



L'ORTHOPHONISTE

N° 405 | Janvier 2021

**INFORMER,
DÉPISTER,**

LES ORTHOPHONISTES

**ACTEURS
DE PRÉVENTION**

DOSSIER

Les nouveautés
d'Évalo BB

EXERCICE LIBÉRAL

Élections URPS - Épisode 5
Une seule liste...
alors pourquoi voter ?

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Un collier connecté au service
de l'orthophonie clinique

SOMMAIRE

L'ORTHOPHONISTE N°405 - JANVIER 2021



3

ÉDITO

2021, l'année de la prévention ?

Par Anne Dehète



4

EXERCICE LIBÉRAL

A la croisée des négociations

Par Emily Benchimol, Christophe Rives
et Agnès Siciak-Tartaruga



9

*Élections URPS - Épisode 5 -
Une seule liste... alors pourquoi voter ?*

Par Emily Benchimol, Marie Dutilleul
et Agnès Siciak-Tartaruga



11

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

*Un collier connecté au service
de l'orthophonie clinique*

Par Yann Tanou, Xavier Cormary et Muriel Gabas



13

FORMATION CONTINUE

Le paysage de la formation continue évolue

Par Cécile Petit



15

ÉTHIQUE

Les Assises citoyennes du numérique en santé

Par Mireille Kerlan et Sophie Marion



22

PROMOTION DE LA SANTÉ

*Deuxième journée régionale de la prévention en
orthophonie en région Auvergne-Rhône-Alpes*

Par Françoise Gérentes



24

DOSSIER

Les nouveautés d'Évalo BB

Par Françoise Coquet



34

ODM

Voeux 2021



35

UNADRÉO

*Le bégaiement se manifeste-t-il de la même
manière dans les deux langues parlées par
une personne bilingue ?*

Par Dodji Gbedahou



39

JNLF 2021

*Thérapie écosystémique
des troubles de la communication*

Par Thierry Rousseau



41

*Peut-on mesurer l'efficacité de la
thérapie orthophonique en soins palliatifs...*

Par Didier Lerond



42

JURIDIQUE

L'injonction de faire

Par Maude Premier



45

AGAO

AGA or not AGA

Par Bertrand Chaillou



49

CLIN D'ŒIL

Salle d'attente d'antan

Par Aimé Disant

RÉDACTION

78, rue Jean-Jaurès 62330 Isbergues
Tél. 03 21 61 94 91 - Fax : 03 21 61 94 95

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION

Anne Dehète

RÉDACTION, ADMINISTRATION

Magali Dussourd-Deparis

magali.dussourd@orthoedition.com

PHOTOS ORTHOEDITION

Morgane Le Galloudec - Christel Helloin - Michel Barbier

SECRETARIAT DE RÉDACTION

Christine Gaudel

PUBLICITÉ ET ABONNEMENTS AU JOURNAL

Sylvie Tripenne

sylvie.tripenne@orthoedition.com

L'ORTHOPHONISTE est une revue mensuelle éditée par la FNO et offerte par les syndicats régionaux de la FNO à leurs adhérents.

Tarif normal : 90 € / Tarif réduit étudiant : 49 € (Joindre une photocopie de la carte d'étudiant)

Conformément à la loi, la rédaction se réserve le droit de refuser toute insertion sans avoir à justifier de sa décision.
Couverture : © Milan / insta_photos / Vane Nunes / BASILICOSTUDIO STOCK / Adobe Stock



Becquart Impressions.

67 rue d'Amsterdam

59200 Tourcoing

ISSN : 0244-9633



Anne Dehêtre,
présidente de la FNO



L'année de la ——— — **Prévention ?**

Au nom de toutes les représentantes et de tous les représentants des syndicats de la fédération qui œuvrent sur le territoire, en métropole et dans les territoires d'outre-mer, je vous souhaite une bonne et heureuse année 2021.

Ensemble, en 2020, nous avons su affronter l'épidémie et mettre en place des moyens particulièrement innovants pour continuer à assurer la continuité des soins pour les patients, tout en garantissant leur protection et la nôtre. Que ce soit en cabinet libéral, en structure, à l'hôpital, les orthophonistes ont su, dès qu'ils et elles en ont eu les moyens, protéger les personnes, patients et familles, proches, aidants, en mettant en place gestes barrières, mesures de protection et d'hygiène. L'adaptation fut rapide et a permis la réouverture de toutes les structures de soins dans lesquelles nous exerçons.

Les orthophonistes veulent maintenant aller plus loin dans la prévention et dans leur participation active à la crise sanitaire inédite que nous traversons.

La FNO réclame donc que tous et toutes les orthophonistes qui le souhaitent puissent prendre part aux campagnes de dépistage massif de la Covid-19. Nous travaillons quotidiennement sur la sphère orobuccofaciale, nous serions donc tout à fait habilités à réaliser les prélèvements dans la bouche et dans le nez.

De même nous devons être des professionnels de santé en mesure de garantir aux patients la non transmission d'une maladie quand celle-ci peut être évitée. C'est pour cela que la FNO se bat depuis des années pour obtenir la gratuité du vaccin contre la grippe.

Aujourd'hui, nous réclamons que les orthophonistes fassent partie des professionnels prioritaires pour la vaccination anti-Covid. Nous avons été entendus, car toute la profession doit faire partie de la seconde phase du plan de vaccination quand celui-ci pourra être élargi.

Et nous devons aussi participer à l'information des patients sur la prévention de l'épidémie, ainsi que sur tous les moyens pour se faire : l'information sur les gestes barrières, sur les mesures d'hygiène, nous les prodiguons déjà. Mais nous devons aussi être impliqués, comme les autres professionnels de santé, à l'information sur la vaccination et ses bénéfices. Aujourd'hui, associée aux tests de dépistage, la vaccination semble être un des moyens de sortir de la crise sanitaire dans laquelle nous nous trouvons, un des moyens aussi d'éviter un reconfinement important, nuisible aux patients mais aussi à tous les acteurs de la société et à tous les citoyens et toutes les citoyennes.

C'est pourquoi la FNO s'est associée au mouvement Ensemble - Prévention - Covid (www.opinion-internationale.com/ensemble-prevention-covid) pour alerter les pouvoirs publics que la prévention est l'affaire de chacun et de chacune et que seul un mouvement collectif d'ampleur pourra nous permettre de sortir de cette crise sanitaire et de prévenir d'autres épidémies...



C'est ensemble que nous sortirons de cette crise, ensemble que nous en préviendrons d'autres, n'hésitez pas à signer la pétition sur la page Ensemble - Prévention - Covid !

À LA CROISÉE DES NÉGOCIATIONS,

pour notre profession **comme pour l'ensemble des professions de santé conventionnées**

Emily Benchimol, vice-présidente chargée de la coordination avec les régions
 Christophe Rives, vice-président chargé de l'exercice libéral et de l'interprofessionnalité
 Agnès Siciak-Tartaruga, conseillère technique pour l'exercice conventionné

Une crise sanitaire qui s'inscrit dans la durée et qui force le destin de la télémédecine, un Ségur de la santé partiellement inachevé, de nouvelles orientations promises concernant l'exercice coordonné des professions de santé, tels sont les ingrédients qui ont conduit à l'élaboration d'une feuille de route ministérielle « urgente » envoyée à la direction de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et qui ont entraîné la mise en œuvre simultanée de diverses négociations conventionnelles.



LE CONTEXTE DE LA CRISE SANITAIRE

La crise sanitaire qui frappe notre pays depuis le début de l'année 2020 a entraîné une série de bouleversements réglementaires, d'accélération dans le déploiement de certains dispositifs de soins et d'amers constats sur le fonctionnement de l'organisation sanitaire française. Ceux-ci ont été faits dans une situation d'urgence et à la fois de prise de conscience

des répercussions lourdes tant sur le plan économique que sur la problématique du maintien de l'accès aux soins.

La FNO, comme de nombreuses autres organisations syndicales représentatives, a agi avec énergie (et poursuit au quotidien cette mission) pour participer à l'installation avec les instances gouvernementales de toutes les mesures nécessaires au main-

tien et à l'amélioration de la mise en œuvre de l'intervention orthophonique dans ce contexte difficile. Comme dans toute période de crise majeure, des analyses systémiques étaient nécessaires et des évolutions devaient apparaître ; dans le monde de la santé, ces changements étaient appelés de leurs vœux par l'ensemble des acteurs, depuis de nombreuses années. Les réponses ont été partielles.



LES CONCLUSIONS DU SÉGUR DE LA SANTÉ

A

près la première phase de la crise sanitaire, le Gouvernement a impulsé un « Ségur de la santé » qui se définit comme « une consultation des acteurs du système de soin français » qui s'est déroulée du 25 mai

2020 au 10 juillet 2020.

L'objectif affiché était de mettre en place une « *grande réunion multilatérale des partenaires sociaux au ministère* » afin de présenter un plan « *cet été, pour traduire tout ce qui peut l'être dans le prochain budget de la Sécurité sociale* ».

La nature de ce Ségur était presque totalement orientée vers le système hospitalier et médico-social. Même si la structure de cette concertation affichait un des 4 piliers orientés vers les soins en libéral, plus particulièrement l'organisation des soins dans le territoire, la part était congrue et les acteurs libéraux du soin sont restés terriblement sur leur faim.

Toutes les organisations syndicales des professionnels de santé libéraux ont joué le jeu de la participation, quand cela fut possible, par notamment des contributions documentées et des témoi-

gnages en séance. La FNO s'est investie dans ces propositions au titre de son mandat à l'UNPS, de sa participation à l'intersyndicale représentée par la FFPS et en son nom propre.

Mais l'éléphant Ségur a accouché d'une souris pour la majorité des professions de santé en libéral. Le quatrième pilier a surtout été l'occasion d'acter deux mesures présentées comme « mesures-phares » : les déploiements de la télésanté et de l'exercice coordonné, mais qui étaient déjà lancées en amont de la crise sanitaire. L'ambition affichée de revaloriser tous les métiers du soin s'est rapidement éteinte et le PLFSS de l'automne qui a mis en musique économique les orientations du Ségur l'a confirmé : l'enveloppe consacrée aux soins de ville dans le budget de financement de la Sécurité sociale de 2021 est très faible en regard du secteur hospitalier et surtout des besoins réels sur le terrain.



1

Premier pilier

Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent.



2

Deuxième pilier

Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins.



3

Troisième pilier

Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes.



4

Quatrième pilier

Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

FÉDÉRER LES ACTEURS DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS

MESURE 24

ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ DANS TOUS LES TERRITOIRES

- Accélérer le développement des téléconsultations :
 - des consultations en télé-médecine en prolongant le dispositif mis en place pendant la crise du COVID ;
 - en assouplissant le principe de connaissance préalable du patient pour les téléconsultations ;
 - en permettant dans certaines conditions des téléconsultations en dehors des parcours actuels du parcours de soins coordonné.
- **Déjà à tous les patients les conditions de réalisation d'une télé-expertise** et permettre aux professionnels de santé non médicaux de solliciter une télé-expertise ;
- Permettre une prise en charge conventionnelle des actes de télé-médecine pour les sage-femmes et les chirurgiens-dentistes ;
- **Fixer le périmètre et les principes du financement de la télésurveillance** pour confier aux partenaires conventionnels le soin de définir la rémunération afférente.

Exemple : un médecin, un autre dentiste. Il n'y a pas d'habilitation préalable de l'acte de télé-expertise programmée pour une première consultation à distance avec une orthodontiste d'un autre secteur. Cette consultation est remboursée à 100% par l'assurance maladie.

Prochaines étapes

- Négociations conventionnelles, concertation sur les mesures législatives et réglementaires nécessaires ;
- Calibrage d'une mesure de financement par les organismes complémentaires de la prise en charge intégrale de la télésanté.

MESURE 25

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS PAR LE DÉVELOPPEMENT DE L'EXERCICE COORDONNÉ

- Dans l'esprit de **Ma Santé 2022**, faire de l'exercice coordonné la norme en le développant sous toutes ses formes par la négociation conventionnelle :
 - Atteindre l'objectif fixé en 2017 de doublement le nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles et de centres de santé d'ici 2022 ;
 - Conforter les équipes de soins (primaires et spécialisées) en les dotant d'un cadre et de missions formalisés ;
 - Mettre en place un mécanisme de bonus/financer pour soutenir les CPIS créés en 2020/2021 et celles qui s'engagent dans des missions de régulation / coordination en matière de soins non programmés.



LE DÉPLOIEMENT DES CPTS

La notion de promotion de l'exercice coordonné annoncé par les réformes de la santé et préfigurée dans le Ségur est essentiellement la suite du projet des CPTS. Nous avons eu l'occasion de le rappeler à plusieurs reprises dans ces colonnes, l'organisation de l'exercice coordonné se construit lentement, strate par strate, dans un ordre assez aléatoire :

- Un accord conventionnel interprofessionnel signé en 2017, qui concerne le niveau intermédiaire de l'organisation : les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).
- Un accord conventionnel interprofessionnel signé en 2019, et qui est actuellement en renégociation qui concerne le niveau « macro » de l'organisation : les CPTS.
- Un accord en cours de négociation qui concerne les soins primaires ou de proximité : les Équipes de soins primaires et les Équipes de soins spécialisées.

Près de 600 CPTS sont d'ores et déjà lancées ou en phase de lancement et ce déploiement va s'intensifier dans les mois à venir.



