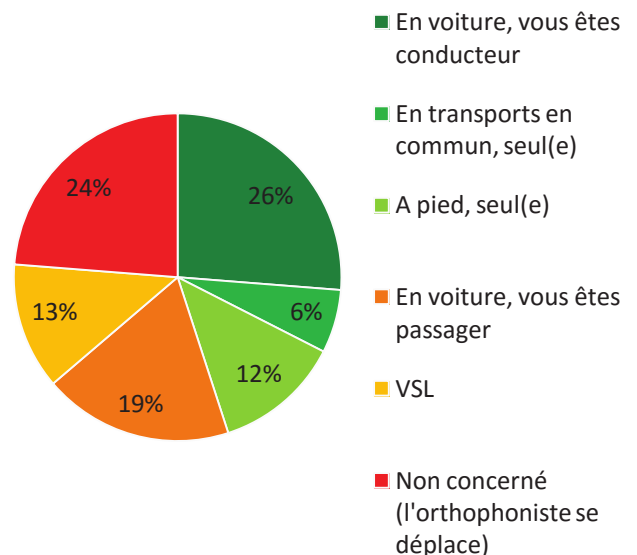


Graphique 7 : Raisons qui pousseraient un patient à consulter par visiophonie

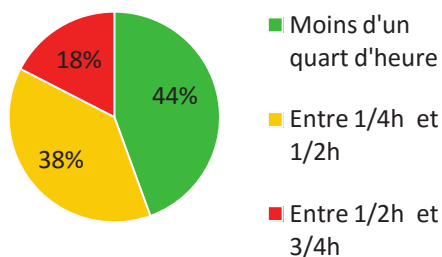


La question sur le moyen de transport, laisse émerger que 56% des patients (soit 44/79) sont dépendants d'un tiers (covoiturés par un proche, bénéficiant d'un VSL ou faisant venir l'orthophoniste à domicile) (graphique 8). Cependant ce pourcentage ne peut être mis en lien avec l'avantage « *Plus d'autonomie* » car il n'est relevé que par 8 patients dépendants (8/44), les 36 autres patients étant indépendants et autonomes. De plus cet avantage n'est qu'en 5^{ème} position sur 7 (graphique 6). On ne peut donc pas corrélérer la dépendance (quant au trajet) avec le désir d'autonomie.

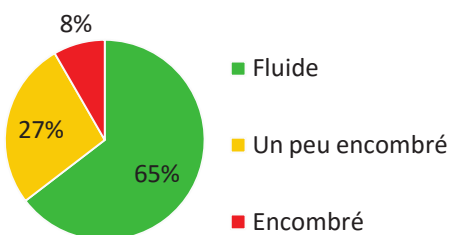
Graphique 8 : Moyen de transport



Graphique 9 : Temps de trajet



Graphique 10 : Trafic



Concernant le temps de trajet domicile-cabinet, près de 40% des patients répondent mettre [1/4h-1/2h] et 18% [1/2h et 3/4h] (graphique 9) ; le trafic quant à lui est à 27% "un peu encombré" et à presque 8% "encombré" (graphique 10). Ces paramètres peuvent être mis en corrélation avec trois aspects mis en valeur par l'avis des patients : la 1^{ère} raison qui pousserait un patient à consulter par visiophonie, raison qui de loin devance les autres (67% des avis) : « le trajet domicile-cabinet » (graphique 7), les désirs d'économies de temps et d'argent (2^{ème} et 3^{ème} avantages sur 7, soit respectivement 44% et 28% des avis), et peut-être le désir de diminution de la fatigue (et 4^{ème} avantages sur 7, soit 24% des avis) (graphique 6). En revanche, les résultats

à la question sur les types de trajets (routes de campagne, grands axes routiers, centre ville) ne paraissent pas avoir d'impact sur l'avis des patients, ou en tous cas cet aspect est trop complexe et met en jeu beaucoup de paramètres ne permettant pas de laisser émerger une tendance. En effet, certains patients n'utilisent qu'un seul type de route, d'autres deux, d'autres encore utilisent les trois. A ces types de routes il faut ajouter les paramètres 'temps de trajet' et 'fluidité du trafic' ce qui devient multiparamétrique et difficilement analysable. Ainsi, le paramètre « type de trajet » ne peut être mis en lien avec mon sujet de mon mémoire car aucun avis de patient ne semble en ressortir.

Je note que le 1^{er} avantage qui émerge (50% des avis) est « *la possibilité d'augmenter la fréquence des séances* » (graphique 6). Les patients voient donc dans la visiophonie une solution à leur désir d'augmentation du nombre de leurs séances hebdomadaires (en moyenne 1,5 séance par semaine) : « *Ça peut peut-être désengorger certains cabinets* ». Cependant, du point de vue de l'orthophoniste, on sait que la fréquence des séances ne pourrait être augmentée par la visiophonie, argument mis en évidence par les longues listes d'attente des orthophonistes. Ainsi, « *la possibilité d'augmenter la fréquence des séances* » ne peut être retenue comme argument en faveur de la visiophonie, bien que dans certains rares cas, elle pourrait permettre à des patients de bénéficier d'une rééducation intensive de type LSVT® (patients trop loin d'un orthophoniste possédant la licence).

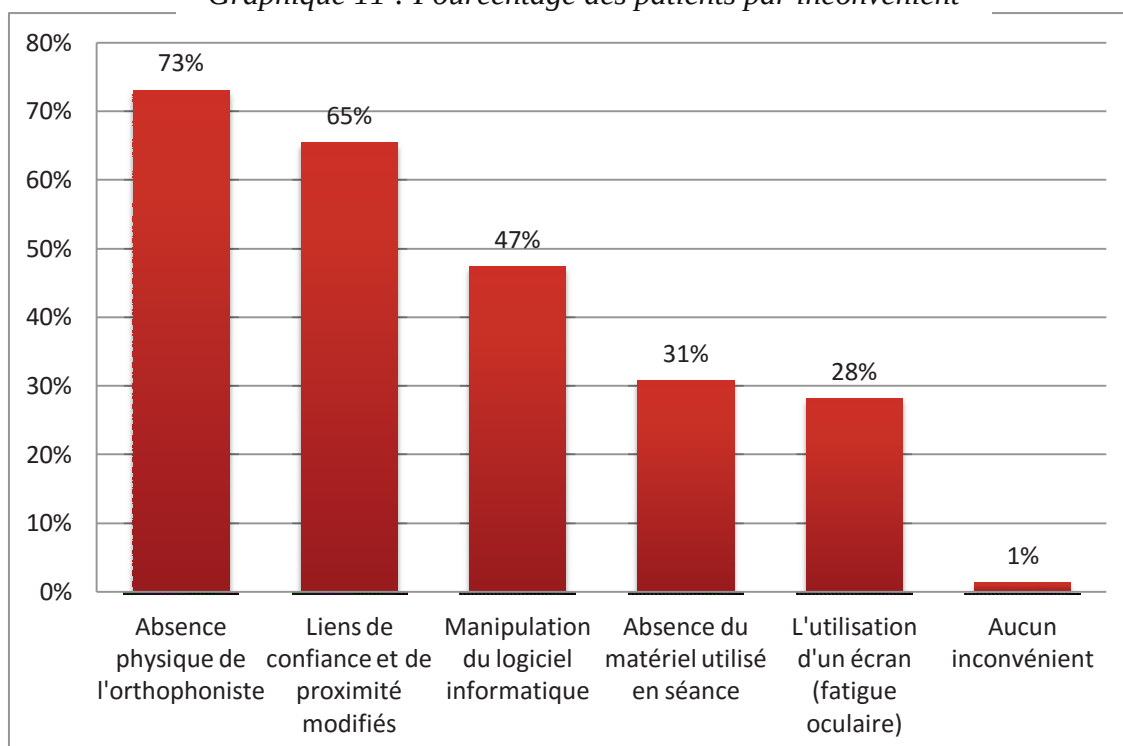
1.5 LSVT®

Concernant la LSVT®, sur 39 patients parkinsoniens (un patient n'a pas répondu à cette question), la moitié des patients répond avoir reçu une rééducation LSVT®. Cette méthode de rééducation est donc relativement répandue. Sur une échelle de 1 à 5 (avec 1 = pas satisfait et 5 = très satisfait), 70% sont satisfaits (ils ont coché "4" ou "5"), 26% sont moyennement satisfaits, et une seule personne se sent peu satisfaite (son évaluation est de 2/5 pour cette rééducation). Ceci montre que cette méthode aux « *exercices accessibles à tout le monde, faciles à faire chez soi et sans matériel* » (dires d'une patiente) est en majorité bien acceptée par les patients qui, pour reprendre leurs mots, la trouvent : « *Efficace !* », « *Très bénéfique ! Pas eu besoin de recommencer depuis.* », « *Mes proches me comprennent maintenant !* ». Cependant, l'intense fréquence des séances est relevée comme un facteur limitant : « *Un peu trop fatigant. Rythme trop soutenu (4x/semaine).* », « *Point négatif = le déplacement* ». Ces mêmes patients ont relevé les avantages « *économie de temps* », « *moins de fatigue* », « *plus d'autonomie* » et pour eux, la raison principale qui pousserait à consulter par visiophonie serait « *le trajet domicile-cabinet* ». Monsieur T. témoigne que lors de la semaine d'expérimentations (4 séances de rééducation intensive de la voix) il a « *découvert une méthode qui est à exploiter et qui a de l'avenir* » et que le grand avantage est qu'« *on n'a pas besoin de se déplacer* ». Ainsi, 60% des patients parkinsoniens voient un grand intérêt à la prise en charge visiophonique en cas de rééducation intensive de la dysarthrie parkinsonienne surtout en ce qui concerne la fréquence des séances et le trajet domicile-cabinet.

1.6 Inconvénients

Il est intéressant de noter que 13% des patients ne voient aucun avantage à la visiophonie et précisent certaines questions par : « *Pas de mon âge, pas habitué à ce matériel* ». Peut-être que ce pourcentage baissera avec les générations à venir, générations qui auront vécu au quotidien avec les nouvelles technologies. De même, je pense que le pourcentage de patients relevant « la manipulation du logiciel informatique » comme inconvénient majeur de la prise en charge visiophonique (près de 50% des patients) diminuera au fil des années.

Graphique 11 : Pourcentage des patients par inconvénient



L'analyse des inconvénients (graphique 11) montre que « l'absence physique de l'orthophoniste » et « la modification des liens de confiance et de proximité » sont des points indéniables de la prise en charge à distance (les ¾ des patients cochent la première limite et 65% la seconde). Ceci confirme bien que l'usage de la visiophonie ne doit être qu'un complément à la pratique orthophonique, et qu'elle ne doit être envisagée qu'en cas d'absence de toute autre solution *in presentia*. Cet argument de « complément de la pratique orthophonique » revient dans 7 commentaires de patients ce qui montre que les patients comprennent l'enjeu de la prise en charge visiophonique : « rien ne remplace la relation humaine ». Dans ce sens, 35 commentaires appuient l'importance de la présence de l'orthophoniste : « *Le contact humain c'est en toute thérapie 50% (au moins) du traitement.* », « *J'ai besoin du contact rassurant de mon orthophoniste* », « *La présence de l'orthophoniste me semble plus facile pour parler* ».

En outre, la plupart de ces patients sont âgés et certains témoignent que le rendez-vous d'orthophonie est leur « *seule sortie* » ; un patient commente que « *dans la visiophonie il y a un manque de relation humaine vis à vis d'une maladie de Parkinson qui déjà isole !* ». Ainsi, faut-il avoir conscience que chez certains patients la mise en place de séances à distance signifierait « *pas de socialisation* » (exprime une patiente aphasique non fluente). Un autre patient note qu'il a « *besoin d'un contact avec une personne, besoin de "voir du monde"* » et « *du monde* » autre que les personnes de la famille : une orthophoniste exprime que son patient « *apprécie beaucoup de sortir sans sa femme, il ne supporterait pas de l'avoir derrière lui à la maison pendant la séance.* ». De plus, cette baisse de socialisation et de stimulation « en direct » peut augmenter la désorientation temporelle chez certains patients : « *J'ai déjà du mal lorsque l'orthophoniste vient, de moi-même je risque de louper les rendez-vous.* ». La gestion d'un emploi du temps devient difficile dans les pathologies dégénératives ce qui pourrait entraîner un oubli croissant des rendez-vous visiophoniques en raison d'activités en cours (cuisine, ménage, jardinage, autant d'activités qui ont la faculté de "déconnecter" du temps présent).