UNE FEUILLE DE ROUTE MINISTÉRIELLE

C'est dans ce cadre général que la feuille de route ministérielle, adressée à la direction de l'Uncam, est arrivée en mettant l'accent quasi uniquement sur l'organisation de soins et le volet numérique.

- ✓ **Développer et renforcer** le déploiement de l'exercice coordonné.
- ✓ **Définir** les modalités de participation et de financement des médecins libéraux aux soins non programmés.
- ✓ **Développer** la télésanté.
- ✓ **Prévoir** les conditions de l'essor du numérique en santé.

La restriction des thèmes dans cette lettre de cadrage du ministère est criante et de nombreuses organisations syndicales ont dénoncé par voie de presse, le manque d'ambition, une fois encore, pour les autres professions de santé autres que les médecins.

Des orientations reprenant strictement ces thèmes ont été votées par le conseil de l'Uncam le 10 septembre 2020 en vue de la négociation d'avenants aux conventions nationales de chacune des professions de santé et de relance des négociations intersyndicales sur le volet de l'exercice coordonné.



LES NOUVELLES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES : **UN PÉRIMÈTRE TRÈS CONTRAINT ... UNE FOIS DE PLUS !**

La FNO s'est donc engagée pour notre profession dans un nouveau cycle de négociations conventionnelles simultanées :



Concernant l'exercice coordonné

Une série de séances de négociations se déroule actuellement afin de compléter l'ACI des CPTS et de définir le rôle des équipes de soins. Plusieurs tendances se confirment pour les CPTS : celles du renforcement de leurs missions en termes de participation à la gestion des crises sanitaires dans les territoires de santé ; la réponse aux soins non programmés ; la nécessité de trouver une articulation avec les niveaux intermédiaires d'exercice pluriprofessionnel que sont les MSP ou les ESP/ESS. Des enveloppes complémentaires devraient être allouées pour financer ou renforcer ces missions et pour accélérer les phases dites d'amorçage de ces communautés. La FNO soutient l'idée que la notion de soins non programmés doit concerner l'ensemble des professions de santé définies comme en tension (sur le plan démographique) et répondant à une demande de soins de premiers recours.

Pour la notion d'équipes de soins, ESP ou ESS, là les discussions sont partiellement dans l'impasse car le modèle « formel » prévu dans le cadre légal qui comporte une structuration initiale de l'équipe (constitution préalable de l'équipe / intégration de protocoles préétablis...) se heurte à des modèles plus souples, voulus par la grande majorité des organisations syndicales et répondant à des problématiques concrètes de terrain. Rappelons que l'ESP qui constitue un échelon opérationnel (quelques professionnels de santé de proximité qui se coordonnent pour améliorer la démarche de soins) est très attendue. La notion de modèle « ouvert », équipe qui se constitue autour du patient en fonction des besoins et avec un principe de rémunération équitable, correspondrait aux souhaits de la majorité (et constitue une proposition faite dans un autre cadre par l'UNPS, qui a le soutien de la FNO) mais l'issue de la négociation risque d'apporter des nuances dans l'architecture de ces équipes.



Concernant l'ouverture des négociations spécifiques aux orthophonistes

La FNO a donc été sollicitée (comme l'ensemble des professions de santé conventionnées) dans le cadre d'une ouverture anticipée de négociations conventionnelles, conséquence directe de la lettre de cadrage mentionnée plus haut. Le calendrier habituel des négociations conventionnelles respecte un rythme défini tous les 5 ans ; il a été avancé compte tenu des éléments de contexte évoqués.

Néanmoins cette anticipation ne s'inscrit pas dans une même logique que des négociations habituelles et se présente comme « validation » d'un contenu conventionnel pré établi par la caisse ; essentiellement sur la mise en application du télésoin et qui ne comporte pas de mesures tarifaires réelles.

Le conseil d'administration de la FNO, par une motion publiée le 11 octobre 2020 a demandé l'extension du périmètre des négociations conventionnelles qui s'ouvrent dans le cadre du télésoin.

Nous avons rappelé que l'ouverture de négociations sur ce thème, que nous considérons comme porteur de solutions innovantes pour l'évolution des pratiques, dans l'intérêt des patients, est nécessaire, mais nous ne pouvons accepter les inégalités de traitement constatées depuis plus d'un an entre les professionnels de santé libéraux conventionnés et non conventionnés dans le champ plus général de la rémunération des actes.

L'attachement historique au socle conventionnel pour l'exercice de notre profession d'orthophoniste n'est plus à démontrer. Mais aujourd'hui les avantages de ce mode d'exercice ne suffisent pas à compenser les disparités majeures constatées sur le terrain, en termes de rémunération des actes, en particulier ceux concernant le bilan orthophonique et la rééducation du langage écrit, de la communication et de la cognition mathématique.

Comment accepter que, pour des actes similaires, dans le domaine des pathologies du neurodéveloppement notamment, certains professionnels soient rémunérés à des niveaux bien supérieurs (de 30 à 200 % de plus !) et que cette prise en charge financière le soit également à 100 % par l'Assurance maladie⁽¹⁾ ?

La qualité des soins délivrés par les orthophonistes n'est plus à démontrer, et notre profession n'a de cesse que de le démontrer tant au niveau du bilan que de l'intervention. Des recommandations professionnelles scientifiques sont attendues sous peu dans ce domaine.

Tous ces arguments ont été rappelés à notre ministre de tutelle et à la Cnam lors des premiers échanges. La FNO a souhaité démontrer que cette demande d'extension du périmètre des négociations était une exigence cohérente et urgente.

(1) Les plateformes dites TND (coordination et d'orientation) pour les enfants de 0 à 6 ans et nouvellement pour les enfants de 7 à 12 ans : <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/inter-venir-precocement-aupres-des-enfants/plateformes-tnd>



La FNO a pris acte des avancées de la première phase de négociations dans le domaine du télésoin concernant la téléconsultation (respectant nos orientations^(*)) et l'espace numérique de santé^(*) (modernisation des échanges avec la Cnam, e-prescription, e-CPS, DMP...) mais a rappelé les orientations, les souhaits et les exigences de la profession :

- Une extension du périmètre du télésoin vers la téléexpertise (afin que l'orthophoniste puisse être requis et requérant de l'expertise conformément à nos référentiels d'activités et de compétences) et la télésurveillance ou conseil.

(*) Nous reviendrons plus en détail dans un prochain article sur ces nouvelles modalités.

- Une participation adaptée de la Cnam afin de compenser l'investissement financier engendré par la mise en place des outils informatiques et numériques.
- Une extension du cadre des négociations afin d'intégrer des mesures tarifaires permettant de majorer les actes de bilans et de rééducation dans le cadre des troubles du neuro développement.

Ce double calendrier de négociations dans une situation sanitaire encore compliquée est serré (les dates sont communiquées semaine après semaine durant le mois de décembre 2020) et exigeant.

Toute l'équipe de la FNO est mobilisée pour faire entendre nos revendications légitimes et défendre au mieux les intérêts des orthophonistes dans ce contexte qui tend vers une évolution sensible des pratiques des professionnels de santé.



CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

ESP : Équipe de soins primaires

ESS : Équipe de soins spécialisée

Uncam : Union nationale des caisses d'assurance maladie

Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie

Élections URPS - Épisode 5

Une seule liste... alors pourquoi faut-il voter ?



Emily Benchimol, vice-présidente chargée de la coordination avec les régions
Marie Dutilleul, secrétaire générale adjointe
Agnès Siciak-Tartaruga, conseillère technique pour l'exercice conventionné



LES URPS, DES STRUCTURES IMPOSÉES PAR LA LOI

En 2009, quand la loi HPST paraît et fonde les Unions régionales des professionnels de santé, les organisations syndicales ne sont pas consultées. Le Gouvernement cherche, à ce moment-là, à détourner le dialogue d'avec les syndicats grâce à l'introduction de nouveaux interlocuteurs. Il tente même, à travers une définition très vague de leurs missions, d'affaiblir la représentation syndicale.

A force de combats, les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé ont obtenu la modification et la clarification des missions des URPS, avec notamment

l'introduction de la prévention parmi leurs missions phares.

Par ailleurs, la création des URPS introduit la création d'une cotisation obligatoire, la contribution aux URPS (Curps), qui devra être payée par chaque professionnelle de santé libérale en exercice.

La FNO choisit alors d'appliquer le seuil minimal de cotisation pour les orthophonistes, soit 0,1 % des revenus des professionnelle-s. Les infirmier-e-s, les kinésithérapeutes, les orthoptistes, les pédicures-podologues choisiront le même seuil, alors que d'autres professionnels iront jusqu'à 0,5 % des revenus.

Depuis 2009, les administrateurs de la FNO se sont, à plusieurs reprises, opposés à une augmentation de cette contribution, soucieux de ne pas alourdir les charges pesant sur les orthophonistes.

Une fois inscrite dans la loi, la présence du syndicat représentatif des orthophonistes au sein des URPS n'était plus optionnelle. La FNO a dû alors se saisir de cet outil, pour mettre en place des projets au service des orthophonistes et des patient-e-s. Et c'est un défi que tous les représentants syndicaux, nommés au sein des URPS, ont grandement relevé, en mettant en place **de nombreuses actions de sensibilisation et de prévention, en représentant les orthophonistes auprès des ARS, en travaillant sur la coordination entre professionnel-le-s de santé, et bien sûr, en étant à vos côtés, notamment pendant la crise sanitaire** que nous traversons depuis bientôt un an maintenant.



POURQUOI UNE SEULE LISTE POUR LES ORTHOPHONISTES ?

Tant que les orthophonistes libéraux étaient moins de 20 000 sur tout le territoire, les URPS n'étaient pas soumises à des élections ; les membres des URPS étaient désignés par le syndicat représentatif, comme le définit la loi. La FNO étant le seul syndicat représentatif, tous les membres des URPS étaient des adhérent·e·s à la FNO.

Mais le nombre d'orthophonistes ayant dépassé le seuil de 20 000, les élections pour 2021 deviennent obligatoires.

Une énorme machine, coûteuse et chronophage, s'est alors mise en route pour toutes les organisations syndicales soumises à élection, afin d'assurer avec le ministère de la Santé et la Direction de la Sécurité sociale ces élections à venir.

La première étape consistait à déposer des dossiers en tant qu'organisation syndicale pour être habilité à déposer des listes de candidat·e·s aux élections. Les critères étaient peu restrictifs : être un syndicat depuis au moins 2 ans, et avoir au moins un·e adhérent·e dans au moins la moitié des départements français. Le ministère ne s'en est pas caché, **l'objectif était de permettre au plus grand nombre d'organisations syndicales de déposer des listes** afin d'avoir le plus d'interlocuteurs possibles.

Quelle ne fut pas la surprise de la FNO, en apprenant qu'elle avait été la seule à constituer et à déposer un dossier.

En effet, la Fédération des orthophonistes de France (Fof) a fait, cet été, le choix de ne pas déposer de dossier de candidature, alors que le dépôt de celui-ci lui aurait permis de prétendre pour la Fof à la représentativité nationale. La Fof a fait sciemment le choix de ne pas représenter les orthophonistes. Elle a fait le choix de ne pas défendre de propositions alternatives à celles de la FNO. Alors que la

devise affichée de la Fof est de « Résister à la pensée unique », elle a, cette fois encore, fait le choix de ne pas défendre officiellement ses positions.

Parce que les élections URPS ne déterminent pas seulement les membres URPS pour les prochaines années. **Ces élections sont les prémices de l'enquête de représentativité, réalisée par le ministère de la Santé qui déterminent qui seront les interlocuteurs du Gouvernement et de l'Assurance maladie.**

Être syndicat représentatif, c'est participer aux dialogues avec le Gouvernement, être opposable pour les professionnels de santé, **prendre la responsabilité de la défense des orthophonistes**, quel que soit leur exercice, leurs opinions, leurs projets. C'est assumer des positions définies avec les représentants régionaux, obtenir des victoires, mais également encaisser des défaites et se relever plus fort. C'est avoir la lourde responsabilité de négocier au plus près des besoins de tous les orthophonistes, et de signer, ou non, la convention avec l'Assurance maladie qui nous permet d'être des professionnels de santé conventionnés, et dont les soins seront donc remboursés. Des responsabilités que certains semblent ne pas vouloir endosser, préférant la posture de dénonciateurs stériles, notamment sur les réseaux sociaux.

Alors oui, en 2021, il n'y aura qu'une seule liste pour les orthophonistes. La possibilité de voter blanc, mais pas d'option alternative aux **listes de la FNO, fortes d'orthophonistes engagé·e·s pour la profession, et qui regrettent amèrement de ne pouvoir confronter leurs idées et leurs projets** à d'autres, autour de débats qui auraient pu être constructifs et enrichissants.