Tous ces paramètres de « contact humain » doivent retenir toute notre attention d'orthophoniste si nous voulons réaliser des séances par visiophonie. Il faut en particulier bien en discuter avec le patient pour s'assurer qu'il conçoit les limites d'une telle prise en charge. D'où l'importance d'une première séance in presentia comme le signale Madame J. : « *[s'il devait y avoir un jour de l'orthophonie à distance], ce serait peut-être bien que la 1ère séance soit en face à face (lien de confiance, présentation du matériel à utiliser).* ». En effet, l'utilisation d'un ordinateur dans l'interaction patient-orthophoniste n'est pas anodine, il faut donc préparer le patient à cette rencontre « à distance ». En outre près de 50% des patients interrogés reconnaissent dans « la manipulation du logiciel informatique » un point négatif de la pratique visiophonique (graphique 11). Ceci s'explique par le fait que cette génération est antérieure aux nouvelles technologies. Ce pourcentage diminuera probablement avec les années.

1.7 Expérimentations visiophoniques

Les quatre patients que j'ai pris en charge lors des expérimentations sont tous très satisfaits des quelques séances de rééducation : « *Je ne pensais pas que ce serait si efficace !* » témoigne Mme J. c'est ce qu'on appelle la levée des préjugés par l'expérience. Tous se sentent en confiance dans cette relation à distance (100% de "1" cochés à la question sur le degré de confiance). En matière d'investissement, les deux femmes disent se sentir un peu moins investies qu'en cabinet à l'inverse

des deux hommes qui eux, affirment joyeusement être autant voire plus investis (M. C. m'explique qu'il se sent « *peut-être même un peu plus investi qu'en cabinet parce qu'il faut faire plus d'efforts pour communiquer donc ça m'investit plus !* »).

Deux patients (Mme A. et M. C.) relèvent cependant les problèmes de connexion Internet que nous avons subis lors des séances, point non négligeable dont il faut tenir compte lorsqu'on s'apprête à réaliser des séances à distance. Par ailleurs, « *Il faut un réseau Internet qui fonctionne bien. Et pas de travaux (perceuse, marteau-piqueur...) car cela résonne beaucoup dans l'ordinateur* » : les propos de Mme A. résument bien les difficultés que nous avons rencontrées lors des séances. Nous utilisons le réseau d'une autre résidente du bâtiment mais nous avons eu du mal à trouver deux pièces libres où le réseau était constant (pas trop loin de la base Wifi). Une fois j'ai dû me mettre dans un petit hall car la pièce que j'utilisais précédemment était réquisitionnée pour une activité de résidents. En outre, la période de mes expérimentations avec Mme A. concordait avec une période de travaux de rénovation du bâtiment. Ainsi ai-je dû demander aux ouvriers l'arrêt des marteaux-piqueurs et perceuses le temps des séances. En effet, le bruit de ces outils était amplifié par les microphones des ordinateurs ce qui surpassait nos voix : la séance n'était pas possible. Heureusement, les ouvriers – très bienveillants – ont trouvé d'autres travaux (silencieux) à réaliser le temps des séances. Les soucis de connexion Internet et de bruits extérieurs réglés, ont permis le bon déroulement des séances à tel point que je me suis plusieurs fois surprise à croire Mme A. en face de moi (comme lors de mon stage).

Chez M. C. la connexion Internet fonctionnait assez mal et j'avais parfois des difficultés à le comprendre. La vidéo se bloquait également de temps à autre. Mais nous avons quand même pu mener un bon travail et le patient en était très heureux : « *Malgré les quelques problèmes de réseau c'est un bon outil (qui va être amélioré c'est sûr !)* ». Il a surtout relevé l'avantage de rester à domicile : pouvoir bénéficier de la séance d'orthophonie tout en étant un étage au-dessous de ses petits-enfants qu'il avait en garde (à l'heure de la sieste par exemple). « *Oui je suis toujours d'accord que ça puisse se faire avec des gens comme moi. C'est intéressant !* » me dit-il la dernière séance, ce qui montre que malgré les quelques soucis de connexion Internet, le patient reste satisfait des séances.

Ces séances par visiophonie m'ont permis de toucher du doigt les difficultés qu'ont certains patients avec l'informatique (soit du point de vue moteur comme Mme A., soit du point de vue cognitif comme M. C.). Ainsi à la première question sur l'avis quant aux séances à distance, M. C. m'a répondu : « *Oui bien sûr, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.* ». En effet ce

patient avait besoin de sa femme pour lancer le logiciel *Skype*, il n'était pas capable de le faire seul. Ce paramètre conditionnait donc le choix des horaires de séances (sa femme était encore en activité). Concernant Mme A., je sais qu'elle n'aurait pu bénéficier de séances à distance sans l'aide d'un tiers : je lui installais le logiciel et en cas de coupure de réseau (lors de la 1^{ère} séance) je devais retourner auprès d'elle lancer à nouveau l'appel *Skype* vers mon ordinateur. Ses importantes difficultés motrices l'empêchaient de manipuler l'outil. Ainsi, il faut tenir compte de ces paramètres et de la présence ou non d'aidants avant toute mise en place de séances visiophoniques.

Quelques problèmes de son ont été évoqués précédemment par deux patients. Étant dans la posture du praticien, j'ai moi-même expérimenté un point limitant de *Skype* quant au son : dans les deux courtes prises en charge de rééducation intensive de la dysarthrie parkinsonienne (avec Mme A. et M. T.), je ne pouvais connaître l'intensité vocale exacte du patient. Je n'étais jamais certaine que le patient utilisait une intensité de voix assez forte. Ainsi, je l'encourageais régulièrement par « Oui, c'est bien ! Bien fort ! » puisque je sais que la maladie de Parkinson diminue l'intensité vocale sans que le sujet s'en aperçoive. En cas de forçage vocal, les indices visuels m'aidaient généralement à réajuster le patient mais sans que je sois entièrement certaine de ce forçage ; à l'inverse il se peut que parfois je n'ai pas décelé certains forçages. Ce problème de son est donc à prendre en compte dans le choix d'une prise en charge à distance.

Le problème de « regard dévié » a été évoqué par Mme A. qui une fois m'a demandé ce que je regardais. Je lui ai alors expliqué que je la regardais elle sur mon écran mais que par la position de la caméra je pouvais paraître regarder ailleurs.

Enfin, M. T. note que la relation thérapeutique se tisse bien à deux : le patient et l'orthophoniste, pas l'un sans l'autre. Certes l'alliance thérapeutique nécessite avant tout l'implication personnelle du patient mais elle ne va pas sans l'investissement de l'orthophoniste qui a un fort impact sur la confiance, l'investissement et la motivation du patient : « *Oui [j'aurais confiance et serais investi dans ce genre de prise en charge], parce que Madeleine m'a convaincu par sa patience et sa détermination. La réceptivité de l'orthophoniste joue beaucoup. Il faut que l'orthophoniste soit investi, motivé !* ». D'où l'intérêt du mémoire d'Olivier Deygas recueillant l'avis des orthophonistes à ce sujet.

2 Synthèse et conclusion pour les hypothèses opérationnelles

- **Hypothèse opérationnelle 1** : Aux questionnaires et dans l'expérimentation de visiophonie, la majorité des patients dysphagiques interrogés voient des perspectives avec une prise en charge visiophonique.

Suite à l'analyse des 6 réponses au questionnaire et après l'expérimentation avec Mme J., je remarque que les patients dysphagiques (H1) ont un avis plutôt positif sur la prise en charge visiophonique (ils y voient des perspectives pour leur pathologie) et Mme J. témoigne de sa surprise quant à l'efficacité de cette prise en charge. Après cette expérience son avis a changé et elle se sent vraiment en confiance. En revanche, les patients n'ayant jamais vécu de séances visiophoniques expriment leur sentiment de méfiance dans la prise en charge. Mme J. comme les autres patients sont d'accord sur la baisse d'investissement dans une prise charge visiophonique.

En conclusion, l'hypothèse opérationnelle 1 est partiellement confirmée mais elle reste incomplète, ainsi je peux la compléter de la sorte : « Aux questionnaires et dans l'expérimentation de visiophonie, la majorité des patients dysphagiques interrogés voient des perspectives dans la prise en charge visiophonique. *Ils se sentiraient néanmoins moins investis qu'en présentiel. La confrontation à la prise en charge visiophonique semble faire croître la confiance dans la relation à distance.* »

- **Hypothèse opérationnelle 2** : Aux questionnaires et dans les expérimentations de visiophonie, les patients atteints de dysarthrie parkinsonienne et ayant bénéficié d'une rééducation intensive de la voix voient plus de perspectives dans la prise en charge visiophonique que les patients n'ayant pas bénéficié d'une rééducation intensive.

Suite à l'analyse des 40 réponses au questionnaire et après l'expérimentation avec Mme A. et M. T., je remarque que les patients parkinsoniens ont des avis plutôt mitigés. Concernant l'avis sur la prise en charge visiophonique le fort pourcentage de réponses non fiables ne permet pas de tirer de conclusions certaines, simplement d'observer que les réponses fiables sont aux alentours de 40% pour le positif comme pour le négatif. En revanche, je sais que 60% des patients ayant bénéficié d'une rééducation intensive de la dysarthrie parkinsonienne voient un grand intérêt à la prise en charge visiophonique car elle contrerait les problèmes de fréquence des séances et de trajet domicile-cabinet. Cet avis est soutenu par M. T. qui a vu dans les quelques séances de prise en charge par *Skype* le grand avantage de « *ne pas avoir besoin de se déplacer* ». En matière

d'investissement, à peine plus de la moitié se sent moins investi (Mme A. un peu moins investie mais M. T. tout autant investi). La confiance cependant penche plus du côté positif mais pas de façon significative.

En conclusion, l'hypothèse opérationnelle 2 est confirmée : « Aux questionnaires et dans les expérimentations de visiophonie, les patients atteints de dysarthrie parkinsonienne et ayant bénéficié d'une rééducation intensive de la voix voient plus de perspectives dans la prise en charge visiophonique que les patients n'ayant pas bénéficié d'une rééducation intensive. »

- **Hypothèse opérationnelle 3a** : Aux questionnaires et dans l'expérimentation de visiophonie, la majorité des patients présentant un début de maladie d'Alzheimer voit des perspectives avec une prise en charge visiophonique.

Suite à l'analyse des 9 réponses au questionnaire et après l'expérimentation avec M. C., je remarque que chaque patient Alzheimer (H3a) a un avis tranché quant à la prise en charge visiophonique : aucun d'entre eux ne change son avis entre le début et la fin du questionnaire et toutes les réponses restent fiables. Mais les pourcentages ne laissent pas émerger de tendance claire (45% de positifs contre 55% de négatifs), les avis sont faiblement plus négatifs. Il en va de même pour la question sur la confiance (1/3 dans chaque catégorie) ; après les séances en visiophonie, M. C. lui, affirme se sentir en confiance. Concernant l'investissement les avis sont beaucoup plus tranchés : les ¾ perçoivent un investissement moindre, mais M. C. se sent au contraire « *un peu plus investi qu'en cabinet parce qu'il faut faire plus d'efforts pour communiquer* » ce qui est stimulant pour lui.

En conclusion, l'hypothèse opérationnelle 3a semble infirmée. Elle pourrait être modifiée ainsi : « Aux questionnaires, la majorité des patients présentant un début de maladie d'Alzheimer *ne voit pas des perspectives dans la prise en charge visiophonique, la présence de l'orthophoniste est cruciale pour cette pathologie.* »

- **Hypothèse opérationnelle 3b** : Aux questionnaires, la majorité des patients aphasiques non fluents avec une bonne compréhension voient des perspectives avec une prise en charge visiophonique.

Suite à l'analyse des 18 réponses au questionnaire, je remarque que les patients aphasiques non fluents (H3b) sont plutôt confiants mais comme les autres patients, ils se sentiraient moins investis qu'en présentiel. A la fin du questionnaire, les avis positifs et négatifs s'équilibrent autour

de 42% chacun. Il reste cependant un fort pourcentage de réponses non fiables (16%).

En conclusion, l'hypothèse opérationnelle 3b est infirmée, puisque « Aux questionnaires, *la pathologie "aphasie non fluente avec bonne compréhension" ne semble pas influencer l'avis des patients* quant à la prise en charge visiophonique en orthophonie. »

- **Hypothèse opérationnelle 4** : Aux questionnaires, la majorité des patients atteints de TNCM et/ou leurs proches interrogés ont jugé la prise en charge à distance inappropriée dans leur cas.

Suite à l'analyse des 6 réponses au questionnaire, je remarque que 4 réponses sont les avis d'une tierce personne (ayant rempli le questionnaire pour le patient), 1 réponse l'avis du patient aidé par un tiers et 1 autre réponse l'avis d'une patiente seule (dont les résultats sont souvent contradictoires et peu fiables). L'avis des tiers (avis le plus fiable) est à 100% contre une prise en charge à distance. En ce qui concerne l'investissement les aidants répondent à l'unanimité que ce ne serait pas possible pour leur proche au vu des troubles (100% de « non investi »), ils seraient aussi peu confiants dans cette prise en charge à distance.

En conclusion, l'hypothèse opérationnelle 4 paraît confirmée à l'unanimité par les aidants mais pas par les patients car incapables de répondre de manière fiable. Il faudrait donc rectifier la proposition de la sorte : « Aux questionnaires, *la majorité des aidants* de patients atteints de TNCM interrogés ont jugé la prise en charge à distance inappropriée dans leur cas. »

- **Conclusions générales**

D'après l'analyse des résultats, il ressort que la visiophonie aurait le grand « avantage et inconvénient » de permettre au patient de rester à domicile. Avantage incontestable parce que cela ferait des économies de temps et d'argent grâce à la « suppression du trajet domicile-cabinet ». Inconvénient parce que « rien ne remplace la relation humaine » (commentaire d'un patient parkinsonien) en particulier la relation *in presentia* patient-orthophoniste (35 commentaires à ce propos). Les remarques des patients montrent qu'il faut également être attentif au caractère de solitude (baisse de la socialisation) du patient, conséquence possible d'une rééducation visiophonique.

CONCLUSIONS

1. Synthèse globale des résultats et des hypothèses théoriques

Suite à l'analyse des résultats et au réajustement des hypothèses opérationnelles, voici une mise en regard des hypothèses théoriques et opérationnelles :

- *Hypothèse opérationnelle 1* : « Aux questionnaires et dans l'expérimentation de visiophonie, la majorité des patients dysphagiques interrogés voient des perspectives dans la prise en charge visiophonique. *Ils se sentiraient néanmoins moins investis qu'en présentiel. La confrontation à la prise en charge visiophonique semble faire croître la confiance dans la relation à distance.* »

Ainsi je peux avancer que l'hypothèse théorique 1 est validée mais doit être complétée ainsi :

- **Hypothèse théorique 1 (H1)** : la visiophonie pourrait être proposée à des patients présentant une dysphagie sans troubles de la compréhension *mais en veillant à maintenir leur investissement par des activités variées et stimulantes.*

- *Hypothèse opérationnelle 2* : « Aux questionnaires et dans les expérimentations de visiophonie, les patients atteints de dysarthrie parkinsonienne et ayant bénéficié d'une rééducation intensive de la voix voient plus de perspectives dans la prise en charge visiophonique que les patients n'ayant pas bénéficié d'une rééducation intensive. »

Ainsi je peux avancer que l'hypothèse théorique 2 est validée :

- **Hypothèse théorique 2 (H2)** : La visiophonie pourrait être proposée à des patients présentant une dysarthrie parkinsonienne grâce une méthode de rééducation intensive de la voix ;

- *Hypothèse opérationnelle 3a* : « Aux questionnaires, la majorité des patients présentant un début de maladie d'Alzheimer *ne voit pas de perspectives dans la prise en charge visiophonique, la présence de l'orthophoniste est cruciale dans cette pathologie.* »

Ainsi je peux avancer que l'hypothèse théorique 3a n'est pas validée et devrait être modifiée ainsi :

- **Hypothèse théorique 3a (H3a)** : La visiophonie *est à éviter* chez les patients présentant un stade initial d'une maladie d'Alzheimer.

- *Hypothèse opérationnelle 3b* : « Aux questionnaires, la pathologie "aphasie non fluente avec bonne compréhension" semble ne pas influencer l'avis des patients quant à la prise en charge visiophonique en orthophonie. »

Ainsi l'hypothèse théorique 3b n'est pas validée, elle mérite d'être explorée par davantage de recherches et sur une plus grande population. Je peux donc préciser la formulation de l'hypothèse théorique ainsi :

- **Hypothèse théorique 3b (H3b)** : La prise en charge en présentiel semble plus indiquée pour les patients présentant une aphasie non fluente avec une bonne compréhension. Davantage de recherches sont nécessaires pour explorer l'impact de la visiophonie sur cette pathologie.

De ces deux hypothèses H3a et H3b, je peux conclure que l'hypothèse théorique 3 n'est pas validée est pourrait être rectifiée de la sorte :

- **Hypothèse théorique 3 (H3)** : La visiophonie semble difficile, voire à éviter chez des patients présentant des TNCm tels que le stade initial d'une maladie d'Alzheimer ou l'aphasie non fluente avec bonne compréhension.

- *Hypothèse opérationnelle 4* : « Aux questionnaires, la majorité des aidants de patients atteints de TNCM interrogés ont jugé la prise en charge à distance inappropriée dans leur cas. »

Ainsi je peux avancer que l'hypothèse théorique 4 est validée :

- **Hypothèse théorique 4 (H4)** : La visiophonie est difficile, voire à éviter, avec des patients présentant des TNCM.

De toutes ces hypothèses théoriques je peux conclure que la visiophonie en orthophonie :

- pourrait être envisagée (si aucune autre solution *in presentia* n'était possible) avec des patients dysphagiques ou parkinsoniens (seulement en cas de rééducation intensive de la voix) ayant une compréhension préservée.

- est à éviter avec des patients présentant des Troubles NeuroCognitifs Majeurs ou mineurs.

2. Critiques sur la démarche et le travail

Après l'analyse des résultats, j'ai pris conscience que mes hypothèses étaient chacune multiparamétriques : contrairement à ce que je pensais, le seul paramètre « type de pathologie » ne suffisait pas pour définir un avis sur la visiophonie. Mes hypothèses étaient donc trop « simples » dans leur vision du sujet ce qui m'a amené à les préciser dans la partie « *Synthèse et conclusion pour les hypothèses opérationnelles* ».

Par manque de temps et de patients je n'ai pu explorer ma dernière "hypothèse en faveur de la visiophonie" (H3b) sous l'angle de l'essai visiophonique. Je pense que cela aurait pu être bénéfique à mon mémoire.

Concernant les séances visiophoniques avec Mme A., je reconnais que la patiente n'était pas dans les mêmes conditions psychologiques que les trois autres patients. En effet, je me trouvais sur le même lieu que la patiente, à un étage de différence. Ainsi a-t-elle probablement ressenti moins d'appréhension que les patients seuls chez eux (comme Mme J. ou M. T.). Le fait de se savoir proches et de se voir *in presentia* avant et après la séance modifie un peu, je pense, la relation visiophonique. Cependant, cette expérimentation m'a permis de percevoir que Mme A. n'aurait pu bénéficier de séances à distance sans l'aide d'un tiers en ce qui concerne le versant technique et manipulation de l'ordinateur (à cause des importants troubles moteurs). Je me suis également aperçu que, dans le cas de Mme A., je n'aurais pu trouver d'aidant disponible pour installer la patiente devant l'ordinateur, trouver une pièce avec un réseau wifi fonctionnel, s'assurer que la connexion ne coupe pas au cours de la séance, la relancer au besoin, vérifier la qualité sonore environnante (travaux) etc. Ainsi, par cette expérience j'ai été confrontée au problème de la nécessité d'aidants pour certains patients : en cas de prise en charge visiophonique il faut prendre en compte les capacités (cognitives et motrices) du patient et la présence ou non d'un entourage favorable à cette prise en charge à distance.

Concernant les 4 patients de l'expérimentation, il existe un biais à leurs réponses "très positives" : si ces patients ont accepté de participer à une telle expérience c'est qu'ils étaient déjà ouverts à cette perspective. S'ils avaient été contre l'informatique, ils n'auraient pas accepté. Ceci explique donc la polarisation de leur satisfaction.

Je pense qu'il aurait été intéressant de prendre à plus long terme les 4 patients de l'expérimentation. En effet, ils auraient peut-être perçu d'autres limites du dispositif (oublis de rendez-vous, sensation de manque quant au matériel de cabinet, gestes non compris ne pouvant être guidés par l'orthophoniste, etc.).

Une limite inéluctable de mon mémoire est qu'il interroge les patients à un instant T, et que les patient âgés de cet instant T appartiennent encore à une génération n'ayant pas été confrontée aux nouvelles technologies lors de l'enfance ou du début de la vie adulte. Ainsi, les résultats de mon mémoire seront en constante évolution avec le temps suite à l'augmentation de l'utilisation quotidienne des nouvelles technologies. Les futures générations de personnes âgées seront probablement de plus en plus ouvertes à manipuler un ordinateur.

Une autre limite aux résultats de mon questionnaire est le faible nombre de patients pour certaines catégories : 6 patients dysphagiques, 6 patients avec des TNCM (dont 2 peu fiables) et 9 patients Alzheimer. Les conclusions ne peuvent donc être généralisées : elles mériteraient une seconde exploration plus ample et une confrontation des nouveaux résultats obtenus.

3. Pistes de recherche et perspectives préventives et/ou thérapeutiques

Je pense qu'il serait intéressant de poursuivre le travail de questionnaire et d'expérimentations avec d'autres patients concernés par l'orthophonie. Ainsi, peut-être serait-il envisageable de pratiquer des séances à distance avec des patients laryngectomisés, des patients présentant une surdité, des patients présentant une déglutition primaire, ou encore avec un public adolescent dans le domaine de la DL-DO (dyslexie-dysorthographe). Pour ce dernier cas je perçois différentes problématiques :

-  valuation des degrés d'appréhension face au langage écrit selon le mode prise en charge (en présentiel / visiophonique) : l'appréhension est-elle amoindrie par le regard indirect lié à la visiophonie ?

- Exploration de différents types de prises en charge à distance dans le cadre de la DL-DO :

- Prise en charge « Skype + papier/crayon » : l'adolescent montre ses productions à l'orthophoniste via la caméra, mais le thérapeute ne voit pas en direct ce qu'écrit l'adolescent.
- Prise en charge par « messages instantanés » avec ou sans vidéo.
- Complément d'une prise en charge habituelle avec des « messages différés » (*email* par exemple).

Je pense qu'à l'image du mémoire de médecine de L. Bonnardot (2005) portant « *l'accès aux soins spécialisés en milieu pénitentiaire, intérêt discuté des TIC* », il serait intéressant d'évaluer la demande de r  ductions l'orthophoniques et de r  fl chir à l'intérêt de prises en charge visiophoniques avec les patients incarcérés.

Il serait également envisageable de continuer à explorer le domaine de la visiophonie dans le champ de la guidance des aidants en poursuivant le mémoire de fin d'études de deux étudiantes de l' cole d'orthophonie de Strasbourg (réalisé cette même année 2016).

4. Positionnement personnel dans la recherche et les situations cliniques

Après tous ces chiffres, pourcentages et analyses, je souhaite mener avec vous une courte réflexion sur « visiophonie et orthophonie » : comment le travail de mon mémoire a-t-il pu me faire évoluer dans ma réflexion orthophonique et personnelle ? Je ne désire pas prouver quoique ce soit quant à la visiophonie, mais tout au plus susciter des réflexions : c'est ainsi qu'avance la recherche. La naissance de différentes réflexions, de différents points de vue, permet de regarder le sujet sous des éclairages multiples et par le prisme de problématiques différentes. Chaque réflexion apporte sa touche de couleur, ouvrant ainsi de plus grandes perspectives au problème initial. Je vous invite donc à me rejoindre dans cet exercice, pour élargir la réflexion sur le sujet. Comme dit le philosophe Bergson, « *Il faut agir en homme de pensée et penser en homme d'action* ». Je vais en premier lieu essayer de « *penser en homme d'action* », de penser en tant que future orthophoniste.