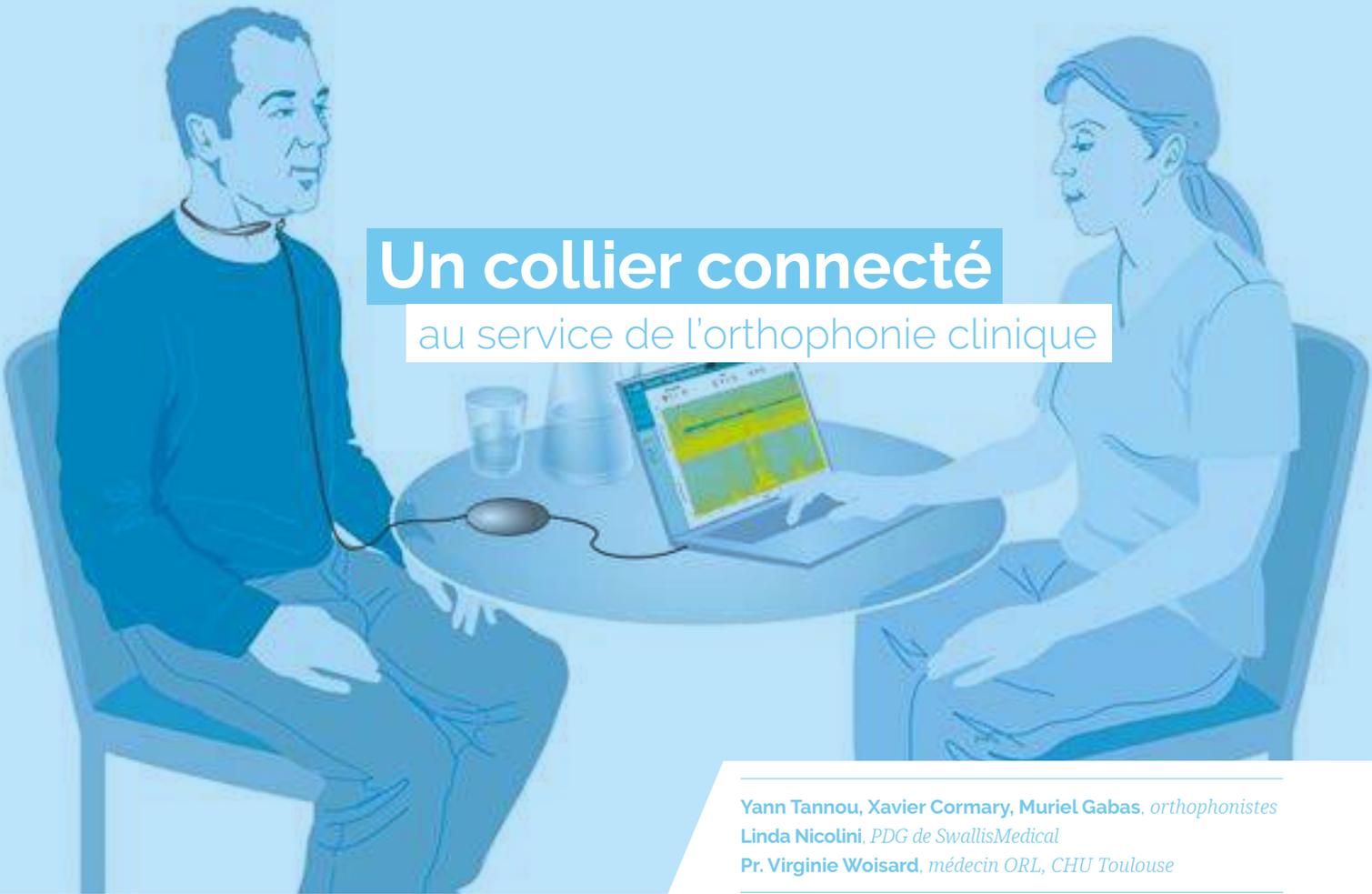
Et pourtant,
**votre vote n'aura
jamais été aussi
important.**

Car même sans compétition, le nombre de votants sera déterminant quant au poids qu'auront les URPS pour ce prochain mandat. Si l'abstention domine, nous laisserons des structures faibles, vidées de pouvoir, faire de la figuration pour 5 ans. **Si le taux de participation est élevé, nous donnerons le pouvoir aux orthophonistes**, pour garder une place majeure tant au niveau de l'interprofessionnalité, que de la prévention et de l'accès aux soins.



On ne vous le dira
jamais assez,
**du 31 mars
au 7 avril 2021,**

VOTEZ !



Un collier connecté au service de l'orthophonie clinique

Yann Tannou, Xavier Cormary, Muriel Gabas, *orthophonistes*
Linda Nicolini, *PDG de SwallisMedical*
Pr. Virginie Woisard, *médecin ORL, CHU Toulouse*



LES BESOINS EN ORTHOPHONIE

En Ehpad, l'orthophoniste, lorsqu'il y en a un, réalise son évaluation clinique sans outils objectifs. Quand il s'agit d'étudier le mouvement du pharynx ou du larynx, il le fait avec son sens clinique. Le résultat dépend beaucoup de sa propre expérience et manque d'objectivité et de reproductibilité. De plus, peu d'évaluations de la déglutition sont réalisées : généralement, il y a peu d'orthophonistes dans les Ehpad, notamment pour ceux situés dans des régions sous-dotées en orthophonistes.

Les orthophonistes manquent donc d'un outil pour compléter leur observation clinique par des mesures objectives et reproductibles. De plus si l'outil était également utilisable en téléssoin, il viendrait répondre à un besoin récurrent.



© Stratimart / Adobe Stock



UNE SOLUTION TECHNOLOGIQUE

Sur le principe de l'auscultation cervicale, qui « écoute » les sons de sa déglutition, Linda Nicolini, fondatrice de SwallisMedical et son équipe ont développé un collier muni de capteurs qui enregistrent les signaux de la déglutition. Discrètement posé sur le cou du patient, il enregistre deux paramètres objectifs : le mouvement pharyngo-laryngé et l'activité de la respiration. Connecté à un système numérique, ces données sont alors compilées pour permettre une analyse du fonctionnement de la déglutition.

Nous avons imaginé de coupler ce collier à une caméra vidéo : il deviendrait alors possible de capter non seulement l'activité de déglutition à un instant T, mais aussi le comportement alimentaire en contexte : la mastication, son évolution sur le temps du repas, la position du patient, la relation soignant-soigné. Ces données numériques étant transmissibles par Internet, elles pourraient alors être exploitées par l'orthophoniste à distance, pour permettre l'accès aux soins des résidents d'institutions isolées.

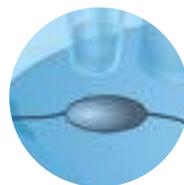


UN APPEL À PROJET RÉGIONAL

En Occitanie, l'ARS et la Région ont lancé fin 2019 un appel à projets adressé conjointement aux professionnels du monde de la santé, aux usagers du système de santé et aux entreprises régionales proposant des dispositifs numériques, avec l'objectif de faire émerger des solutions numériques réduisant les inégalités d'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap et/ou les personnes âgées en perte d'autonomie.

Cet appel à projet était le tremplin idéal pour concrétiser notre projet. Nous avons donc formé un consortium constitué de SwallisMedical, de l'unité voix et déglutition du CHU de Toulouse, le Pr. Virginie Woisard du CHU de Toulouse, de trois orthophonistes libéraux et de trois Ehpad de la région pour y répondre.

Notre projet a été retenu car il introduit une technologie qui réduit les inégalités d'accès aux soins : les expertises de déglutition pour les sujets âgés dépendants seront plus accessibles, les délais plus courts, les soins moins invasifs et moins coûteux



Les observations de la déglutition deviendraient alors réalisables depuis le cabinet de l'orthophoniste, ce qui répondrait au besoin de conseils dans les Ehpad qui ne peuvent bénéficier de la visite régulière d'orthophonistes. De plus, l'usage de la caméra couplée permettrait d'intégrer la déglutition du résident dans son écosystème, il deviendrait possible d'interpréter des situations la plupart du temps multifactorielles : une expertise complète de l'oralité gériatrique en télésoin se dessine.

Encore faut-il rendre le projet réalisable :

- **technologiquement**, en élaborant une tablette avec logiciel propriétaire, collier et caméra ;
- **pratiquement**, en se dotant d'une procédure qui organise la mise en place du dispositif auprès du résident par le personnel de l'Ehpad ;
- **cliniquement**, en formalisant le protocole de cette expertise orthophonique.

pour le système de santé que de les envoyer vers une structure hospitalière distante et engorgée.

L'extension de la pratique du télésoin en orthophonie correspond aussi pleinement aux priorités de l'organisation des systèmes de santé de la région Occitanie mais aussi sur l'ensemble du territoire national, actualisées par le contexte de confinement.

Cette initiative vise à rendre aux résidents le droit de manger une alimentation raisonnée et raisonnable, cadrée par le raisonnement d'un expert : l'orthophoniste. Continuer, recommencer à manger de la façon la plus normale possible, c'est conserver un des plaisirs de la vie, même en Ehpad.



Pour en savoir plus

Le projet SWALL-EHPAD qui commencera en janvier 2021, doit s'étaler sur 24 mois. Pour vous tenir informé de la suite du projet, consultez les articles publiés sur le profil SWALL-EHPAD sur LinkedIn.



LE PAYSAGE DE LA FORMATION CONTINUE ÉVOLUE

Cécile Petit, vice-présidente de la FNO chargée de la formation continue

Depuis toujours les orthophonistes ont une démarche active et régulière de formation continue, d'amélioration et d'évolution des pratiques.

Depuis toujours ce dynamisme est encouragé et soutenu par la FNO, non seulement au sein des organismes de formation continue mais également dans ses prises de position au sein des instances dans lesquelles elle siège, seule, pour défendre les intérêts des orthophonistes. Ces dernières années, le paysage de la formation continue connaît des mutations

profondes, notamment dans le cadre de la loi no 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. Ces évolutions touchent non seulement les professionnels mais également les organismes de formation continue qui doivent répondre à des exigences de plus en plus complexes pour continuer à vous proposer des formations de qualité.

Des évolutions des critères de prise en charge au Fif-PL

Comme nous l'avions annoncé dans une lettre-info en décembre dernier, le conseil de gestion du Fif-PL s'est réuni

le 26 novembre 2020 et a dû acter des changements de critères de prise en charge pour l'année 2021. Ces modifications interviennent dans un contexte budgétaire contraint. En effet, d'une part, l'enveloppe globale versée au Fif-PL par l'Acoss⁽¹⁾ a été autoritairement amputée de 9 millions d'euros en 2020 pour financer le compte personnel formation (CPF) des professionnels libéraux et d'autre part, le nombre de dépôts de dossiers est en constante augmentation.

Le conseil de gestion a été relativement divisé sur les mesures à prendre dans ce contexte. La section santé, dont la représentante de la FNO, a majoritairement défendu et voté un maintien des critères de prise en charge pour l'année 2021, tout en sachant qu'il faudrait les

(1) Acoss : Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

faire évoluer en 2022, mais cette position n'était pas majoritaire au sein des différentes sections.

Tous les professionnels libéraux représentés au Fif-PL auront donc pour l'année 2021 un plafond annuel de prise en charge à 750 € lorsque leur profession a choisi l'accès à la trésorerie (c'est-à-dire que ce plafond annuel plus bas leur permet d'avoir accès à des fonds supplémentaires, jusqu'à 150 % de la collecte initiale). Le montant journalier pour les orthophonistes a été maintenu à 150 €. Ce tarif journalier a été volontairement fixé assez bas : l'enveloppe allouée aux orthophonistes chaque année étant limitée, proportionnelle à la population et entièrement consommée, ce montant permet ainsi au plus grand nombre d'entre nous de bénéficier d'une aide pour financer sa formation⁽²⁾.

Lors de ce même conseil de gestion, il a été voté que les bilans de compétences, formations de conversion et validation des acquis d'expérience (VAE) ne seraient plus pris en charge par le Fif-PL car ces actions peuvent maintenant l'être par le compte personnel formation

(CPF). Il ne nous a pas été accordé de maintenir, comme nous le demandions, une indemnité dégressive le temps que les professionnels constituent sur leur CPF, une enveloppe suffisante et conséquente pour financer leur formation. En revanche, la FNO a obtenu un maintien des indemnités pour participation aux jurys d'examen et de VAE⁽³⁾.

Le compte personnel formation (CPF) est ouvert aux salariés comme aux libéraux

Avec des systèmes différents :

- **Pour les salariés de droit privé et les professionnels libéraux**, il est alimenté jusqu'à 500 € / an (plafond à 5 000 €) ;
- **Pour les agents publics, fonctionnaires ou contractuels**, il est alimenté jusqu'à 25 heures / an (plafond à 150 heures).

(2) Au 30/09/2020, 7 372 orthophonistes libéraux ont déposé des dossiers au Fif-PL.

(3) Jurys d'examens et de VAE : Prise en charge plafonnée à 200 € par jour, limitée à 2 jours par an et par professionnel.



Pour vous renseigner sur le CPF et ouvrir votre compte personnel, rendez-vous sur www.moncompteformation.gouv.fr



i IMPORTANT

Si vous étiez salarié avant le 31 décembre 2014, vous disposez peut-être encore de droits individuels à la formation (DIF) reportables sur votre compte formation. Vous avez jusqu'au 30 juin 2021 pour effectuer cette opération.

POUR MIEUX COMPRENDRE

Le conseil de gestion du Fif-PL est constitué des représentants des professions présentes au sein des 4 sections du Fif-PL (santé - juridique - technique - cadre de vie). Chaque profession est représentée par un ou des membres des organisations officiellement représentatives. Pour l'orthophonie, seule la FNO est donc habilitée à siéger au Fif-PL et à défendre les intérêts des orthophonistes au sein de la section santé et du conseil de gestion.



Les Assises citoyennes du numérique en santé

Mireille Kerlan, chargée de mission Éthique
Sophie Marion, membre de la commission Éthique



**Le film des assises
et les deux rapports
détaillés**

<https://esante.gouv.fr/ans-agence-du-numerique-en-sante>



Les Assises citoyennes du numérique en santé se sont tenues le 19 novembre 2020 et compte tenu du confinement, elles ont eu lieu en visioconférence.

Elles concluaient deux années de consultation citoyenne en lien avec la volonté du Gouvernement du virage numérique en santé et étaient organisées par l'Agence du numérique en santé. Elles s'inscrivaient dans la pers-

pective d'amorcer le développement de l'Espace numérique de santé (ENS) créé par la loi et qui doit commencer à fonctionner en 2021.

Les assises ont donc rapporté à travers des tables rondes et des témoignages les conclusions des ateliers mais aussi les résultats d'une grande enquête auprès de 2 100 personnes menée par Opinion Way sur le virage numérique. Le film des assises et les deux rapports détaillés sont en libre accès sur le site de l'Agence numérique en santé (ANS).

Nous vous en proposons un résumé.



LES ATELIERS CITOYENS

Entre octobre 2019 et février 2020, des ateliers citoyens réunissant plus de 200 personnes, usagers de santé, ont eu lieu dans différentes régions et dans différentes villes (Bordeaux, Toulouse, Roubaix, Besançon, Condat). Chaque atelier était composé d'une douzaine de personnes respectant une diversité de sexes, d'âges, de contextes socio-professionnels, de situations familiales et de situations de santé. Six personnes fictives étaient proposées pour lancer le débat, chaque atelier en choisissant une : Sarah, femme enceinte ; Marie, médecin exerçant en libéral ; Julie, 30 ans, vivant en institution à la campagne ; Kevin, sportif ; Florence, parente et aidante d'une personne âgée ; Jean, 50 ans vivant chez ses parents en ville et inactif ; René, atteint d'une maladie chronique ; Marie qui découvre le handicap de son enfant.



© Amélie / Ablette Stock



Les constats initiaux

- La e-santé est peu connue du grand public.
- La e-santé n'est pas pensée comme un ensemble cohérent. Certaines fonctions seules sont identifiées (prise de RV en ligne, recherche d'informations).
- Il y a de fortes attentes en réponse aux limites perçues du système de santé actuel.

Émergence de 5 thématiques

- **Inclusion** de tous : ne pas laisser de côté les personnes éloignées, les personnes en situation de handicap ou les plus vulnérables.
- **Décloisonner** le système de santé et le rendre plus fluide pour une meilleure collaboration entre les différents intervenants.
- **L'usage des données de santé** dont l'utilisateur ne doit pas être dépossédé pour qu'il puisse renforcer son rôle dans son parcours de soin.
- Une médecine débarrassée de ses lourdeurs administratives, centrée sur **la relation avec le patient**. Attention que le numérique ne devienne pas synonyme de déshumanisation.
- L'opportunité de **plus de simplicité**, d'accessibilité aux informations clefs pour le patient qui passe nécessairement par des services conçus avec eux.

La e-santé attendue doit se définir aux yeux des citoyens comme

- **inclusive** ;
- **collaborative** entre le patient et le médecin ou le soignant mais aussi entre les soignants ;
- favorisant **l'autonomie du patient**, en particulier à travers l'usage de son DMP (dossier médical partagé) ;
- **humaine et accessible**.



Les constats initiaux sur la santé

Les ruraux ont un fort ressenti des déserts médicaux (délais d'attente pour un RV très important et insuffisance des services publics de santé). Il y a peu de coopération entre les médecins, les autres praticiens de santé et souvent l'information est gérée et distribuée par le patient lui-même. Les personnes en situation de handicap et leur entourage dont les aidants rencontrent des difficultés de tous ordres.



Les espoirs du numérique

L'ensemble des ateliers fait ressortir que les dispositifs numériques sont perçus comme permettant simultanément de **centraliser** les informations relatives à un patient, de les **partager** et ainsi de **favoriser les échanges entre praticiens**. Le numérique en santé permettrait d'affiner les diagnostics, d'éviter des erreurs médicales, de diminuer la posologie des médicaments, de limiter les interventions chirurgicales, voire les consultations inutiles. Un des bénéfices majeurs attendus est d'établir simplement l'historique de la maladie et des soins, et qu'il y ait unicité de lieu de stockage des données (par exemple par le DMP).

Cela pourrait favoriser la prévention, libérer du temps de recherche. En libérant du temps, cela devrait favoriser un meilleur dialogue entre le patient et le soignant et donner plus de place au patient.

C'est un espoir de lutter contre l'isolement, de réduire la fracture géographique, de pallier le problème des déserts médicaux, de réduire l'isolement des personnes seules et isolées, de pallier les difficultés de transport pour certaines personnes. C'est aussi une attente majeure sur l'autonomisation des usagers : avoir une plus grande maîtrise de tout ce qui touche à leur santé, se sentir moins dépendant et avoir accès facilement à leurs informations de santé.

Dans les déserts médicaux, le numérique est perçu comme une opportunité pour lutter contre le sentiment d'éloignement. Il génère des attentes fortes, pour gagner en efficacité, renforcer les échanges entre professionnels de santé et pour lutter contre l'isolement géographique. Mais les professionnels de santé et les élus ajoutent que, sans formation, les expériences numériques peuvent générer de la déception. Le numérique peut être une solution viable quand les personnels sont formés, disponibles, habitués à travailler ensemble et que les décideurs sont engagés.



Les craintes liées au numérique

En général il ressort le manque de maîtrise et donc la peur du creusement des inégalités ; les lourdeurs liées aux identifiants et changements de mot de passe. Et enfin la peur de la panne. Si on considère les outils actuels : l'ergonomie est jugée insatisfaisante. Les citoyens ont l'impression d'être tenu à l'écart de la manière dont les outils de santé sont conçus. En particulier ils pointent la fracture générationnelle entre usagers âgés et jeunes concepteurs. Pour des personnes qui ne vivent pas le numérique comme partie intégrante de leur quotidien le principe même de suivi de leur santé via le numérique leur paraît difficile.

Le sujet de l'usage du numérique se pose également chez les soignants : c'est parfois une contrainte supplémentaire au regard de leur charge de travail.

Un développement trop rapide du numérique en santé peut renforcer les inégalités : sans politique associée, les participants craignent la formation d'une médecine à plusieurs vitesses où les plateformes numériques offriraient des services en fonction des moyens et non des besoins des usagers. On peut craindre des inégalités liées à l'accès à l'écrit (illettrisme par exemple ou littératie). Le nécessaire passage à l'écrit et l'évolution continue de services complexifient parfois les choses plutôt que de les simplifier.

Certaines zones géographiques sont dépourvues de couverture numérique donc l'organisation de soins risquant d'être clairsemée, ces zones pourraient subir une double peine.

Une crainte importante est celle de la perte du lien entre patients et personnel de santé, de la déshumanisation. Les usagers redoutent d'être réduits à des données froides, au détriment de la qualité de lien humain considérée comme consubstantielle à la santé. « *Vous n'avez pas un médecin en face de vous mais une visio-conférence, il y a un côté déshumanisant* » (Roubaix).



> Les usagers demandent un accompagnement par les personnels de santé,

voire par des spécialistes de l'informatique et du numérique. Pour les personnes âgées, encore plus que pour toute autre catégorie de la population, il faut des solutions simples et faciles à maîtriser.

Il faut nécessairement réglementer face à l'avalanche de données et face à la déferlante d'initiatives privées.

> L'enjeu organisationnel

Une première étape incontournable est l'infrastructure technique et logicielle des acteurs médicaux. Pour que les transmissions de données se fassent correctement, pour des prises de rendez-vous simples, pour développer la téléconsultation, l'équipement des personnels de santé doit être opérationnel et efficace. Les citoyens considèrent largement que les acteurs médicaux sont réticents à passer massivement au numérique parce que ce n'est pas dans leur formation initiale, parce que le numérique n'est pas assez reconnu comme faisant partie intégrante de leur activité avec une incidence financière notamment (le numérique prend du temps, demande des compétences, des procédures).



> Les données de santé

Les citoyens s'inquiètent de la possible utilisation des données de santé par d'autres personnes ou structures que le patient lui-même, ou même par les personnes autorisées. Qui aura accès aux données de santé ? pour quel usage ? est-ce qu'elles pourraient être récupérées ? est-ce que cela n'ouvre pas à un usage commercial (targeting, etc.) la question du piratage. Et bien sûr se pose la question du secret médical. Les usagers veulent pouvoir contrôler le contenu des données, qui peut accéder à leurs données et être en mesure de tracer et de révoquer ces droits.

> Réflexion sur le DMP

Beaucoup d'usagers savent qu'il existe mais le DMP n'est pas forcément utilisé. On rencontre des difficultés techniques lors de sa création, des problèmes de mots de passe. Il y a une réticence chez certains professionnels de santé. On ne sait pas bien qui a accès et à quoi.

Par contre les citoyens pointent des aspects positifs : centralisation des informations, gain de temps important, fluidification des démarches médicales et administratives, possibilité d'assurer ou d'affiner un diagnostic, possibilité de servir la recherche, la prévention, la gestion de crise et la planification des moyens de santé.

Pour le patient, c'est synonyme de facilitation et de réappropriation.

> Téléconsultation

Les citoyens ne veulent pas de téléconsultation lors de la première consultation.



> La place des aidants pour accompagner les publics fragiles

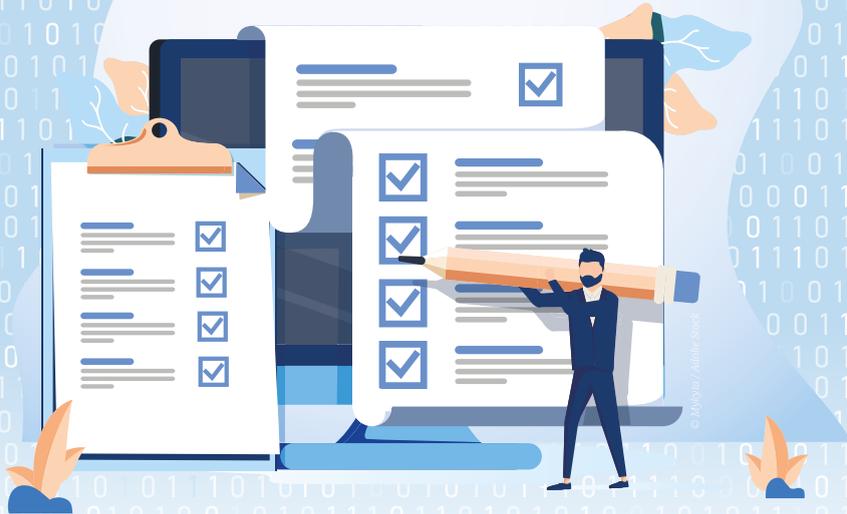
Le numérique pourrait améliorer la fluidité du passage d'informations entre les différents intervenants et une meilleure communication entre le patient, sa famille et les professionnels, par exemple en ayant accès à distance aux informations. Les aidants ne seraient plus obligatoirement le lien entre les intervenants concernant l'historique du patient.

> Les personnes en situation de handicap et le numérique en santé

Le maître mot des échanges : **autonomie - autonomisation**. Il faut reconnaître la spécificité de ce public dans ses modes de communication et donc favoriser la communication avec des outils numériques qui parfois permettent une meilleure accessibilité. Cela permettrait de s'adresser directement à la personne en situation de handicap et pas obligatoirement à l'accompagnant. Il pourrait y avoir des formations en ligne pour former les professionnels sur les handicaps. Malgré tout il peut y avoir isolement social, exclusion dus au coût de l'équipement. Pour prendre RV certains professionnels sont sur Doctolib et pas d'autres. Il faut créer une plateforme qui permet d'accéder à des informations sur l'accessibilité des structures, qui permet une prise de RV simplifiée, la téléconsultation, et qui expliquerait les termes médicaux les plus fréquents (glossaire).

> Des propositions des citoyens

- La formation des patients et des professionnels de santé.
- La sécurisation des données (charte éthique, cadre de confidentialité, gestion par le patient..).
- Innovations proposées : une plateforme regroupant les services de santé sur un territoire ; transmission automatique des données d'un patient à un praticien pour la prévention, le suivi du traitement.
- Des alertes ; intégration à la carte Vitale des premières données d'urgence ; mise en place d'une assistance pour les personnes âgées ; création d'un espace numérique pour les aidants ; application avec des fonctionnalités permettant de télécharger rapidement sur l'espace numérique dédié tous les documents ; outils numériques de traduction pour les personnes « étrangères ».
- Des ambivalences sont bien pointées : entre exclusion et inclusion, entre collaboration et cloisonnement, entre dépossession et appropriation et autonomisation (les données de santé doivent rester entre les mains des patients) ; complexité et simplicité.



FOCUS SUR L'ENQUÊTE NATIONALE

« Les français et le virage numérique »

Des indicateurs au vert pour l'amorce du virage numérique en santé.



51%

des Français voient l'évolution du numérique en santé comme quelque chose de positif



70%

des Français ont déjà utilisé la prise de rendez-vous en ligne



66%

ont déjà bénéficié de l'envoi de résultats ou de diagnostic en ligne

La Covid-19 a eu un rôle d'accélérateur dans le processus d'adhésion des français à la santé numérique



49%

des Français déclarent avoir utilisé un nouvel outil numérique de santé pour la première fois durant la crise sanitaire de la Covid-19



53%

des utilisateurs de la téléconsultation l'ont utilisée pour la 1^{re} fois pendant la crise sanitaire



91%

des utilisateurs de la téléconsultation pendant la crise sanitaire sont satisfaits

□ **Le projet de l'espace numérique de santé** reçoit un accueil favorable de la part des français mais nécessitera un accompagnement rassurant pour une adhésion la plus complète possible à l'outil



8/10

Français se déclarent favorables à l'utilisation de l'ENS (L'Espace numérique de Santé), dont 1/4 est très favorable



EXTRAITS DU DOSSIER DE PRESSE – novembre 2020 –

Assises citoyennes du numérique en santé
La santé de demain vue par les français

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/assises-dp-vdef-web.pdf





Deuxième journée régionale de la prévention en orthophonie en région Auvergne- Rhône-Alpes

Françoise Gérentes, présidente de l'Ahlpio et membre de la commission nationale promotion de la santé de la FNO

Vendredi 27 novembre 2020, a eu lieu à Lyon, la deuxième Journée régionale de la prévention en orthophonie organisée par l'Appor (Association pour la prévention en orthophonie du Rhône).