Tout d'abord je souhaite analyser en quoi les réponses des patients ont nourri ma réflexion sur l'usage de la visiophonie en orthophonie. Il me semble bon de préciser avant tout que les retours collectés sont un ressenti des patients, une réaction de personnes face à une question à un instant T, et que certaines questions avaient leur propres limites comme cela a été expliqué dans le corps de l'analyse. Autrement dit, je ne peux en tirer des conclusions trop générales ni conclure trop rapidement du bien-fondé absolu de la visiophonie. En effet, une enquête menée dans un contexte déterminé et avec ses limites, n'est en définitive simplement qu'un "outil d'aide à la décision". Elle ne peut pas prendre en compte l'ensemble des paramètres liés au sujet. Par ce questionnaire, j'ai moi-même suscité et collecté les résultats en réponse à une problématique précise pour éclairer un pan du vaste sujet qu'est la visiophonie. Cependant ce ne sont pas les résultats seuls qui prennent la décision, c'est moi en tant que modeste chercheur et praticien qui dois m'en servir pour poser mes propres choix de professionnel. Je souhaite donc prendre une décision éclairée en confrontant les avis de patients à la façon dont je souhaite exercer mon métier, mais également en fonction de ce que je suis. En premier lieu, je pense pouvoir dire que, quelle que soit le développement ou non de la visiophonie dans la pratique de l'orthophonie, je privilégierai avant tout la pratique en cabinet, car je m'y sens moi-même plus à l'aise et plus proche des patients quand ceux-ci traversent une période difficile (dépression, découragement, soucis personnels). En revanche, je pense que si un jour la visiophonie venait à être reconnue, elle pourrait constituer une aide appréciable dans certaines prises en charge, notamment en complément de la rencontre en cabinet ou à domicile. Le tout est d'être bien conscient des enjeux humains, affectifs, psychologiques, sociologiques et éthiques liés à cette prise en charge, car jamais rien ne pourra remplacer la relation humaine tissée en cabinet.

J'aimerais maintenant aborder un second aspect sur les apports de ce mémoire dans mon cheminement intellectuel et professionnel. J'ai le sentiment que j'ai appris à entrer concrètement dans ce qu'on appelle une "démarche expérimentale". En cette fin de travail universitaire, je me demande donc en quoi cette initiation à la recherche sera-t-elle capable d'influencer ma pratique future, d'enrichir ma capacité à me remettre en question et de m'aider à développer des stratégies de recherches pour répondre à mes questions. Tout d'abord, je pense que ce mémoire de recherche sur la visiophonie m'a « appris à penser » pour reprendre les mots du poète Boileau. Il m'a appris à bâtir un protocole exploratoire d'aide à la décision, à mener une démarche expérimentale pour répondre à une interrogation, et cette démarche intellectuelle me sera probablement utile dans ma pratique future lorsque je serai confrontée à d'autres interrogations. Par mes expérimentations, j'ai également découvert un « savoir-faire » et un « savoir-être » orthophonique. J'ai pu prendre conscience plus précisément de l'équilibre permanent qui existe entre le recours à un outil, l'identité du patient et l'identité du thérapeute : il faut veiller à ce que ces deux identités distinctes soient au mieux préservées et que la technologie ne prenne pas le pas sur la relation humaine au risque de devenir des "Charlie Chaplin des *temps modernes*". Ainsi, c'est par la définition des objectifs de rééducation, le recours à une "démarche expérimentale" et le discernement de ce qui correspond ou non à l'identité du patient et/ou du thérapeute qu'une décision pourra être prise en toute diligence. Par rapport à ce dernier point, j'ai surtout compris qu'être orthophoniste était avant tout une mission de « don de soi », un appel à se donner du mal pour ses patients, sans chercher à plaquer sa propre vision sur celle du patient. En reprenant le thème de mon mémoire cela se traduirait ainsi : si je me trouvais contrainte d'avoir recours à la visiophonie avec un patient qui se sentirait mal à l'aise à l'idée d'une prise en charge à distance alors je tenterais de l'orienter vers un autre praticien plus proche, plus disponible, plus formé dans le domaine en question, pour que sa future prise en charge (en présentiel) soit le plus adaptée à ses besoins ; à l'inverse, si celui-ci souhaitait s'engager dans une prise en charge à distance, alors je devrais m'investir autant que possible pour tisser une belle relation de confiance et de travail au travers de l'écran. La grande majorité des patients interrogés ici ont en effet répondu se sentir moins investis qu'en présentiel. Dans chaque cas j'essayerai d'éclairer le patient en essayant, tant que faire se peut de ne pas lui imposer ma vision de la situation.

Peut-être me direz-vous que je suis idéaliste de penser le métier d'orthophoniste comme une mission de « don de soi » ? Je n'entends pas le terme « don de soi » comme un « investissement démesuré » car j'ai bien conscience qu'« *il faut veiller à se garder un peu pour pouvoir continuer à se donner* » (V. Jankélévitch) et c'est grâce à une réflexion éthique que j'avancerai vers le juste équilibre. « L'idéal » est pour moi un moteur dans ma pratique professionnelle, un antidote contre la

routine, un « picotement » qui m'invite à me remettre en question pour rester dans l'humilité du praticien. Penser c'est rester humble, c'est savoir que je ne sais pas tout, que le patient a beaucoup à m'apprendre sur moi, sur ma pratique professionnelle et que cette découverte ne finira jamais. Je souhaite toujours rester consciente de ce « mystère de l'Autre » : ces mille et un mystères rencontrés, ces mille et un patients qui jalonnent ma carrière, me permettront d'avancer dans ma pratique orthophonique et de m'y épanouir.

A l'aube de mon entrée dans la vie professionnelle, j'ai essayé de faire mienne la maxime de Boileau : « Avant donc que d'écrire, apprenez à penser ». Ce mémoire m'a appris à penser, et à « *penser en homme d'action* ». Concernant l'autre versant de la phrase de Bergson « *agir en homme de pensée* », je n'en ferai pas un aussi long paragraphe. Pourquoi ? Parce qu'il est encore à écrire...

BIBLIOGRAPHIE

- Akrich, M., & Méadel, C. (2004) Problématiser les usages. *Sciences Sociales et Santé*, 22(2), 5–20.
- Arendt, H. (1983). *Condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann-Lévy.
- ASHA, American Speech-language-Hearing Association. (2005a) *Speech-Language Pathologists Providing Clinical Services via Telepractice : Technical Report*.
- ASHA (2005b). *Survey Report on Telepractice Use Among Audiologists and Speech-Language Pathologists*.
En ligne : <http://www.asha.org/uploadedFiles/practice/telepractice/SurveyofTelepractice.pdf>
- ASHA (2014). *2014 SIG 18 telepractice services survey results*. En ligne : http://www.asha.org/uploadedFiles/ASHA/Practice_Portal/Professional_Issues/Telepractice/SIG-18-Telepractice-Services-Survey-Results-by-Profession.pdf
- Bazin, N. (2002). Syndrome de glissement : un équivalent dépressif ? *La Revue de Gériatrie*, 5(27), 371-372.
- Chappe, S. (2012). *Amélioration du livret d'information intitulé « La prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte » destiné aux médecins généralistes*. Mémoire d'orthophonie, Université Victor Segalen-Bordeaux 2. 82p.
- Bonnardot, L. (2005). *Enjeux éthiques du mode d'accès aux soins en situation d'isolement*. Mémoire de médecine, Université René Descartes, Faculté de Médecine, Paris 5. 141p.
- Data.gouv.fr (2016). *Chiffres du registre des Français établis hors de France pour l'année 2015*. En ligne : <https://www.data.gouv.fr/s/resources/chiffres-du-registre-des-francais-etablis-hors-de-france-pour-lannee-2015/20160311-112238/nb-inscrits-par-pays-2015-2014-et-2013evolution.csv>
- De Fornel, M. (1988). Contraintes systémiques et contraintes rituelles dans l'interaction visiophonique. *Réseaux*, 6(29), 33–46.
- De Fornel, M. (1994). Le cadre interactionnel de l'échange visiophonique. *Réseaux*, 12(64), 107–132.
- Demailly, L. (2007). Que fait l'Internet aux psychanalystes ? *Le Carnet PSY*, (7), 30-34.

- Deygas, O. (2014). *La téléorthophonie état des lieux et perspectives*. Mémoire d'orthophonie, Université de Caen. 50p.
- Dudding & coll., (2012). *Telepractice Meeting Needs in the Public Schools*. En ligne : https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjv9Zv1ptfMAhWBFxQKHWTtoAdkQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.asha.org%2FEvents%2Fconvention%2Fhandouts%2F2012%2F1005-Telepractice-Meeting-Needs-in-the-Public-Schools%2F&usg=AFQjCNG3r2HDBR5Thg7wn7Xox7wjO_2aIA
- Esterle, L. (2011). L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? *Revue française des affaires sociales*, (2), 63-79.
- Frey, C., & Senepin, C. (2012). *Création et évaluation d'un logiciel d'entraînement pour les patients parkinsoniens atteints de dysarthrie*. Mémoire d'orthophonie, Université Claude Bernard Lyon 1.
- HAS, Haute Autorité de Santé, (2011). *Efficiency de la télé médecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*.
En ligne : http://www.hassante.fr/portail/jcms/r_1499255/fr/efficience-de-la-telemedecine-etat-des-lieux-de-la-litteratureinternationale-et-cadre-devaluation?xtmc=&xtcr=21
- Khandheria & Bijoy (1996). Telemedicine: An Application in Search of Users. *Mayo Clinic Proceedings*, 71(4), 420–421.
- Lemkes, J. M., & DeJoy, D. (2008). *Factors Related to Speech-Language Pathologists' Perceptions of Telepractice in the Delivery of Clinical Service*.
En ligne http://www.asha.org/Events/convention/handouts/2008/2605_Lemkes_Jennifer
- Licoppe, C., & Relieu, M. (2007). De la rue au tribunal : Études sur la visiocommunication. *Réseaux*, 25 (144) 9–22.
- Marchand, A., & Crevier, M. G. (2011). L'utilisation de la télépsychothérapie dans le traitement des troubles anxieux. *Perspectives Psy*, 50(3), 212-219.
- Mérieu, P. *Philosophie de l'éducation, séance n° 2 : Morale et éthique*. En ligne : <http://www.meirieu.com/COURSPHILO/coursphilo2.pdf>
- Mouchino, P. *Orthophonie à distance*. En ligne : <http://www.orthophonie-a-distance.com/>

Cadic, O. *Olivier Cadic, Sénateur représentant des Français établis hors de France.*

En ligne : <http://www.oliviercadic.com/vie-pratique/vous-avez-dit-teleorthophonie/>

Ouazzani, F. *Orthophonie en ligne.* En ligne : <http://www.orthophonie-en-ligne.com/>

Reynolds, JR., & coll. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet based psychotherapy: Preliminary results. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 164-168.

Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre.* Paris : Seuil, 424p.

Sabouret P. (2006). Prévenir c'est guérir... et aussi économiser. *L'information Santé au quotidien. Maladies cardiovasculaires.*

En ligne : <https://destinationsante.com/prevenir-c-est-guerir-et-aussi-economiser.html>

Scheideman-Miller, C., & coll., (2002). Two year results of a pilot study delivering speech therapy to students in a rural Oklahoma school via telemedicine. In System Sciences, 2002. HICSS. Proceedings of the 35th Annual Hawaii International Conference on (pp. 9-pp). IEEE.

Schneuwly B. (1989). Le 7e chapitre de 'Pensée et langage' de Vygotski : esquisse d'un modèle psychologique de production langagière. *Enfance*, 1-2(42), pp. 23-30.

Seelman, K.D., & Hartman, L.M. (2009). Telerehabilitation : policy issues and research tools. *International Journal of Telerehabilitation*, 1(1), 47-58.

Sistac, M. *Viziocare.* En ligne : <http://viziocare.com/>

Theodoros, D. (2012). A new era in speech-language pathology practice : Innovation and diversification. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 189-199.

GLOSSAIRE

- Amimie : Absence de mimiques, visage figé.
- Anomie : Manque du mot.
- Apraxie : Incapacité à réaliser un geste malgré des fonctions motrices et sensitives intactes.
- ASHA : American Speech-language Hearing Association.
- ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagée de Santé.
- APA : American Psychiatric Association.
- ATA : American Telemedicine Association.
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral.
- Dissociation automatico-volontaire : Mouvements possibles de manière automatique, spontanée, mais non sur commande.
- DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.
- Dystonie : Trouble du tonus musculaire (contractions longues et involontaires de certains muscles).
- Echolalie : Répétition des derniers mots (ou morceaux de phrases) entendus.
- FDA : La Food and Drug Administration est un service du gouvernement américain responsable de la pharmacovigilance, c'est-à-dire des études, du contrôle et de la réglementation des médicaments. Cet organisme a le mandat d'autoriser la commercialisation des médicaments sur le territoire des États-Unis.
(Doctissimo et Wikipédia)
- Fluence : Nombre maximum de mots émis consécutivement par minute.
- Glissement (syndrome de ~) : Décompensation rapide de l'état général du patient : anorexie, attitude douloureuse, refus des soins, volonté exprimée de mourir. (La Revue de Gériatrie)
- Hémianopsie : Perte ou diminution d'un héli-champ visuel.
- LSVT® : Lee Silverman Voice Treatment.
- MA : Maladie d'Alzheimer.