L'an dernier, lors de la première journée, organisée en pré-sentiel le vendredi 15 novembre 2019 à la Maison régionale des professionnels de santé (MRPS) de Lyon, 63 participants avaient assisté aux 5 conférences proposées : « Prévention en Orthophonie », « Présentation d'un web-documentaire sur l'autisme », « Prévention des troubles de la déglutition

chez la personne âgée », « Joue-pense-parle : le jeu libre au cœur de la prévention » et « Prévention en orthophonie et bilinguisme ». Lors des pauses, les participants avaient pu découvrir les stands proposés par les 6 associations régionales présentes et 2 éditeurs de matériel, partenaires financiers de l'action : Gerip et Totemigo.

Devant la réussite de cette première journée, l'Appor a souhaité, malgré les difficultés engendrées par la crise sanitaire, proposer une seconde édition en visio-conférence. Les intervenants étaient présents à la MRPS mais les participants ont assisté aux 4 conférences en distanciel. L'Appor était soutenue par l'URPS Aura (Auvergne-Rhône-Alpes), le Sdorra et deux partenaires financiers : Gerip qui nous a présenté ses logiciels pendant la pause de midi et Ortho Édition. Les sujets abordés lors des conférences étaient très divers.

Au programme de cette édition 2020...

Tout d'abord, après le mot d'accueil de Bruno Sarrodet, président de l'URPS Aura, Patricia Vaupré, psychomotricienne, nous a invités à la « Découverte de la Relax'Action, une Conférenc'Action » en nous montrant de façon pratique comment le mouvement peut nous relaxer et en nous parlant des ateliers qu'elle réalise avec des patients ou des soignants en centre hospitalier.

Ensuite Claire Barilly, orthophoniste, enseignante au CFUO de Lyon, nous a conviés à une « Présentation de quelques actions de prévention dans le domaine de la surdité », en particulier celles organisées en France et à l'étranger par l'association



Audition Solidarité. Elle a aussi évoqué la soirée interprofessionnelle organisée à Dax par la FNO et la Fondation pour l'audition (FPA). En effet, depuis 2018, la FPA et la FNO oeuvrent pour accompagner les orthophonistes sur le terrain dans la prise en charge des personnes atteintes de surdité. Ces soirées interprofessionnelles sont l'occasion de renforcer la coordination entre les professionnels de santé : 3 soirées sont prévues dans les mois à venir (une nouvelle édition à Dax et une à Toulouse en décembre 2020 et une en Alsace en 2021). Une à Lyon pourrait ainsi être envisagée.

L'après-midi, Anne Peillon, orthophoniste à l'hôpital neurologique de Lyon a présenté le Programme national d'« Aide aux aidants de personnes aphasiques » dont la 3^e édition vient de débiter en région Aura par une soirée de sensibilisation en distanciel le 19 novembre qui a réuni plus de 100 participants. Cette soirée s'inscrit dans le cadre du programme national de formation des aidants de personnes aphasiques pour les années 2020-2022. Il est financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et organisé par la Fédération nationale des aphasiques de France (FNAF), le Collège français d'orthophonie (CFO) et la Société de neuropsychologie de langue française (SNLF).

Et Audrey Goiran, orthophoniste, nous a montré comment : « *Informer des équipes enseignantes sur les troubles spécifiques des apprentissages, au cours d'une action de prévention en orthophonie : un retour d'expérience* », à travers des actions réalisées dans une école et un collège du Rhône sur les troubles des apprentissages et de la cognition mathématique, terminant son intervention sur la présentation du site allo-ortho qui propose des informations grand public.



© Visual Generation / Adobe Stock

Et un tour d'horizon des actions menées par les associations de prévention en orthophonie...

La fin de la journée était consacrée à des actions de prévention organisées dans la région Aura. Après l'intervention de Chloé Morel, présidente d'Appor : « *Monter une action de prévention au sein d'une association* », les 6 associations présentes en distanciel ont chacune présenté une action de prévention.

L'Ahlpio (Haute-Loire) a évoqué les actions de prévention des troubles de la voix des enseignants ou futurs enseignants, réalisées chaque année, en Haute-Loire depuis 2004, en partenariat avec la MGEN.

Apoli (Loire) a parlé des Ateliers Langage mis en place avec le DRE (Dispositif réussite éducative) pour les parents et les professionnels de la petite enfance, avec un important financement de la ville de Saint-Étienne et du Conseil régional.

Calad'Ortho (Villefranche sur Saône) et le réseau Dys/10 du Rhône ont présenté leurs plaquettes de prévention : 4 plaquettes à destination des médecins pour Calad'Ortho ; 2 inspirées d'autres

associations pour l'oralité et le langage oral et 2 créées par l'association pour la dysphagie et les maladies neuro-dégénératives. Et pour le réseau Dys/10 : des plaquettes pour les parents et les médecins sur le langage oral et écrit et la dyspraxie.

ODA.AAS (Drôme et Ardèche) a déroulé le calendrier d'organisation de l'action « 1Bébé, 1Livre » réalisée en 2020 auprès des professionnels de la petite enfance de sept lieux multi-accueil.

Appor (Rhône) a terminé ces présentations en parlant des Ateliers « *Parlons Jouons* » proposés deux fois par mois à la PMI Mermoz avec un financement de la métropole de Lyon et de son souhait d'aller vers une action de prévention nationale en PMI, en lien avec l'Unadréo et l'Ansa (Agence nouvelle des solidarités actives). Toutes les associations de prévention de France ont été contactées et un groupe de travail a été constitué en 2020. Il élabore actuellement un projet d'action que les associations de prévention pourront rejoindre à tout moment.

L'Appor a conclu cette journée en espérant que les présentations qui ont été faites inciteront les associations et les orthophonistes à faire fleurir partout en France de nouvelles actions de prévention, à l'image du papier semencé qui a été envoyé aux participants. L'Appor espère pouvoir renouveler cette journée dédiée à la prévention en présentiel en 2021.



ÉVALO BB



Françoise Coquet, orthophoniste

Évaluation du développement du langage oral du jeune enfant de moins de 36 mois ou sans langage.

« Évalo BB » propose une méthodologie d'observation/évaluation du jeune enfant âgé de moins de 36 mois ou de l'enfant (éventuellement plus âgé) avec peu ou pas de langage.

ÉVALO BB EST EN PLEINE CROISSANCE

Évalo BB a déjà dix ans. Merci à tous et toutes les orthophonistes qui l'ont adopté dans leur pratique quotidienne. Pour sa quatrième réédition, l'outil s'étoffe et se diversifie :

- ✓ il conserve les fondamentaux de la version antérieure ;
- ✓ il reprend les protocoles « 20 mois » / « 27 mois » et en l'actualisant, le protocole « anamnèse - observation pour enfants de moins de 36 mois ou plus âgés, avec peu ou pas de langage » ;
- ✓ il intègre un nouveau protocole d'observation / évaluation standardisé « 3^e année ou enfants avec peu ou pas de langage » ;
- ✓ il met à disposition un module autonome avec un parcours diagnostique « oralité » ;
- ✓ il propose des pistes pour placer le(s) parent(s) au cœur de l'intervention orthophonique.

NOUVEL ORGANIGRAMME

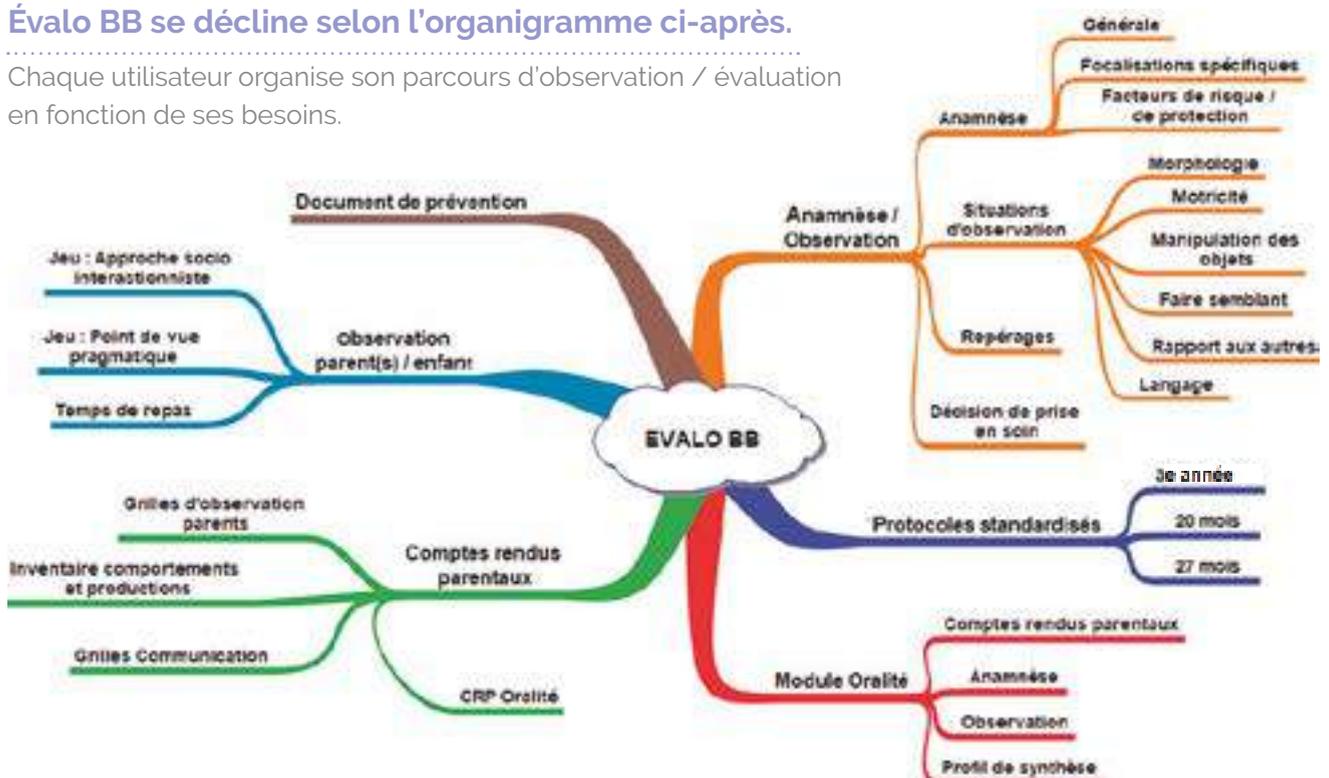
Évalo BB est construite sur le principe de l'observation des comportements d'un enfant qui constituent des faits observables dans son environnement. Ceux-ci peuvent être qualifiés de positifs / adaptés / fonctionnels ou négatifs / inadaptés / non fonctionnels et sont généralement la conséquence d'un événement qui les déclenche ou la réponse à une induction de l'adulte. Il est possible de quantifier leur fréquence et de déterminer leur contexte d'apparition. Leur observation au quotidien ou lors d'une situation plus contrainte, telle que le bilan orthophonique, permet de situer l'enfant par rapport à une norme développementale en fonction de son âge. Un comportement qui interpelle ou qui est inhabituel, mais

aussi l'absence d'un comportement attendu, doivent être pris en compte (Comité départemental de la réflexion petite enfance, 2014).

Les éléments recueillis sont synthétisés dans des tableaux organisés autour de critères et, pour certaines focalisations, mis en perspective avec des âges repères décrits dans la littérature. L'ensemble permet de mettre en évidence des indicateurs qui motivent une orientation vers des examens complémentaires, de poser des hypothèses diagnostiques orthophoniques et de prendre une décision de prise en soin avec accompagnement parental.

Évalo BB se décline selon l'organigramme ci-après.

Chaque utilisateur organise son parcours d'observation / évaluation en fonction de ses besoins.



PROTOCOLE

« 3^e année ou enfants avec peu ou pas de langage »

Ce « Protocole 3^e année ou enfants avec peu ou pas de langage » correspond à la version « Enfants tout petits avec peu ou pas de langage » de la batterie Évalo 2-6 (Coquet, Ferrand, Roustit, 2009).

Il s'articule autour de 3 axes

- des grilles d'observation remplies par les parents ;
- un jeu interactif en situation duelle avec l'adulte, à l'aide d'un matériel standardisé ;
- des situations plus contraintes autorisant une analyse comportementale formalisée dans des grilles de synthèse sur critères.

Les situations d'observation / évaluation conservent les mêmes consignes et procédures que dans la version initiale. Elles sont complétées de quelques situations issues du protocole « 27 mois ». Elles s'articulent à partir des situations de jeux (jeu libre et jeu partagé). Elles sont regroupées selon les focalisations :

- **rapport aux objets** (manipulation des objets) ;
- **rapport aux autres** (interactions avec l'adulte) ;
- **traitements linguistiques** (compréhension et expression du langage) ;
- **dépistages** (auditif et visuel) ;
- **gnosies auditives** ;
- **mouvements oro-faciaux** ;
- **graphisme**.

Situations de jeu	Manipulation d'objets	Interactions avec l'adulte	Traitements linguistiques	Entrées sensorielles
Jeu libre	Recherche d'un objet caché	Jeu de coucou	Lexique (jeu partagé)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage auditif ▪ Dépistage visuel
	Paires d'animaux	Échanges de balle	Lexique des parties du corps / des couleurs	Gnosies auditives
	Appariements Objets / Animaux et Photos / Dessins	Demande	Phonétique Phonologie (Jeu partagé)	Mouvements oro faciaux
Jeu partagé (scenarii)	Utilisation d'objets sociaux	Imitation	Morphosyntaxe (Jeu partagé)	Graphisme
	Substitutions d'objets pour faire semblant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accueil ▪ Clôture 	Comportements sémiotiques à partir d'images	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Graphisme libre / en imitation ▪ Bonhomme ▪ Copie de figures géométriques



L'ensemble des situations d'observation / évaluation donnent lieu à une appréciation qualitative sur critères. Quelques unes donnent lieu à une appréciation quantitative avec l'attribution de points.

Aux situations d'évaluation s'ajoutent deux comptes rendus parentaux « Grilles d'observation parents et Tableau de recueil des comportements et productions » et une analyse des interactions parent(s) / enfant en situation de jeu selon une perspective socio-interactionniste.



MODULE

« Oralité »

Avec la collaboration d'Audrey Lecoufle, orthophoniste, enseignante à l'institut d'orthophonie de Lille, formatrice (cf. focus « Oralité alimentaire »).

Ce module propose un parcours diagnostique orthophonique.
Il s'articule autour de différents temps :

- des comptes rendus parentaux ;
- le recueil d'éléments d'anamnèse ;
- des situations d'observation autorisant une analyse comportementale formalisée dans des grilles sur critères, avec en particulier l'observation d'un temps de repas (cf. focus « Observation d'un temps de repas ») ;
- en vue d'établir un profil de synthèse pour mettre en évidence des signes d'appel et poser un diagnostic de trouble de l'oralité alimentaire (TOA) / trouble alimentaire pédiatrique (TAP).

Comptes rendus parentaux	Anamnèse	Observations
Questionnaire alimentation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investissement oral. ▪ Activités en lien avec l'alimentation. ▪ Logique des choix. ▪ Temps de repas. ▪ Goûts de l'enfant. 	Anamnèse générale	Aspects morphologiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspect général. ▪ État buccodentaire. ▪ Posture au repos. ▪ Mode respiratoire.
	Sensorialité et sensibilité <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau auditif. ▪ Niveau visuel. ▪ Niveaux tactile et kinesthésique. ▪ Niveaux olfactif et gustatif. 	Sensorialité, motricité et comportements sémiotiques en situation d'interaction <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportement général de l'enfant. ▪ Attitude du parent. ▪ En situation de manipulation d'objets. ▪ En situation de jeu symbolique.
Journée alimentaire type <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre et fréquence des repas. ▪ Composition et quantités. ▪ Comportements de l'enfant. ▪ Stratégies environnementales d'adaptation. 	Comportement alimentaire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en perspective développementale. ▪ Conduites alimentaires. ▪ Difficultés / troubles alimentaires. 	Motricité orale hors alimentation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mode respiratoire et position de repos ; ▪ Mimiques. ▪ Tonus. ▪ Sensibilité. ▪ Mouvements oro-faciaux. ▪ Ajustements en fonction des situations. ▪ Souffle et mouchage.
Questionnaire nutrition <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recensement des types d'aliments proposés / quantités / fréquence de consommation. 	Traitements linguistiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Production du langage. ▪ Compréhension du langage. ▪ Langage non verbal. 	Motricité orale en lien avec l'alimentation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réflexes oraux. ▪ Succion. ▪ Déglutition. ▪ Mastication.
Observations en lien avec l'alimentation		
Observation d'un temps de repas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadre général. ▪ Habilités alimentaires. ▪ Interactions lors du repas. Protocole établi avec le concours d'étudiantes en orthophonie		Goûter bilan en séance Protocole présenté dans « Carnet clinique fonctions oro-myo-faciales & phonologie ». Coquet F. (2018)

Synthèse : Repérage d'un risque de trouble de l'oralité alimentaire (TOA) / trouble alimentaire pédiatrique (TAP)



PLACE RÉSERVÉE AUX PARENTS

Si l'on considère que toute démarche d'évaluation est *intégrée* à l'intervention, la présence des parents doit être systématique lors du bilan pour que l'entretien d'anamnèse soit le plus respectueux possible et que l'annonce du diagnostic, comme la présentation du projet thérapeutique, se fassent *en situation de « savoir partagé »*. Ceux-ci doivent également participer au recueil des données en renseignant des comptes rendus parentaux. Peu d'outils formalisent cette pratique. Évalo BB propose quelques pistes.

Plusieurs comptes rendus parentaux.

Les parents qui connaissent bien leur enfant sont de bons informateurs, ils sont très sensibles aux infimes variations du comportement de l'enfant. Les données recueillies sont écologiques puisqu'elles ont été rassemblées en milieu de vie et lors d'activités diversifiées. L'emploi de comptes rendus parentaux *inverse* en quelque sorte le processus dans lequel les parents se sont engagés quand ils consultent l'orthophoniste. « [Les parents] ressentent un manque, un état non satisfaisant, une difficulté, estiment ne pas pouvoir / savoir apporter de réponses adéquates et formulent une demande d'aide auprès d'un professionnel. Ils s'attendent à devoir évoquer principalement des difficultés, des déficits ou des manques (aspects négatifs). Le professionnel, en leur remettant un compte rendu parental, s'intéresse d'abord aux compétences et aux acquis de l'enfant, met en avant les aspects positifs. De plus, il reconnaît aux parents un savoir faire » (Coquet et Roustit, 2010).

Une prise en compte socio-interactionniste des éléments recueillis au cours de l'entretien d'anamnèse

(cf. focus « Facteurs de risque vs facteurs de protection »).

Le développement de l'enfant (dont le développement de son langage) n'est pas seulement déterminé par les caractéristiques personnelles de celui-ci, mais dépend également de différents facteurs environnementaux (contextes socio-économique et culturel de la famille) ainsi que des attributs de la relation parent(s)/enfant. Le modèle de Bronfenbrenner (1996), multifactoriel, se présentant comme une hiérarchie de systèmes à relations bidirectionnelles et réciproques, permet d'en rendre compte. Il est intéressant de faire une lecture éco-systémique des données recueillies lors de l'entretien d'anamnèse aux différents niveaux de ce modèle. Une grille de synthèse permet de les documenter.

- Pour les **caractéristiques de l'enfant** (ontosystème), on différencie les facteurs biologiques des facteurs personnels envisagés d'un point de vue développemental.
- Pour les **caractéristiques de l'environnement**, on tient compte des caractéristiques personnelles des parents (microsystème), des caractéristiques de la famille (mésosystème/exosystème) et des caractéristiques de la relation parent(s)/enfant.
- L'**historique du développement** (chronosystème) est reporté en bas du tableau.

L'observation des interactions parent(s)/enfant en situation d'interaction

(cf. focus « Observation des interactions parent(s)/enfant »).

Cette observation constitue un moment incontournable. Il faut créer un espace d'échanges pour l'enfant avec un partenaire familial (le parent) au cours d'une activité simple habituelle (manipulation d'objets / jeu de faire semblant / lecture d'un album). Il est simplement demandé à l'adulte de faire participer l'enfant à l'activité et l'inciter à s'exprimer. L'observation se focalise sur les comportements de l'enfant et sur ceux du parent. Deux grilles de synthèse (l'une dans une perspective socio-interactionniste, l'autre d'un point de vue pragmatique) permettent d'apprécier les interactions, de repérer des signes d'appel, d'identifier des points d'appui pour la mise en place d'un accompagnement parental.

La décision de prise en soin

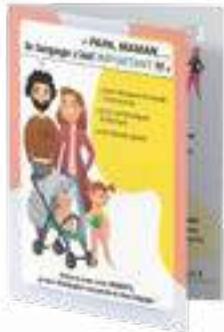
Elle doit être étayée. Il faut l'envisager la plus précoce possible à partir de recommandations qui identifient des prédicteurs d'évolution du langage. Elle ne peut s'envisager que dans le cadre de l'accompagnement parental. Elle doit éventuellement intégrer le recours à un moyen de communication augmentative/alternative.

Le document de prévention

Les parents sont en demande d'informations et de conseils. Le document de prévention (redessiné et actualisé) « *Papa, maman... le langage c'est IMPORTANT !!!* » diffusé et commenté leur permet de mieux s'investir dans l'éducation de l'enfant.



Les outils dédiés aux parents (+ en bleu les nouvelles propositions)

Comptes rendus parentaux	Anamnèse	Observation des interactions parent(s) / enfant	Décision de prise en soin	
<p>+ Grilles d'observation Parents</p> <ul style="list-style-type: none"> Ce que l'enfant comprend. Ce que l'enfant fait. Ce que l'enfant dit. 	<p>Documents anamnèse générale</p> <ul style="list-style-type: none"> Identité / Environnement familial / Antécédents / Développement / Autres. 	<p>Point de vue pragmatique</p> <ul style="list-style-type: none"> Disposition / Régie de l'échange / Thèmes / Retours / Niveau linguistique. 	<p>Recommandations pour une prise en charge orthophonique précoce</p> <ul style="list-style-type: none"> Prédicteurs d'évolution favorable / défavorable au niveau des comportements langagiers / non langagiers. Variables liées aux parents. 	
<p>Tableau de recueil des comportements et productions</p>	<p>+ Grille de synthèse facteurs de risque vs facteurs de protection</p> <ul style="list-style-type: none"> Caractéristiques de l'enfant (biologiques / développementales). Caractéristiques de l'environnement (caractéristiques personnelles des parents / de la famille / de l'interaction parent(s) / enfant). 	<p>+ Perspective socio-interactionniste</p> <ul style="list-style-type: none"> Cadre général / Régie de l'échange / Styles de communication / Niveau linguistique. 	<p>+ Synthèse en vue de l'utilisation d'un moyen de communication augmentative / alternative</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacités sensorielles / motrices / cognitives / pragmatiques de l'enfant : points d'appui / barrières. 	
<p>+ Questionnaire Alimentation</p> <ul style="list-style-type: none"> Investissement oral. Activités en lien avec l'alimentation. Logique des choix. Temps de repas. Goûts de l'enfant. 	 <p>Document de prévention</p> <p>« Papa, maman... le langage c'est IMPORTANT !!! »</p>	<p>+ Interactions parent(s) / enfant – Point de vue général</p> <ul style="list-style-type: none"> Attachement / Style d'interaction / Styles de communication. Nature, qualité et contingence des interactions précoces (corporelles / visuelles / auditivo-verbales). Caractéristiques du langage employé par l'adulte. Stratégies de retour. 	<p>+ Éléments à prendre en compte pour la mise en place de l'accompagnement parental</p> <ul style="list-style-type: none"> Contexte socio culturel / multiculturel. Canal d'échange / Style d'interaction du parent. Points d'appui et barrières pour une communication augmentative/alternative. État des lieux des activités préférées de l'enfant / propices à un engagement du parent. 	
<p>+ Journée alimentaire type</p> <ul style="list-style-type: none"> Fréquences des repas. Comportement alimentaire de l'enfant. Stratégies d'adaptation de l'environnement. 		<p>+ Questionnaire nutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> Type d'aliments et quantité consommée. 		<p>+ En situation de coaction dans un contexte de trouble de l'oralité alimentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Style d'interactions. Aspects sensoriels et moteurs / Comportements sémiotiques.

FOCUS « Oralité alimentaire »

Audrey Lecoufle, orthophoniste

Les difficultés alimentaires sont fréquentes chez le jeune enfant et peuvent concerner 25 % à 50 % des enfants en population ordinaire pédiatrique (Cascales et al., 2014). Chez 3 à 10 % des enfants, ces difficultés alimentaires précoces vont se pérenniser pour devenir un trouble alimentaire parfois sévère. Les enfants repérés en consultation par le médecin/pédiatre comme étant « à risque » de développer des troubles alimentaires peuvent donc être orientés sur prescription médicale vers un orthophoniste pour « bilan orthophonique et rééducation si nécessaire ». Des actes spécifiques intitulés « bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » ainsi que « rééducation des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » ont vu le jour en 2018 dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) des orthophonistes. Ce bilan est, de manière consensuelle, constitué de trois étapes principales que sont l'anamnèse (qui peut être réalisée de manière filée), un temps d'observation active de l'enfant et un temps d'évaluation dans les situations hors repas et sur un temps de repas. Au cours de l'anamnèse, l'orthophoniste va dérouler l'histoire alimentaire, médicale, sensorielle, psychomotrice et neurodéveloppementale du patient, afin de bien cerner le motif de la plainte et le contexte d'apparition des troubles. Cela permet aussi de faire un état des lieux du répertoire alimentaire du patient et des habitudes alimentaires familiales, pour s'appuyer dessus en point de départ de la prise en soin.

Ensuite l'orthophoniste prendra un temps d'observation active de l'enfant, à la fois hors repas et sur un temps d'alimentation, puis proposera un temps d'évaluation clinique (compétences sensorielles, compétences oro-motrices et fonctions alimentaire et oro-myo-faciales).