MIC : Mild Cognitive Impairment, troubles cognitifs légers.

MP : Maladie de Parkinson.

L'Organisation structurale du langage : décline le langage en 4 unités
(traits > phonèmes > monèmes > syntagmes)
et en 3 articulations entre ces 4 unités
(convention phonétique > convention phonologique > convention morpho-syntaxique).

OstéoVox : Thérapie manuelle de la voix par massages du cou et manipulations des cartilages laryngés.

Paraphasie phonémique : Trouble variable et aléatoire de la sélection et de la combinaison des phonèmes (ceux-ci appartiennent à la langue parlée par le sujet).

Paraphasie phonétique : Trouble articulaire variable et aléatoire, ne respectant pas les règles phonologiques (les sons n'appartiennent pas à la langue parlée par le sujet).

Pathognomonique (signe ~) : Signe, symptôme caractéristique d'une seule maladie.

Prodromal (symptôme ~) : Avant-coureur.

Rééduquer : Traiter les troubles ou maintenir les compétences.

Réadapter : Trouver des moyens alternatifs aux troubles non rééducables.

Réminiscence (acte de ~) : Action qui fait remonter en mémoire des sentiments, des sensations (les cinq sens), des événements du passé.

Schème : Intégration pérenne d'un mouvement ou d'une succession de mouvements. Un long moment de non confrontation à la situation ne supprime par le schème : le mouvement n'a pas besoin d'être réappris après non pratique. Le mouvement est non mentalisé (par exemple : faire du vélo, conduire etc.).

SEP : Sclérose En Plaques.

SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique.

TNCM : Troubles Neurocognitifs Majeurs.

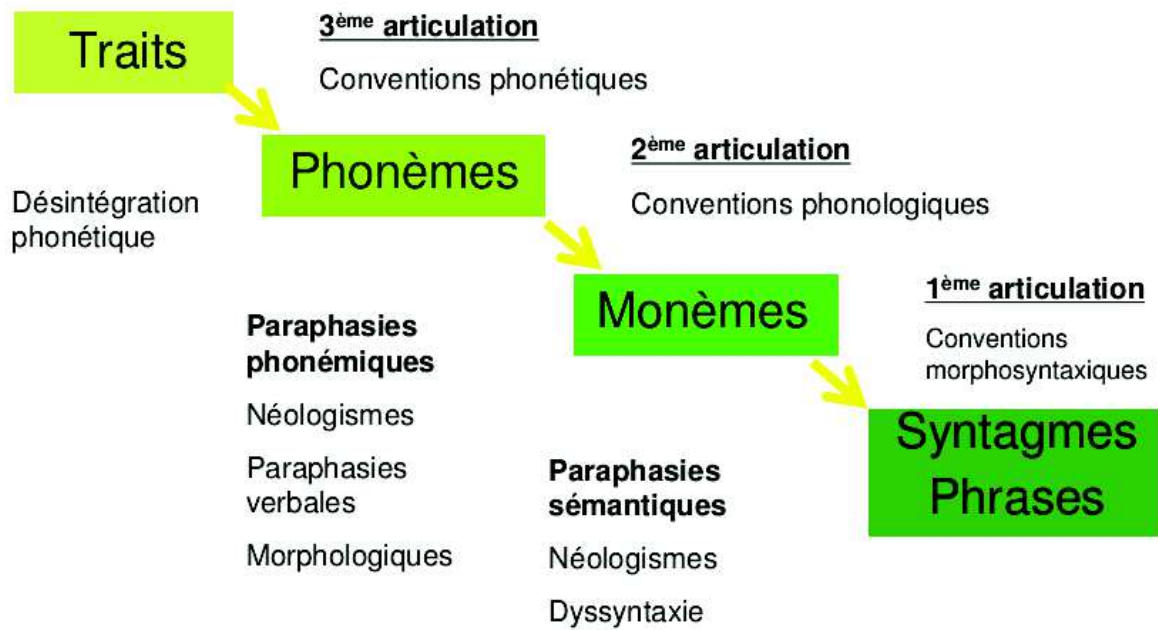
TNCm : Troubles Neurocognitifs mineurs.

Visioformé (orthophoniste ~) : Formé par des conférences à distance (téléconférences).

VSL : Véhicule Sanitaire Léger.

ANNEXES

Annexe I. L'organisation structurale du langage



Annexe II. Le questionnaire

Questionnaire version papier

(Temps de passation : entre 5 min et 10 min)

Bonjour,

Ce questionnaire en version papier est aéré pour plus de lisibilité pour le patient. Ainsi, malgré le nombre de pages, il n'est pas long et les questions de rédaction sont toutes facultatives.

Pour mon mémoire de fin d'études d'orthophonie, je souhaite recueillir l'avis des patients étant pris en charge en orthophonie pour :

- une dysphagie
- une maladie de Parkinson
- une aphasie non fluente
- une maladie d'Alzheimer
- une pathologie avec d'importants troubles cognitifs et/ou de la compréhension

Le questionnaire peut être rempli par le patient seul ou accompagné de son orthophoniste (ou d'un proche). Une fois terminé, vous pouvez le renvoyer par mail ou par la poste.

Merci de le renvoyer avant le 30 avril 2016

Dans la formulation des questions, je dirai « vous » en m'adressant au « patient » puisque ce questionnaire vise à récolter l'avis des patients. Si vous êtes un aidant ou l'orthophoniste, essayez autant que possible de répondre suivant l'avis du patient.

1 Vous (le patient) êtes pris en charge en orthophonie pour : (entourez la lettre)

- a - Une dysphagie sans troubles de la compréhension.
- b - Une maladie de Parkinson, en stade 1, 2 ou 3, avec une dysarthrie.
- c - Une aphasie non fluente avec une bonne compréhension.
- d - Une maladie d'Alzheimer, en stade initial.
- e - Autre (précisez) :

2 Quel âge avez-vous ?

3 Quelle est la fréquence de vos séances d'orthophonie ? (entourez)

1	2	3	4	fois par semaine	Plus de 4 fois par semaine
---	---	---	---	------------------	----------------------------

La page suivante vise uniquement les patients Parkinson. Si vous n'êtes pas concerné, vous pouvez passer à la question 4, page 4.

Suite de la question 3 pour les patients Parkinson :

3.1 Avez-vous déjà bénéficié d'une rééducation LSVT® ?

(Rééducation intensive de la voix : pendant 1 mois, 4 séances par semaine, séances de 1h, avec des productions de "a" longs, aigus, graves, et une série de 10 phrases à répéter.)

Oui

Non

3.2 Si oui, quel est votre ressenti par rapport à votre rééducation LSVT® ?

Pas satisfait

1

2

3

4

5

Très satisfait

→ Si vous le souhaitez (facultatif), précisez votre réponse en listant les principaux

Points positifs :

→ Et points négatifs :

4 Comment allez-vous chez l'orthophoniste ? (entourez la lettre)

- a - En voiture, vous êtes conducteur
- b - En voiture, vous êtes passager
- c - En transports en commun, seul(e)
- d - En transports en commun, accompagné(e)
- e - A pied, seul(e)
- f - A pied, accompagné(e)
- g - Autre (précisez) :
- h - Non concerné (l'orthophoniste se déplace) → passez à la question 5, page 5

4.1 Combien de temps dure votre trajet (aller simple) ?

- a - Moins d'un quart d'heure
- b - Entre 1/4h et 1/2h
- c - Entre 1/2h et 3/4h
- d - Plus de 3/4h

4.2 Quelles sont les conditions de votre trajet ? (plusieurs choix possibles)

- a - Sur des petites routes de campagne
- b - Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique)
- c - En centre ville

4.3 Le trafic est généralement :

Fluide	Un peu encombré	Encombré (bouchons)
--------	-----------------	---------------------

5 Avez-vous déjà entendu parler de la visiophonie en orthophonie ?

Oui

Non

→ Souhaitez-vous partager quelque chose à ce propos ? (facultatif)

La visiophonie repose sur l'utilisation d'un logiciel permettant à l'orthophoniste et au patient de se voir et de s'entendre à distance.

6 Si vous n'aviez pas d'autre solution pour bénéficier des séances d'orthophonie, accepteriez-vous d'utiliser la visiophonie (par l'intermédiaire d'un ordinateur) ?

a - Oui, bien sûr.

b - Oui, je suis prêt à faire un essai.

c - Pourquoi pas, mais je suis un peu dubitatif.

d - Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.

e - Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.

f - Non, car je ne veux pas apprendre l'informatique.

g - Autre (précisez) :

6.1 Auriez-vous confiance dans cette prise en charge à distance ?

1	2	3
---	---	---

Oui

Moyennement

Non

→ Pourquoi ? (facultatif)

6.2 Vous sentiriez-vous aussi investi que dans une prise en charge en cabinet ?

Oui

Non

→ Pourquoi ? (facultatif)

7 A votre avis,

7.1 Quels seraient les principaux avantages de la visiophonie ?

(Plusieurs réponses possibles)

- a - Une économie de temps (absence de trajets)
- b - Une économie d'argent (absence de trajets, de parcmètre)
- c - Une attitude respectueuse de l'environnement (pas de trajets donc moins d'émission de CO2)
- d - Moins de stress
- e - Moins de fatigue
- f - Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoituré)
- g - Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances
- h - Autre (précisez) :

7.2 Quels seraient les inconvénients, les risques, les difficultés ?

(Plusieurs réponses possibles)

- a - La manipulation du logiciel informatique
- b - L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire)
- c - L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple)
- d - L'absence du matériel habituellement utilisé en séance
- e - Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes
- f - Autre (précisez) :

8 Quelles seraient, selon vous, les raisons qui pousseraient un patient à consulter par visiophonie ? (plusieurs réponses possibles)

- a - Le trajet domicile-cabinet
- b - Des horaires de travail irréguliers
- c - La mobilité professionnelle
- d - Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)
- e - Autre (précisez) :

9 Avez-vous d'autres remarques, suggestions, expériences à partager concernant la visiophonie en orthophonie ? (facultatif)

10 A l'issue de ce questionnaire, votre avis sur la visiophonie a-t-il changé ?

Oui

Non

→ Merci de préciser :

Je vous remercie d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire. Bonne journée !

Annexe III. Résultats Excel du questionnaire Google Forms

Dysphagie sans troubles de la compréhension

Horodateur	Age	Fréquence séances	Moyen de transport	Tps de transport (aller simple)	Conditions du trajet	Trafic	Déjà entendu parler de visiophonie?	Confiance ?	Aussi investi ?	Pourquoi ?	Prêt pour de la visiophonie ?	Avantages	Inconvénients, risques, difficultés	Raisons qui pousseraient à consulter	Remarques, suggestions, expériences	Avis changé ?	Précisez succinctement :
4/25/2016 13:35:04	52	1	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non	1	Non	PEC pas très lourde (déglutition avec Madeleine)	Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie de temps (absence de trajets)	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple)	Le trajet domicile-cabinet, Des horaires de travail irréguliers, La mobilité professionnelle, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)	Ce serait peut-être bien que la 1ère séance soit en face à face (lien de confiance, présentation du matériel à utiliser).	Oui	Je ne pensais pas que ce serait si efficace (Mme J. séances avec Madeleine), il y a moyen de faire qqch. Pathologie et âge => impact différent suivant les patients.
4/25/2016 20:11:35	62	2	En voiture, vous êtes conducteur	Entre 1/4h et 1/2h	En centre ville	2	Non	2	Oui		Oui, je suis prêt à faire un essai.	Moins de stress, Moins de fatigue, Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Oui	Je pense que pour les patients ne pouvant pas se déplacer, la visiophonie est une prise en charge nécessaire afin que les malades puissent continuer à communiquer avec leur entourage familial ou amical
4/28/2016 17:19:32	62	1	En voiture, vous êtes passager	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des petites routes de campagne	1	Non	2	Non		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Aucun	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Des horaires de travail irréguliers		Oui	J'ai découvert la visiophonie, je ne connaissais pas.
3/17/2016 18:19:51	71	1	En voiture, vous êtes conducteur	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique), En centre ville	2	Non	3	Non		Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	Une économie de temps (absence de trajets)	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Non	
3/8/2016 14:21:47	90	1	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non	3	Non		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre)	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Non	
3/21/2016 1:18:24	92	1	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non	3	Non		Non, car je ne veux pas apprendre l'informatique.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Des horaires de travail irréguliers, La mobilité professionnelle, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Non	Je ne suis pas pour remplacer qqun sur place qui peut aussi expliquer à l'entourage remonter guider les gestes

Maladie de Parkinson en stade 1, 2 ou 3, avec une dysarthrie

Horodateur	Age	Fréquence séances	Moyen de transport	Tps de transport	Conditions du trajet	Trafic	Déjà entendu parler de visiophonie ?	Souhaitez-vous partager quelque chose ?	Confiance ?	Pourquoi ?	Aussi investi ?	Pourquoi ?	Prêt pour de la visiophonie ?	Avantages	Inconvénients, risques, difficultés	Raisons qui pousseraient à consulter	Remarques, suggestions, expériences	Avis changé ?	Précisez succinctement :	LSVT ?	Ressemble LSVT	Points positifs LSVT	Points négatifs LSVT
4/20/2016 9:50:53	63	1	A pied, seul(e)	Moins d'un quart d'heure	En centre ville		Non		1		Oui		Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie de temps (absence de trajets). Une attitude respectueuse de l'environnement (pas de trajets donc moins d'émission de CO2)	Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet. La mobilité professionnelle	Je vois un gros intérêt pour des patients encore en activité professionnelle	Non	Non mais je ne connaissais pas !	Oui	5	Efficacité	
4/1/2016 14:34:24	64	1	En voiture, vous êtes passager	Moins d'un quart d'heure	En centre ville	1	Non		2	Je pense que l'orthophonie est mieux lorsqu'on se trouve face aux gens, surtout en cas de problème à domicile à relater ensuite au cabinet.	Non		Pourquoi pas, mais je suis un peu dubitatif.	Aucun avantage	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet		Non	pas trop "pour"	Oui	5	Très bénéfique et pas eu besoin de recommencer depuis	
4/28/2016 17:09:17	68	4	A pied, seul(e)	Moins d'un quart d'heure	En centre ville		Non		3		Non		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Une économie de temps (absence de trajets)	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet. Des horaires de travail irréguliers		Non	Toujours "contre" car dans la visiophonie il y a un manque de relation humaine vis à vis d'une maladie de Parkinson qui déjà isole !	Oui	5	Récupération des graves/aigus, augmentation de la tessiture. Rééducation de la parole, articulation retrouvée => les proches me comprennent bien maintenant !	
4/21/2016 16:41:54	75	2	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		3		Non	le contact humain c'est en toute thérapie 50% (au moins) du traitement.	Oui, je suis prêt à faire un essai.	expérimentation d'une méthode de traitement	La manipulation du logiciel informatique	l'absence d'un (e) ortho compétent (e)	je suis curieuse	Oui	quelque peu dubitative de toujours vouloir remplacer l'humain par une machine quelle que soit. Attention de ne pas vous transformer en Kiné... qui n'utilisent plus que des machines !	Oui	5		
4/25/2016 14:00:15	77	2	En voiture, vous êtes passager	Entre 1/2h et 3/4h	Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique), En centre ville	3	Non	Je ne savais pas que ça existait	3	Non si uniquement en visiophonie	Oui	Oui si par exemple visite en cabinet une fois par mois et visiophonie 2 fois par semaine.	Seulement en complément ou en parallèle	Une économie de temps (absence de trajets). Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre). Une attitude respectueuse de l'environnement (pas de trajets donc moins d'émission de CO2). Moins de stress. Moins de fatigue. Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoituré). Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	aucun inconvénient	Le trajet domicile-cabinet. Des horaires de travail irréguliers. La mobilité professionnelle. Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Oui	Mais je maintiens que ce doit être un complément un outil supplémentaire à la disposition de l'orthophoniste et du patient.	Oui	5	Soutien important et maintien voire améliore la voix	Le déplacement
4/28/2016 17:24:24	82	1	VSL	Moins d'un quart d'heure	Sur des petites routes de campagne, En centre ville	1	Non		2		Non		Oui bien sûr, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	?	La manipulation du logiciel informatique. L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire). L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet		Non	"moyennement pour"	Oui	5		
4/28/2016 17:32:05	?	4	En voiture, vous êtes conducteur	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique)	3	Oui	Génial car on se voit avec les difficultés	1		Oui		Oui, bien sûr.	Une économie de temps (absence de trajets). Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'absence du matériel habituellement utilisé en séance	La mobilité professionnelle		Non	toujours "pour"	Oui	5	mémoire, jeux, voix	
4/19/2016 20:54:09	38	1	VSL	Entre 1/2h et 3/4h	Sur des petites routes de campagne, Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique)	1	Non		1	On opère bien des patients à distance....pour des actes invasifsalors de l'orthophonie en visio....pourquoi pas!?	Oui		Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie de temps (absence de trajets). Moins de stress. Moins de fatigue. Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire). L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple)	Le trajet domicile-cabinet, possibilité de cumuler avec des séances en cabinet		Non	Je ne connaissais pas la visiophonie, mais cela me paraît bien d'expérimenter, et puis si cela rentre en complément de séances "classiques" ...	Oui	4		
3/10/2016 16:47:53	60	1	A pied, seul(e)	Moins d'un quart d'heure	En centre ville		Non		3		Non	pas à l'aise avec l'informatique	Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	rien	La manipulation du logiciel informatique. L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet	bien en binôme en institut de rééducation	Non		Oui	4	parler plus fort, articuler, mettre le ton	rebarbatif, lassant sur certains exercices
4/28/2016 17:16:13	62	1	En voiture, vous êtes passager	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des petites routes de campagne	1	Non		2		Non		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Aucun	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet. Des horaires de travail irréguliers		Oui	J'ai découvert ce que c'était.	Oui	4		
4/19/2016 20:45:12	63	4	En voiture, vous êtes conducteur	Entre 1/2h et 3/4h	Sur des petites routes de campagne, Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique)	2	Non		?		Non	La relation humaine est toujours plus stimulante quand elle se passe bien	Oui, bien sûr.	Une économie de temps (absence de trajets). Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre). Une attitude respectueuse de l'environnement (pas de trajets donc moins d'émission de CO2). Moins de fatigue. Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoituré). Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances. Choisir le moment des séances	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Le manque de rigueur et de laisser aller dans les exercices la présence d'une personne est une stimulation	Le trajet domicile-cabinet. Des horaires de travail irréguliers. La mobilité professionnelle. Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)	Comme je ne suis pas sûr d'avoir compris ce que c'était que la visiophonie ça rend non valide toutes mes réponses	?		Oui	4	exercices accessibles à tout le monde, faciles à faire chez soi sans matériel ou pas.	
4/20/2016 12:23:01	67	1	En voiture, vous êtes conducteur	Entre 1/2h et 3/4h	Sur des petites routes de campagne, Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique)	1	Non		1	Oui, parce que Madeleine m'a convaincu (patience et détermination). La réceptivité de l'orthophoniste joue beaucoup. Il faut que l'orthophoniste soit investi, motivé.	Oui	PEC des exercices où on n'a pas besoin de se déplacer (exercices répétés comme dans LSVT).	Oui, bien sûr.	Une économie de temps (absence de trajets). Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre). Moins de stress. Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoituré). Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique. L'absence du matériel habituellement utilisé en séance. Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet. La mobilité professionnelle		Non	J'ai découvert (par l'intermédiaire des séances avec Madeleine) une méthode qui est à exploiter, qui a de l'avenir, c'est pas mal !	Oui	4	Prise de conscience de la faible intensité de la voix procurée par Parkinson	
4/28/2016 17:12:43	68	4	VSL	Moins d'un quart d'heure	Sur des petites routes de campagne	2	Non		3		Non		Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	aucun	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). L'absence du matériel habituellement utilisé en séance. Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Des horaires de travail irréguliers		Non	"dubitatif..."	Oui	4		
5/3/2016 14:16:02	60	1	VSL	Moins d'un quart d'heure	Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique)	3	Non		2		Oui		Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie de temps (absence de trajets). Moins de fatigue. Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoituré)	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple)	Le trajet domicile-cabinet		Oui	toujours "pour"	Oui	3		Un peu trop fatiguant. Rythme trop soutenu (4x/semaine). Nous ne pouvons pas juger du travail fait car les séances ont été interrompues (cause du décès du mari de l'orthophoniste puis déménagement à la suite).
04/05/2016 15:14	63	1	En voiture, vous êtes passager	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des petites routes de campagne	1	Non		2		Oui		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Une économie de temps (absence de trajets). Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre). Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple)	Le trajet domicile-cabinet. La mobilité professionnelle		Oui	Je ne connaissais pas, maintenant je sais que ça existe.	Oui	3	Coaching important	

4/27/2016 11:59:46	65	1	En voiture, vous êtes conducteur	Entre 1/2h et 3/4h	En centre ville	2	Non		2	Besoin de valider visuellement et de façon auditive les propos de l'orthophoniste.	Non	Présence physique de l'orthophoniste indispensable	il faudrait une qualité d'image et de son exemplaires...	Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre). Moins de fatigue. Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoturé). Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Des horaires de travail irréguliers	Non	Dubitatif	Oui	3	Sensibilise au potentiel de portée de la voix et l'importance de la respiration	Exercices passablement limités, peu motivant, effets moyens
4/15/2016 11:26:11	67	2	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Oui	séances avec Madeleine (Mme A)	1	oui, parce que c'est bien pour l'orthophoniste.	Non	Un peu moins	Oui, bien sûr.	Une économie de temps (absence de trajets). Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre). Moins de fatigue	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). L'absence du matériel habituellement utilisé en séance	Des horaires de travail irréguliers. Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage). Flexibilité de l'horaire de séance	Non	C'est bien quand même, c'est bien pour les gens qui ne peuvent pas avoir d'orthophonie.	Oui	3	rien	
3/14/2016 21:39:38	75	2	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		3		Non		Non, car je ne veux pas apprendre l'informatique.	Domicile	La manipulation du logiciel informatique	Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)	Non		Oui	3		
4/23/2016 20:40:29	54	1	En voiture, vous êtes conducteur	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des petites routes de campagne	1	Non	oui, savoir ce que c'est !	2	80% de la communication est non-verbale	Non	Peut-être par une richesse moindre de l'interaction avec le professionnel	Pourquoi pas, mais je suis un peu dubitatif.	Une économie de temps (absence de trajets)	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet	Non	Je reste dubitatif sur cette réduction des canaux de communication	Oui	2	pas de transfert d'efficacité entre les exercices et le quotidien	
4/22/2016 18:47:59	57	1	En voiture, vous êtes conducteur	Moins d'un quart d'heure	Sur des petites routes de campagne	2	Non		1	Pourquoi pas.	Oui		Oui, bien sûr.	Moins de fatigue	Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes, un jour on supprimerait l'homme	La mobilité professionnelle	Non	Il faut aller de l'avant	Non			
4/21/2016 14:39:11	61	1	En transports en commun, seul(e)	Entre 1/4h et 1/2h	En centre ville		Non		1		Oui		Oui, bien sûr.	Une économie de temps (absence de trajets)	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple)	Le trajet domicile-cabinet, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)	Oui	Parce que, même si ce vocable n'a pas été défini dans son usage orthophonique, il n'en demeure pas moins qu'on a eu droit à quelques infos sur cette technique.	Non			
3/17/2016 14:08:03	65	1	En voiture, vous êtes conducteur	Moins d'un quart d'heure	En centre ville	1	Non		1		Non	relationnel avec l'orthophoniste	Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie de temps (absence de trajets)	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)	Non	non car on ne voit pas le bénéfice réel si ce n'est l'absence de transport	Non			
03/05/2016 20:03	68	2	En voiture, vous êtes passager	Entre 1/4h et 1/2h	En centre ville	3	Non		1		Oui		Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie de temps (absence de trajets)	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple)	Le trajet domicile-cabinet	?	je n'avais pas d'avis	Non			
4/28/2016 17:34:47	68,5	2x/mois	A pied, seul(e)	Moins d'un quart d'heure	En centre ville		Non		2		Oui		Pourquoi pas, mais je suis un peu dubitatif.	Une économie de temps (absence de trajets). Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre). Une attitude respectueuse de l'environnement (pas de trajets donc moins d'émission de CO2). Moins de stress	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Des horaires de travail irréguliers, La mobilité professionnelle	Oui	J'ai découvert ce que c'était. Toujours dubitatif.	Non			
3/24/2016 10:55:19	69	2	VSL	Entre 1/2h et 3/4h	Sur des petites routes de campagne	1	Non		1	c'est pareil	Oui	c'est pareil, le trajet en moins	Oui, bien sûr.	Une économie de temps (absence de trajets). Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre). Moins de fatigue. Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoté). Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). L'absence du matériel habituellement utilisé en séance	Le trajet domicile-cabinet, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)	Non	le fait que je n'ai pas besoin de me déplacer serait un plus	Non			
4/29/2016 16:55:43	69	2	A pied, seul(e)	Moins d'un quart d'heure	En centre ville		Non		2		Non	rien ne remplace la relation humaine	Oui, bien sûr.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet	Non	contact humain	Non			
5/2/2016 13:55:09	69	1	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		3		Non		Actuellement en ehpad et pas d'ordinateur	Une économie de temps (absence de trajets). Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre). Moins de fatigue. Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire)	Le trajet domicile-cabinet	Non	En Ehpad et sans ordinateur pas possible	Non			
3/11/2016 22:24:15	70	2	En transports en commun, seul(e)	Entre 1/2h et 3/4h	En centre ville	1	Non		3		Non		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)	Non		Non			
4/29/2016 12:10:08	71	1	En voiture, vous êtes conducteur	Entre 1/4h et 1/2h	En centre ville	2	Non		2		Non		Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	Une économie de temps (absence de trajets). Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). L'absence du matériel habituellement utilisé en séance. Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet	Oui	Je n'avais jamais entendu parler de la visiophonie. Certainement que cette méthode de soin est intéressante, surtout pour les personnes ne pouvant pas se déplacer. Il y a également utilisation du logiciel à dominer. A suivre.	Non			
4/29/2016 15:24:30	74	2	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		2		Oui		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Une économie de temps (absence de trajets). Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre)	L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). L'absence du matériel habituellement utilisé en séance	Des horaires de travail irréguliers	Non	Nous n'en savons pas plus	Non			
3/21/2016 15:27:13	75	1	VSL	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique), En centre ville	1	Non		1		Non		Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre). Moins de stress. Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoté). Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Des horaires de travail irréguliers	Non	je ne connaissais pas avant.	Non			
4/27/2016 15:35:24	75	1	A pied, seul(e)	Entre 1/4h et 1/2h	En centre ville		Oui	oui, mais très peu (aussi ai-je peu à partager)	?	En réalité je n'en sais rien.	?		Oui, bien sûr.	Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoté). Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet	Non	Non, pour être franc.	Non			
4/19/2016 19:03:05	76	1	En voiture, vous êtes passager	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des petites routes de campagne	1	Non		3	Besoin de contact rassurant	Non		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Une économie de temps (absence de trajets). Moins de fatigue	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet	Non		Non			