À l'issue de ce bilan complet, l'orthophoniste est amené-e à poser éventuellement le diagnostic de trouble alimentaire pédiatrique (TAP) isolé ou associé à des troubles organiques, fonctionnels et/ou développementaux (Guillon et al., 2020), pour ensuite construire et proposer un projet thérapeutique orthophonique ciblé et adapté aux besoins du patient, basé sur un partenariat avec les parents.

Le bilan proposé dans les troubles alimentaires pédiatriques repose essentiellement sur un recueil d'observations cliniques et des outils d'évaluation avec certains tests normés ou non, dont peu sont disponibles en français. Nous notons un manque important de ressources dans notre langue, ce qui limite cer-

tains collègues de se lancer dans ces bilans et prises en soin qui paraissent complexes du fait du manque d'outils ou de lignes de base.

Le seul outil de dépistage dont nous disposons jusqu'à présent en français est l'échelle d'alimentation de Montréal - HME (ou Montreal Children's Hospital Feeding Scale ; Ramsay et al., 2011), qui permet d'évaluer le degré de difficultés alimentaires chez les enfants âgés de 6 mois à 6 ans 11 mois. Cette échelle permet d'obtenir, via 14 items destinés aux parents, une classification en trois groupes des difficultés en lien avec l'alimentation : sévères, modérées et légères. Cependant les items de ce questionnaire sont adressés aux parents et ne relèvent donc pas de l'évaluation par un professionnel de santé, pouvant ainsi biaiser les résultats en fonction des ressentis et angoisses des parents sur l'alimentation de leur enfant.

Ce constat de manque d'outil de terrain amène les orthophonistes à proposer un bilan clinique qualitatif, basé sur les expériences professionnelles et les formations continues réalisées sur ce sujet.

Fort de notre expérience dans les troubles alimentaires du nourrisson et du jeune enfant, nous avons souhaité enrichir Évalo BB des aspects en lien avec l'oralité, élément fondateur de la tranche d'âge concernée. Nous avons donc proposé un module complémentaire qui suit et complète l'évaluation orthophonique telle qu'elle a été présentée ci-dessus (anamnèse / observation / évaluation), avec tout d'abord une prise en compte de comptes rendus parentaux en lien avec la plainte alimentaire (journée alimentaire type, panel alimentaire consommé, investissement oral et mises en bouche, temps des repas...). Ces éléments peuvent être demandés pour certains en amont du bilan, permettant ainsi de préparer le bilan et les temps d'observation et d'évaluation de l'enfant.

Le module comprend ensuite une partie Anamnèse, qui déroule l'histoire alimentaire, médicale, neurodéveloppementale, sensorielle et comportementale de l'enfant avec les parents. Celle-ci peut aussi se réaliser de manière filée au cours de la rencontre. Pour le temps consacré à une observation de l'enfant, ce module propose des situations d'observation au repos et sur une situation de repas/goûter, avec une analyse comportementale formalisée dans des grilles sur critères objectifs et fonctionnels. Une fiche recueil de ces informations permet de noter les éléments morphologiques, la sensorialité, le motricité orale hors alimentation et en lien avec l'alimentation. Le recueil de ces données permet ensuite à l'orthophoniste d'établir un profil de synthèse et de mettre en évidence des signes d'appel amenant à la pose du diagnostic orthophonique.

FOCUS « Facteurs de risques vs facteurs de protection »

Enfant de 3 ans 1 mois

Demande : La maman s'inquiète devant le manque d'intelligibilité de la parole de l'enfant et le peu de phrases employées. Le développement de langage s'inscrit sur la dimension « retard de mise en place des premiers organisateurs du langage (premiers mots vers 15 mois ; premiers assemblages de mots vers 2 ans ;

peu de phrases grammaticales à 3 ans). Elle consulte sur prescription du médecin généraliste.

Les données de l'entretien d'anamnèse permettent de mettre en perspective selon une approche éco-systémique les caractéristiques de l'enfant et les caractéristiques de l'environnement et d'identifier des facteurs de risques et des facteurs de protection.

Caractéristiques personnelles de l'enfant		Caractéristiques de l'environnement		
		Caractéristiques personnelles des parents	Caractéristiques socio-familiales	Caractéristiques de la relation parent(s) / enfant
Facteurs biologiques	Genre Garçon	Age de la mère à la naissance 17 ans (mère célibataire)	Type de famille Famille monoparentale (mère) Enfant unique	Stress découlant du rôle parental Difficulté à élever l'enfant Forte motivation à faire tout ce qu'il faut pour l'enfant
	Sous influence en période fœtale de la médication antiépileptique de la maman	État de santé de la mère Crises d'épilepsie sous médication	Conditions de vie Logement insalubre	Type de stimulation Stimulation directive, peu adaptée. Pas de renforcement ou de reformulation. En demande de conseils
Facteurs personnels	Développement psychomoteur lent	Niveau de scolarisation Arrêt de la scolarité à 16 ans sans diplôme	Niveau socio-économique Peu de revenus (RSA)	Retard de parole et langage
	Développement cognitif sur la dimension retard	Niveau de connaissances faible		
	Habiletés sociales Non socialisé		Isolement social Pas de famille à proximité	
	Comportement perçu comme difficile (peu obéissant)			Présentation lors des entretiens d'Orthophonie - Paris Coquet F. (2017)



En conclusion du bilan, il est nécessaire d'aider l'enfant à structurer sa parole et son langage et d'accompagner la maman pour l'étayer dans son rôle parental. Une orientation vers une structure de type « consultation médico-psychologique » est suggérée. Une rééducation orthophonique est proposée avec participation de la maman aux séances. Ce sera l'occasion pour la maman, qui est très en demande, de rencontrer une personne ressource (l'orthophoniste) et de voir et entendre un ici et maintenant de la séance pour se construire :

- un savoir à l'aide des explications et informations données en situation (sur les difficultés de l'enfant, sur son développement, sur le développement du langage...).
- un savoir-faire autour des stimulations linguistiques à apporter.

FOCUS « Observation des interactions parent(s) en situation de jeu »

Enfant de 3 ans

Activité : ferme et animaux Coquet, F (2017) : Les parents au cœur de l'intervention orthophonique		Point de vue du parent	Point de vue de l'enfant
Cadre général de l'interaction	Installation / proxémie	Père et enfant assis par terre face à face Le matériel est posé devant eux sans être pris en compte	
	Intérêt porté à l'autre	Très bon. Enthousiasme pour ce que dit l'enfant.	Attention portée aux demandes et fierté devant les félicitations.
	Déroulement de l'activité	Aucun intérêt porté au matériel qui n'est pas utilisé.	
Régie de l'échange	Contact oculaire / Regards adressés	Suivi Regards complices	Suivi
	Initiatives (% réciproque)	100 %	0 %
	Tour de rôle / Tour de parole	Respecté	Respecté
	Inductions	Très nombreuses demandes de répétitions de mots hors contexte (dis « maman » ; dis « bonbon » ; dis « gâteau »...).	
	Stratégies de retour	Retours positifs forts (applaudissements, félicitations...).	Répétition avec beaucoup de bonne volonté.
Style de communication de l'enfant		Enfant réticent (mais très soutenu par le parent)	
Rôle endossé par le parent		Parent « professeur »	
Niveau des productions	Non verbal - postures / mimiques / gestes		
	Non verbal - prosodie	Exubérance : voix forte, contours intonatifs exagérés, accents toniques marqués.	
	Verbal - phonologie	Syllabation	Syllabation
	Verbal - lexique	Mots proposés à la répétition sans article	
	Verbal - morphosyntaxe	Phrases de félicitations sur le même modèle syntaxique.	



L'observation met en évidence un dysfonctionnement en lien avec un détournement de la situation de jeu au profit d'une démonstration sur les capacités de l'enfant à destination de l'orthophoniste. Cependant la réelle complicité et la fierté réciproque sont des points forts qu'il convient de réinvestir.

FOCUS « Observation d'un temps de repas »

Dans son mémoire de recherche en vue de l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste, **Émilie De Laitre** a pris en compte le fait qu'il existe très peu d'outils standardisés à disposition de l'orthophoniste pour l'observation d'un temps de repas, notamment chez l'enfant de 6 à 24 mois. Elle a donc commencé la recherche et la lecture d'articles recensant les étapes du développement du comportement alimentaire ainsi que les données à observer lors de repas. Elle a réfléchi à un protocole filmé d'observation d'un temps de repas (un déjeuner) pris par l'enfant, à son domicile, avec son aidant (parent) habituel selon une procédure standardisée qui minimise la part de subjectivité inhérente à toute observation et met en évidence ce qu'il est important d'étudier. Elle a établi, à partir de ses recherches, une grille de synthèse permettant le recueil des données de l'observation selon 3 axes :

- **le cadre général du repas** (temporalité / structure / logique des choix / spatialité et environnement / outils utilisés)
- **les habiletés alimentaires** (mouvements des effecteurs / prise d'aliments solides / prise de liquide / comportement de l'enfant lors de l'alimentation) /
- **les interactions aidant/enfant** (personnes présentes / régie de l'échange / interactions verbales et non verbales / attitude de l'aidant / attitude de l'enfant).

Dans les travaux préparatoires à l'élaboration de son mémoire de recherche en vue de l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste, **Marie Gombert** cherche à établir un référentiel, mis à disposition de l'orthophoniste, qui vienne étayer l'observation des habiletés alimentaires d'un enfant âgé de moins de 36 mois lors d'un repas. Un référentiel est « un ensemble de bases de données contenant les références d'un système d'information. (...) Il constitue un jeu de données, suffisamment fiables pour qu'elles puissent être ouvertes, réutilisées et enrichir d'autres données, avec lesquels ils peuvent être alignés » (Vanel, 2017). Ce document rassemble les critères à observer et les repères développementaux qui leur sont associés, à partir des preuves de la littérature, comme le recommande l'EBP (Evidence Based Practice – pratique fondée sur des preuves). L'âge développemental correspond à l'âge équivalent d'un enfant selon l'évaluation de son développement. Les étapes de développement dans la petite enfance et l'enfance sont régies par des lois qui suivent une trame prévisible et structurée. Celles-ci permettent de situer l'enfant dans son évolution selon une norme (Mink, & Zinner, 2010). Dans le contexte d'un bilan orthophonique d'un jeune enfant sur le champ de l'oralité alimentaire intégrant l'observation d'un temps de repas, cet outil couplé à une grille de synthèse permet de s'intéresser à l'enfant dans sa trajectoire développementale et autorise un suivi longitudinal. Sont inventoriés le développement des mouvements des effecteurs mobilisés lors de la prise alimentaire (langue / lèvres / mandibule) / l'évolution de l'utilisation des outils (doigts / biberon / tasse / paille / cuillère / fourchette) / le développement de la maturation de la succion / déglutition / mastication.



Françoise Coquet - Jacques Roustit - Pierre Ferrand

DISPONIBLE AU PRINTEMPS

www.orthoedition.com

275€

Quelques références bibliographiques

- **Bronfenbrenner, U.** (1996). Le modèle Processus-Personne-Contexte-Temps dans la recherche en psychologie du développement : Principes, applications et implications. In R. Tessier, G.M. Tarabulsky (Eds). *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*. Ste-Foy, Québec : Presses. Pp 9-58.
- **Coquet, F., Ferrand, P., Roustit, J.** (2009). EVALO 2-6 « Évaluation du développement du langage oral chez l'enfant de 2 ans à 6 ans ». Isbergues : Ortho Édition.
- **Coquet, F., Roustit, J.** (2010). EVALO BB : méthodologie d'observation / évaluation de l'enfant de moins de 3 ans, de l'enfant avec peu ou pas de langage ou en situation de handicap. *Rééducation Orthophonique*, 242. 95-110.
- **De Laitre, E.** (2019). « Observation d'un temps de repas chez l'enfant âgé de 6 à 24 mois ». Mémoire de recherche en vue de l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste. Sous la direction de F. Coquet, A. Lecoufle. Institut d'orthophonie Gabriel Decroix. Lille.
- **Gombert, M.** (à soutenir 2021). « Observation d'un temps de repas chez l'enfant de moins de 36 mois - Élaboration d'un référentiel basé sur les preuves de la littérature ». Sous la direction de F. Coquet, A. Lecoufle. Institut d'orthophonie Gabriel Decroix. Lille.
- **Guillon, F., Lecoufle, A., Lesecq-Lambre, E.** (2020). « Démarche diagnostique orthophonique des troubles alimentaires pédiatriques, Le bilan orthophonique », *Rééducation Orthophonique*, 281. 33-42.
- **Ramsay, M., Martel, C., Porporino, M., Zygmuntowicz, C.** (2011). The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatrics & Child Health*, 16(3). 147-e17.



Voeux 2021

Mais que pouvons-nous bien souhaiter en cette période ? Tant, tant, tant de choses que quelques lignes ne suffiraient pas...

Orthophonistes du Monde a traversé comme tous une drôle d'année, rythmée par les ruptures et les retrouvailles, les re-ruptures et les re-retrouvailles...

Une année à inventer des organisations pour suivre le fil des projets, une année à en laisser aussi quelques-uns en sommeil en attendant des jours meilleurs.

Malgré tout une année à ne rien lâcher !



Alors souhaitons...

A ceux qui persistent à tenter la traversée de mers et d'océans affamés de vies, nous souhaitons la **Paix** et l'**Espérance** et les assurons de notre soutien qui s'incarne dans nos projets européens.