4/25/2016 14:07:50	76	1	En voiture, vous êtes conducteur	Moins d'un quart d'heure	En centre ville	2	Non		1		Oui		Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie de temps (absence de trajets), Moins de fatigue	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet	Je ne connais pas ce type de rééducation. Je vois cela plutôt comme un COMPLÈMENT aux séances faites au cabinet.	Non	Je ne connaissais pas.	Non				
3/14/2016 15:19:41	81	2	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		3		Non	J'ai besoin de l'orthophoniste	je ne peux plus bouger	?	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple)	je ne sais pas		Non		Non				
3/31/2016 15:00:21	83	2	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		2	Parce que j'aime bien voir les gens	Oui		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Je ne vois pas d'avantage parce que je suis très bien comme je suis	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Non	Je ne connaissais pas	Non				
4/25/2016 14:00:54	83		En voiture, vous êtes passager	Entre 1/4h et 1/2h	En centre ville	1	Non		1		Non		Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire)	Le trajet domicile-cabinet		Non	difficulté à se servir d'un ordinateur	Non				
5/2/2016 8:49:20	83	1	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		2		?	Je ne sais pas.	Non car je ne veux pas apprendre l'informatique et la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple)	?		Non	Toujours "contre"	Non				
4/25/2016 20:11:35	62	2	En voiture, vous êtes conducteur	Entre 1/4h et 1/2h	En centre ville	2	Non		2		Oui		Oui, je suis prêt à faire un essai.	Moins de stress, Moins de fatigue, Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Oui	Je pense que pour les patients ne pouvant pas se déplacer, la visiophonie est une prise en charge nécessaire afin que les malades puissent continuer à communiquer avec leur entourage familial ou amical	?				
04/05/2016 18:05	68	1	En transports en commun, seul(e)	Plus de 3/4h	En centre ville	2	Non		2		Non	Absence de contact humain	Oui, bien sûr.	Une économie de temps (absence de trajets), Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre), Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Des horaires de travail irréguliers, La mobilité professionnelle, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Non	Un ordinateur ne remplacera pas pour moi la présence physique de l'orthophoniste. Difficile aussi de créer des liens de confiance et de proximité.	Non				

**Maladie d'Alzheimer
en stade initial**

Horodateur	Age	Fréquence séances	Moyen de transport	Temps transport	Conditions du trajet	Trafic	Déjà entendu parler de visiophonie en orthophonie ?	Souhaitez-vous partager quelque chose ?	Confiance ?	Pourquoi ?	Aussi investi ?	Pourquoi ?	Prêt pour de la visiophonie ?	Avantages	Inconvénients, risques, difficultés	Raisons qui pousseraient à consulter	Remarques, suggestions, expériences	Avis changé ?	Précisez succinctement :
4/1/2016 14:38:37	64	1	A pied, seul(e)	Entre 1/4h et 1/2h	En centre ville		Non		1	ça peut peut-être désengorger certains cabinets mais il faut tout de même se voir une fois de temps en temps.	Oui		Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie de temps (absence de trajets), Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre), Une attitude respectueuse de l'environnement (pas de trajets donc moins d'émission de CO2), Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoituré), Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), L'absence du matériel habituellement utilisé en séance	Le trajet domicile-cabinet, Une personne handicapée	Il n'y a plus de liens directs avec l'orthophoniste	Non	Je n'étais pas forcément au courant avant mais ça pourrait être positif de le mettre en place.
4/29/2016 18:36:06	64	1	A pied, seul(e)	Entre 1/4h et 1/2h	En centre ville		Non		1		Oui	Peut-être même un peu plus investi qu'en cabinet parce qu'il faut faire plus d'efforts pour communiquer donc ça m'investi plus !	Oui bien sûr, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	Moins de stress, Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	Les problèmes de réseau internet.	Le trajet domicile-cabinet, La mobilité professionnelle, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)	(Séances avec Madeleine) Malgré les quelques problème de réseau cela peut-être un bon outil (qui va être amélioré c'est sûr).	Non	Oui je suis toujours d'accord que ça puisse se faire avec des gens comme moi. C'est intéressant.
3/25/2016 10:08:12	66	1	En voiture, vous êtes conducteur	Moins d'un quart d'heure	Sur des petites routes de campagne	1	Non		3	Non, parce que je ne suis pas fort en informatique.	Non	Non, parce que je préfère être en présence de l'orthophoniste, le contact direct me convient.	Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre)	La manipulation du logiciel informatique, L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, La mobilité professionnelle	Je pense que la visiophonie n'est pas intéressante et qu'il manquerait de convivialité.	Non	(toujours "contre")
3/21/2016 12:20:34	73	1	En voiture, vous êtes passager	Moins d'un quart d'heure	En centre ville	1	Non		1	je suis confiant de nature	Oui	je serais aussi bien	Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Des horaires de travail irréguliers, La mobilité professionnelle, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage), patient hospitalisé		Non	la question prête à confusion. (le patient a spontanément répondu OUI car il maintenait son accord avec la proposition de la visiophonie; or dans ce cas il fallait répondre NON et je l'ai aidé)
3/21/2016 10:24:46	76	2	En voiture, vous êtes passager	Moins d'un quart d'heure	Sur des petites routes de campagne, Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique), En centre ville	1	Non		2		Non		Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoituré)	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	La mobilité professionnelle		Non	Je ne connaissais pas
3/31/2016 15:03:14	80	2	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		2	J'en sais rien, j'ai jamais fait ça moi...	Non	Je préfère voir les gens	Non, car je ne veux pas apprendre l'informatique.	Une économie de temps (absence de trajets), Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre), Une attitude respectueuse de l'environnement (pas de trajets donc moins d'émission de CO2), Moins de stress, Moins de fatigue, Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoituré), Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Des horaires de travail irréguliers, La mobilité professionnelle, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Non	RAS
4/26/2016 10:45:02	80	1	A pied, seul(e)	Moins d'un quart d'heure	En centre ville		Non	Non, pas d'ordinateur	2	Je n'ai pas d'ordinateur	Non	Les rapports humains sont importants. C'est ma seule sortie (seul).	Non, car je ne veux pas apprendre l'informatique. Et Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Moins de fatigue, Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)	- Le rapport (physique) entre patient/orthophoniste est hyper important. - Ce monsieur apprécie beaucoup de sortir sans sa femme et il ne supporterait pas de l'avoir derrière lui à la maison pendant la séance.	Non	Tjrs "contre"
3/21/2016 20:28:27	88	1	En voiture, vous êtes passager	Moins d'un quart d'heure	En centre ville	1	Non		3		Non		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Moins de fatigue, Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet		Non	relation avec l'orthophoniste est importante
3/21/2016 9:33:35	93	1	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		3		Non	j'ai besoin d'un contact avec une personne, "voir du monde"	Non, car je ne veux pas apprendre l'informatique.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Des horaires de travail irréguliers	je trouve cela étrange tout simplement	Non	je ne connaissais pas du tout et ne souhaite pas en connaître davantage

Aphasie non fluente sans troubles de la compréhension

Horodateur	Age	Fréquence séances	Moyen de transport	Temps transport	Conditions du trajet	Trafic	Déjà entendu parler de visiophonie	Souhaitez-vous partager quelque chose?	Confiance ?	Pourquoi ?	Aussi investi ?	Pourquoi ?	Prêt pour de la visiophonie ?	Avantages	Inconvénients, risques, difficultés	Raisons qui pousseraient à consulter	Remarques, suggestions, expériences	Avis changé ?	Précisez succinctement :
4/26/2016 10:47:44	41	2	En transports en commun, seul(e)	Moins d'un quart d'heure	En centre ville	2	Non		1		Non		Oui, bien sûr.	Une économie de temps (absence de trajets), Moins de stress, Moins de fatigue, Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Des horaires de travail irréguliers		Non	Toujours "pour"
3/17/2016 14:39:15	45	4	VSL	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des petites routes de campagne		Oui		3	Non pas à distance	Non		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Aucune idée	Pas de relation thérapeutique, pas de socialisation	Je ne sais pas		Non	J'ai besoin de mon orthophoniste
3/19/2016 14:16:30	49	1	En voiture, vous êtes conducteur	Moins d'un quart d'heure	En centre ville	1	Oui		2		Non		Pourquoi pas, mais je suis un peu dubitatif.	Une économie de temps (absence de trajets), Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre), Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Non	compliquée à mettre en oeuvre oui si aucune autre possibilité
3/15/2016 10:05:34	50	2	En voiture, vous êtes passager	Moins d'un quart d'heure	En centre ville	1	Non		2		Non		Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Des horaires de travail irréguliers, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Oui	
3/15/2016 14:35:48	51	2	En voiture, vous êtes passager	Moins d'un quart d'heure	En centre ville	1	Non		1		Oui		Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoituré), Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	La mobilité professionnelle		Non	Je ne connaissais pas la visiophonie
3/19/2016 23:55:04	54	2	En voiture, vous êtes conducteur	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique), En centre ville	2	Non		2		Non		Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	Une économie de temps (absence de trajets), Moins de stress, Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)	Prise en charge par la sécu possible ?	Oui	c'est intéressant
3/30/2016 12:03:24	54	1	En voiture, vous êtes conducteur	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique)	1	Non		1		Oui		Oui, bien sûr.	Une économie de temps (absence de trajets), Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre), Moins de stress, Moins de fatigue	L'absence du matériel habituellement utilisé en séance	Le trajet domicile-cabinet, La mobilité professionnelle		Oui	Visiophonie
4/1/2016 19:28:12	60	2	En voiture, vous êtes conducteur	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des petites routes de campagne, En centre ville	1	Non		2	il faudrait faire un essai	Non	la présence de l'orthophoniste me semble plus facile pour parler	Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre), Une attitude respectueuse de l'environnement (pas de trajets donc moins d'émission de CO2), Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet	je ne peux pas savoir sans avoir fait un essai	Oui	Je ne savais pas que ça existait
3/20/2016 8:47:45	65	2	VSL	Entre 1/4h et 1/2h	Sur des petites routes de campagne, En centre ville	1	Non		2		Non		Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire)	Le trajet domicile-cabinet		Non	pas d'apriorie
3/29/2016 14:57:59	68	1	En voiture, vous êtes conducteur	Moins d'un quart d'heure	Sur des petites routes de campagne	1	Non		3	besoin de la présence de l'ortho	Non		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	rien	L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Non	0
3/15/2016 9:56:14	70	1	En voiture, vous êtes conducteur	Moins d'un quart d'heure	Sur des petites routes de campagne	1	Non	c'est quoi ça?	3	on ne peut pas s'exprimer comme on s'exprime de vive voix	Non	c'est dommage qu'il n'y ait pas le contact	Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	pas d'avantages	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	je ne vois pas de raison		Non	
3/24/2016 14:41:09	72	3	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non	qu'est-ce que c'est ?	3	difficile de manipuler pour moi, la présence et l'aide de l'orthophoniste sont indispensables.	Non	j'ai déjà du mal lorsque l'orthophoniste vient, de moi-même je risque de loupier les rendez-vous.	Résidant en EHPAD l'accès à l'informatique est restreint; hémiplegie + troubles de la vision, je suis incapable de suivre sur une écran et n'ai pas envie de me mettre à l'informatique, parler est trop difficile je ne saurais pas me faire comprendre.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Des horaires de travail irréguliers, La mobilité professionnelle, pouvoir demander une séance à des heures imprévues, plus de souplesse dans le choix des séances		Non	je n'ai déjà pas envie de travailler sur tablette informatique comme me propose l'orthophoniste, je n'ai aucune envie de me casser la tête avec l'informatique, cela me donne l'occasion de voir d'autres personnes que les résidents et éventuellement de sortir et changer de cadre.
3/27/2016 11:46:48	75	2	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		2		Oui		Pourquoi pas, mais je suis un peu dubitatif.	Une économie de temps (absence de trajets), Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre), Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoituré)	L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence du matériel habituellement utilisé en séance	Le trajet domicile-cabinet, La mobilité professionnelle		Non	toujours "pourquoi pas"
4/26/2016 10:36:40	76	1	En voiture, vous êtes conducteur	Moins d'un quart d'heure	En centre ville	1	Non		1		Oui		Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie de temps (absence de trajets), Une économie d'argent (absence de trajets, de parcimètre), Une attitude respectueuse de l'environnement (pas de trajets donc moins d'émission de CO2), Moins de stress, Moins de fatigue, Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	aucun	Le trajet domicile-cabinet, Des horaires de travail irréguliers, La mobilité professionnelle		Oui	Prêt à faire un essai !
3/25/2016 10:04:04	81	2	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		1		Oui		Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple)	Le trajet domicile-cabinet		Non	La visiophonie peut être intéressante pour des patients plus jeunes que moi (81ans) mais pas pour des patients de mon âge.
3/17/2016 12:37:47	82	1	En voiture, vous êtes passager	Moins d'un quart d'heure	Sur des petites routes de campagne	1	Non		3		Non	pas de mon âge, pas habitué à ce matériel	Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet		Non	trop compliqué à utiliser
4/28/2016 17:27:00	82	1	VSL	Moins d'un quart d'heure	Sur des petites routes de campagne, En centre ville		Non		2		Non		Oui bien sûr mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique	(absence réponse patient)	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet		Non	moyennement "pour"
3/24/2016 15:00:33	88	3	VSL	Moins d'un quart d'heure	En centre ville	1	Non		2		Non		Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	aucun avantage	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple), L'absence du matériel habituellement utilisé en séance, Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet, Des horaires de travail irréguliers, La mobilité professionnelle, Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Non	pas convaincue

**Troubles
NeuroCognitifs
Majeurs**

Horodateur	Pathologie	Age	Fréquence des séances	Moyen de transport	Tps de transport	Conditions du trajet	Trafic	Déjà entendu parler de visiophonie ?	Souhaitez-vous partager quelque chose à ce propos ?	Confiance ?	Pourquoi ?	Aussi investi ?	Prêt pour de la visiophonie ?	Avantages	Inconvénients, risques, difficultés	Raisons qui pousseraient à consulter	Remarques, suggestions, expériences	Avis changé ?	Précisez succinctement :	LSVT ?
3/21/2016 9:56:46	maladie d'Alzheimer, stade modéré	83	2	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		3	Trop virtuel, pas de contact humain. Machine qui semble remplacer l'homme	Non	Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Une économie d'argent (absence de trajets, de parc/mètre). Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique. L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	pas d'orthophoniste disponible dans le village/ zone sous-dotée		Non	Reste convaincu que la relation thérapeutique à distance sera très difficile à établir dans ce type de pathologie (maladie d'Alzheimer) + âge où la personne n'est pas habituée à internet + pas les moyens à la maison (cf pas internet, pas d'ordinateur)	
3/22/2016 11:25:28	Aphasie non fluente avec tb compréhension	60	3	En transports en commun, seul(e)	Entre 1/2h et 3/4h	Sur des petites routes de campagne. Sur des grands axes routiers (autoroute, périphérique). En centre ville	1	Non	Orthophonie -> aphasie	1		Oui	Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie de temps (absence de trajets). Une économie d'argent (absence de trajets, de parc/mètre). Une attitude respectueuse de l'environnement (pas de trajets donc moins d'émission de CO2)	La manipulation du logiciel informatique	Le trajet domicile-cabinet. Un séjour à l'étranger (expatriation ou voyage)		Oui	Orthophonie	
4/7/2016 12:07:13	Aphasie non fluente avec tb compréhension	?	1	A pied, seul(e)	Entre 1/2h et 3/4h	Sur des petites routes de campagne	2	Non		2		Non	Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Je suis de la vieille école et je préfère que le thérapeute soit en face	L'absence du matériel habituellement utilisé en séance. Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet		Non	Plutôt avoir le professionnel de santé en face de moi	
4/20/2016 11:08:08	Parkinson, stade 4/5	85	1	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		2		Non	Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Non concerné car en EHPAD et pas d'accès à un ordinateur, de plus incapacité de son utilisation	La manipulation du logiciel informatique. L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Ne peut répondre car non concerné		Non	Il me semble que ce questionnaire concerne plus la visiophonie en soi et en tant que moyen d'appliquer l'orthophonie qu'un traitement orthophonique à plus proprement parler!	
4/22/2016 11:01:28	Une maladie de Parkinson, en stade avancé	87	2	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non		2		Non	Pourquoi pas, mais je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique. L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire). L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple). Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	je ne sais pas	non, il faudrait essayer. Pour le cas de mon mari qui dort beaucoup, l'orthophoniste est quelquefois obligée de le réveiller en cours de séance.	Non	Je ne connaissais pas, je pense que cela serait trop tard dans l'évolution de la maladie de mon mari	Non
5/2/2016 8:45:33	Aphasie avec troubles de la compréhension	88	1x/3semaines	En voiture, vous êtes passager	Moins d'un quart d'heure	Sur des petites routes de campagne	1	Non		3		Pas de réponse du patient	Non, car la présence de l'orthophoniste me semble indispensable.	Pas de réponse du patient	Pas de réponse du patient	Pas de réponse du patient		Pas de réponse du patient	Pas de réponse du patient	

Réponses ne pouvant être analysées

Horodateur	Pathologie	Age	Fréquence séances	Moyen de transport	Tps de transport	Conditions du trajet	Trafic	Déjà entendu parler de visiophonie ?	Confiance ?	Pourquoi ?	Aussi investi ?	Pourquoi ?	Prêt pour de la visiophonie ?	Avantages	Inconvénients, risques, difficultés	Raisons qui pousseraient à consulter	Remarques, suggestions, expériences	Avis changé ?	Précisez succinctement :	LSVT ?
3/14/2016 14:54:47	une démence dont le nom n'a pas encore été validé	78,5	2	Non concerné (l'orthophoniste se déplace)				Non	3	non parce que je pense que je décrocherai rapidement (attention) si l'orthophoniste ne me touche pas et ne se trouve pas en face de moi pour me rebooster.	Non		Non, car je ne veux pas apprendre l'informatique.	Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	La manipulation du logiciel informatique, L'utilisation d'un écran (fatigue oculaire), L'absence physique de l'orthophoniste (qui guide les gestes par exemple)	Le trajet domicile-cabinet, Des horaires de travail irréguliers, augmenter la fréquence de prise en charge	Je n'ai jamais expérimenté la visiophonie ; je n'ai jamais eu aucun contact avec quoi que ce soit dans le domaine de l'informatique	Non		
4/1/2016 14:41:42	cérébro-lésée (chirurgie méningiome)	63	1	A pied, seul(e)	Moins d'un quart d'heure	En centre ville		Non	1	On se voit quand même, même si ce n'est pas direct	Oui		Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie d'argent (absence de trajets, de parc/mètre), Plus d'autonomie (pas besoin d'être covoituré)	La manipulation du logiciel informatique	Le trajet domicile-cabinet		Non	Toujours "pour"	
4/20/2016 10:42:45	Une maladie de Parkinson, en stade 1, 2 ou 3, avec une dysarthrie	63	Je n'ai pas de séance d'orthophonie					Non	1		Oui		Oui, bien sûr.	Une attitude respectueuse de l'environnement (pas de trajets donc moins d'émission de CO2), Moins de stress, Moins de fatigue, Une possibilité d'augmentation de la fréquence des séances	Les liens de confiance et de proximité ne seraient plus les mêmes	Le trajet domicile-cabinet		Non	Existe-t-il des précédents?	Non
4/27/2016 9:13:27	Une maladie de Parkinson, en stade 1, 2 ou 3, avec une dysarthrie	68	Pas encore de séance mais je sais que ça m'aiderait.					Non	1		Oui	Oui parce que je ne connais pas d'orthophoniste spécialisée en Parkinson.	Oui, je suis prêt à faire un essai.	Une économie de temps (absence de trajets), Une attitude respectueuse de l'environnement (pas de trajets donc moins d'émission de CO2), Moins de fatigue	Je ne vois pas d'inconvénients, du moins avant essai !!!, je pense qu'il faut tenter avant de juger.	Le trajet domicile-cabinet, Plus de disponibilités et moins de contraintes de rendez-vous.	Je pense qu'il serait intéressant d'essayer, ne connaissant pas du tout ce système.	Oui	(toujours "pour") Bien sûr n'ayant jamais entendu en parler, même en cure où nous avons un contact avec une orthophoniste.	Non

***La visiophonie en orthophonie :
Etude exploratoire auprès de patients suivis en neurologie***

Résumé :

Avec le souci permanent d'améliorer les moyens à sa disposition pour mieux répondre aux besoins du patient, le thérapeute doit regarder avec attention les possibilités offertes par les technologies nouvelles. Dans ce mémoire, l'intérêt de la visiophonie en tant que complément à la pratique orthophonique ordinaire a été analysé sous l'angle des patients présentant des troubles neurologiques. Un questionnaire a été soumis à un grand nombre de patients recouvrant 4 pathologies différentes, et 4 patients ont participé à une prise en charge visiophonique.

Si le premier avantage de la visiophonie réside dans l'économie du trajet domicile-cabinet particulièrement bénéfique dans le cas de pathologies neurologiques invalidantes, le rendez-vous en cabinet est l'occasion d'une rencontre, facteur humain très important pour des personnes souffrant de déficits communicationnels. Comme l'a confié un patient « *rien ne remplace la relation humaine* » et la visiophonie pourrait être alors un facteur de plus grande solitude du patient.

Par ailleurs, en fonction de la pathologie les intérêts de la visiophonie ne sont pas les mêmes. Ainsi, les résultats suggèrent que la visiophonie serait à éviter avec des patients présentant des Troubles Neuro-Cognitifs Majeurs ou mineurs mais qu'elle pourrait être envisagée avec des patients dysphagiques ou parkinsoniens.

Mots-clés : Téléorthophonie, visiophonie, neurologie, questionnaire, éthique

Abstract :

The therapist has to investigate permanently all the tools available for a better answer to the needs of his patients, and this is particularly true with the new numerical technologies. In the present work, the interest of videophones for speech therapists in charge of taking care of patients suffering from neurological troubles was investigated. A survey has been submitted to a large panel of patients concerned by at least 4 different pathologies, and actually 4 of them experienced a real therapy through videophone.

The first interest of the methodology is obviously to avoid the difficulties raised by transport for patients suffering from invalidating pathology, however the appointment in the therapist's office is a good way to maintain social interactions. As reported by a patient « *nothing can replace human relationship* » and the danger of videophone could be to let the patient alone with himself.

Furthermore, if videophone seems to be efficient with parkinsonian or dysphasic patients, the results suggest to avoid it with patients suffering from neurocognitive troubles.

Keywords : Telepractice, speech and language therapy, videophone, neurology, survey, ethics.