A ceux qui ont perdu leur amour, leur ami, leur parent, emporté peut-être en 2020 par une mauvaise bête à couronne, nous souhaitons l'**Apaisement** et le **Soleil** dans leur à-venir.

A ceux qui nous accompagnent et s'associent à nos projets, partenaires, adhérents, soutiens d'un jour ou de toujours, nous souhaitons **Amitié** et **Solidarité** pour demain et tous les autres demains.

A tous, nous souhaitons que 2021 soit juste une année... **Libre** et **Vivante**... ?

Ce serait déjà si bon, non ?



Le bégaiement se manifeste-t-il de la même manière dans les deux langues parlées par une personne bilingue ?



Dodji Gbedahou, orthophoniste et docteur en Sciences du langage

Durant ces dernières années, Dodji Gbedahou, orthophoniste togolais, a poursuivi ses études à Montpellier, sous la direction de Fabrice Hirsch, dans le cadre de l'UMR 5267 Praxiling – Projet Benephidire (ANR-18-CE36-0008). Son travail était également inclus dans l'ERU 34 du Lurco. Il a soutenu sa thèse de doctorat en novembre 2020 (en visioconférence), dont voici un résumé.

INTRODUCTION



Bégaiement

Le bégaiement est défini comme « une perturbation de la fluence verbale qui affecte sérieusement l'intelligibilité de la parole » (Piérart, 2011). Il se manifeste entre autres par des prolongations, des blocages et des répétitions présents dans la parole. Dans la pratique, trois types de bégaiements se distinguent : le bégaiement développemental, le bégaiement développemental persistant et le bégaiement neurogène.

Le bégaiement développemental, objet de cet article concerne 0.72 % de la population adulte (Yairi et Ambrose, 2013). Il est difficile de nos jours d'attribuer une cause évidente à ce trouble. En effet, les recherches actuelles s'orientent vers une combinaison d'éléments parmi lesquels des aspects neurologiques (De Nil et al., 2008 ; Connally et al., 2014) et génétiques (Drayna & Kang, 2011) sont les plus souvent mis en avant. Par ailleurs, la question du lien entre le bégaiement et le bilinguisme est souvent évoquée.



文 A Bilinguisme et bégaiement

Le bilinguisme, par définition, est une utilisation en alternance de deux langues par un même individu (Bijeljac-Babic, 2017). En fonction de la période d'installation des deux langues, on distingue le bilinguisme précoce et le bilinguisme tardif. Le bilinguisme précoce peut être simultané, c'est-à-dire que les deux langues sont mises en place en même temps, ou successif dans le cadre d'une installation des deux langues l'une après l'autre. De nombreuses recherches se sont intéressées au lien entre le bilinguisme et le bégaiement. Sur la prévalence du bégaiement, si d'anciennes études comme celles de Travis et al. (1937) laissent penser que le bégaiement serait plus présent dans la parole de personnes bilingues, cela n'est pas le cas selon les données actuelles. En effet, selon les travaux de Au-Yeung et al. (2000), les prévalences seraient comparables dans les deux populations. Quant aux manifestations du bégaiement présentes dans la parole de personnes bilingues, la littérature se caractérise également par un manque de consensus.

D'anciennes études ont permis de noter que le bégaiement se manifeste uniquement dans l'une des langues parlées par une personne qui bégai (désormais PQB) (Nwokah, 1988). Ces résultats diffèrent des observations effectuées par Lebrum et al. (1990) selon lesquelles les sujets présenteraient des sévérités comparables dans les différentes langues parlées. Enfin, une dernière tendance estime que les PQB présenteraient des caractéristiques différentes selon la langue (Jarayam, 1983 ; Lim et al, 1996).

文 A Objectif et hypothèses

Nos recherches se situent donc dans la continuité de ces travaux et abordent la problématique suivante :

Le bégaiement est-il le même dans les deux langues parlées par des sujets bilingues ? Il s'agit d'étudier la sévérité du bégaiement dans les deux langues maîtrisées par une personne bilingue et d'analyser les traits phonétiques sur lesquelles interviennent ces disfluences et leur contexte phonétique.

Pour réaliser cette étude, des données ont été recueillies auprès des locuteurs qui parlent le mina et le français. Rappelons ici que le mina est la première langue parlée au Togo et au Bénin. Cela étant, notre hypothèse principale est la suivante : les disfluences seraient plus importantes dans une langue, et certains traits phonétiques seraient plus problématiques aux PQB. En ce qui concerne l'environnement phonétique des sons disfluents, notre hypothèse est qu'une succession de traits antagonistes pourrait donner lieu à un nombre plus important de disfluences.

MATÉRIEL ET MÉTHODE



8 hommes et 3 femmes âgés de 21 à 43 ans présentant un bégaiement développemental ont participé à cette étude. Les enregistrements (audio) ont été effectués à Lomé (Togo) dans les locaux de l'École nationale des auxiliaires médicaux de Lomé (Togo). Les sujets testés ont été soumis à un exercice de description d'images séquentielles et de parole spontanée. En parole spontanée, il s'agit, entre autres, de raconter un événement marquant dans l'actualité ou de raconter les activités effectuées la veille.

Nous avons choisi dans cet article de présenter les observations effectuées en parole spontanée. Essentiellement, nous observerons la sévérité du bégaiement en fonction de la langue, le taux de disfluences selon le type de son, le voisement, le lieu d'articulation, le mode articuloire, la nasalité et la labialisation des consonnes, le lieu d'articulation, l'aperture, la labialisation et la nasalité des voyelles. Dans cet article, seuls les résultats les plus significatifs seront présentés.

Nous avons examiné 67 min. d'enregistrement en français et 53 min. en mina.

Modalité	Français	mina	Total
Durée (min)	67	53	120
Sons analysés	14542	13940	28482
Sons disfluents	268	79	347

Répartition des données analysées en parole spontanée

RÉSULTATS

Sévérité du bégaiement en fonction de la langue et par sujet

Les données obtenues permettent de noter que les sujets présentent un taux de disfluences significativement plus important en français comparé au mina ($P=0.001$)

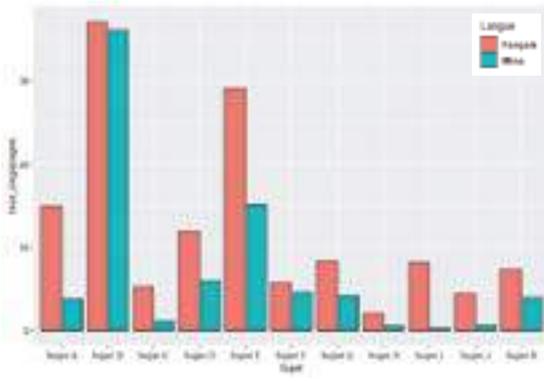


Figure 1 : sévérité du bégaiement par langue et par sujet

Taux de disfluences en fonction du type de sons

La figure 2 compare le taux de disfluences des sons en fonction de leur appartenance aux catégories consonantiques ou vocaliques. Nous notons que, dans les deux langues, les consonnes présentent un taux de disfluences significativement plus important (2.48 % en français, 0.93 % en mina).

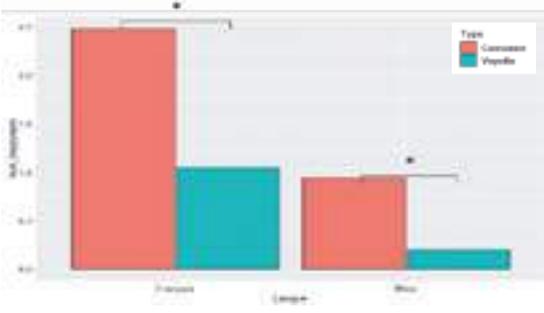


Figure 2 : taux de disfluences en fonction du type de son

Taux de disfluences des consonnes en fonction du voisement

Dans les deux langues, on note de façon générale que les consonnes non-voisées engendrent plus de difficultés chez les PQB. Celles-ci sont bégayées dans 3,24 % des cas en français et dans 1,43 % des cas en mina.

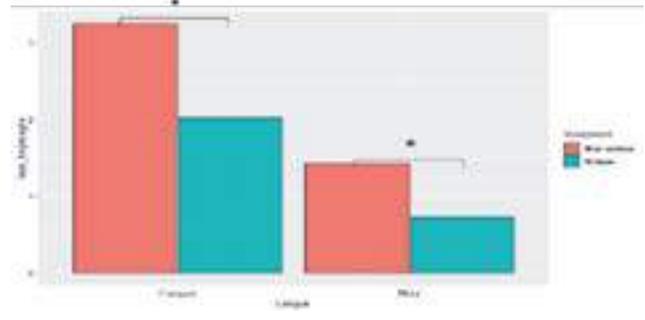


Figure 3 : taux de disfluences des consonnes en fonction du voisement

Taux de disfluences des voyelles selon le lieu d'articulation

La figure 4 présente le taux de disfluences des voyelles selon le lieu d'articulation. Il est à noter qu'en français, les voyelles antérieures présentent un taux de disfluences significativement plus important. En mina, nous observons la même tendance mais avec une différence non significative.

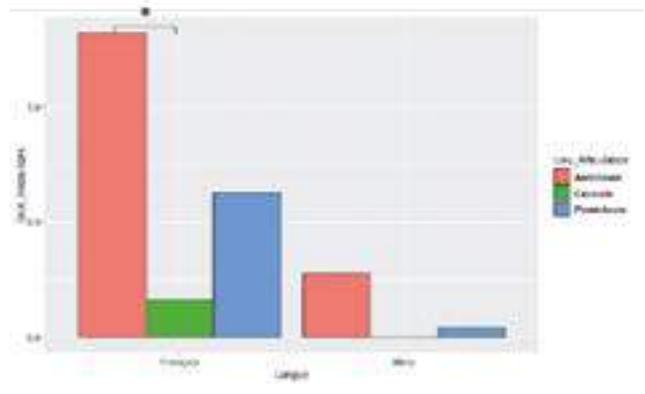


Figure 4 : taux de disfluences des voyelles en fonction du lieu d'articulation

En résumé : les résultats précédents soulignent que certains traits sont plus problématiques aux PQB, peu importe la langue dans laquelle ils s'expriment. La question que pose ce résultat est de savoir si c'est le trait phonétique qui est à l'origine de la difficulté ou si cette difficulté peut s'expliquer par le contexte dans lequel ce trait intervient. Pour y répondre, nous avons observé la répartition des sons qui viennent avant et après une consonne non-voisée disfluente.

Environnement phonétique des consonnes non-voisées disfluentes

L'observation portant sur le contexte des consonnes non-voisées disfluentes révèle que, dans les deux langues, ces sons sont significativement entourés de sons voisés.

DISCUSSION ET CONCLUSION

En résumé, les PQB bilingues faisant l'objet de cette étude présentent des disfluences plus importantes dans leur deuxième langue, le français. Ces résultats corroborent ceux de Lim et al. (2008) qui avaient mis en évidence un nombre plus conséquent de disfluences en anglais qu'en mandarin. Si l'on se fie aux hypothèses émises par Szmalec et al. (2012), ces observations seraient dues à une difficulté pour la PQB à gérer le monitoring exécutif indispensable à l'utilisation d'une L2. On note également que certains traits phonétiques posent plus de difficultés aux

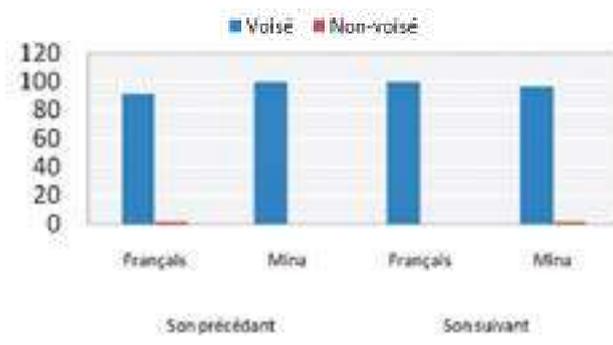


Figure 5 : contexte des consonnes non-voisées disfluentes en fonction du voisement

PQB comme l'absence de voisement pour les consonnes et l'antériorité des voyelles, et ce quelle que soit la langue parlée. Les disfluences présentes sur les consonnes sourdes pourraient s'expliquer par une difficulté des PQB à gérer le dévoisement dans un contexte voisé. Quant aux voyelles antérieures, on peut penser qu'il serait plus difficile aux PQB de produire des mouvements vers l'avant, lorsque la langue est préalablement plus reculée. D'autres traits articulatoires, non présentés dans cet article, sont davantage sensibles à la langue parlée.

Références bibliographiques

- **Au-Yeung J., Howell P., Davis S., Charles N., & Sackin S.** (2000). *UCL survey on bilingualism and stuttering. Paper presented at the 3rd congress on Fluency Disorders*, Nyborg, Denmark
- **Bijeljic-Babic, R.** (2017). *L'enfant bilingue : de la petite enfance à l'école*. Odile Jacob.
- **Connally, E. L., Ward, D., Howell, P., & Watkins, K. E.** (2014). Disrupted white matter in language and motor tracts in developmental stuttering. *Brain and language*, 131, 25-35.
- **De Nil, L.F., Beal, D.S., Lafaille, S.J., Kroll, R.M., Crawley, A.P., & Gracco, V.L.** (2008). The Effects of Simulated Stuttering and Prolonged Speech on the Neural Activation Patterns of Stuttering and Nonstuttering Adults. *Brain and Language*, 107(2):114-123.
- **Drayna, D., & Kang, C.** (2011). Genetic approaches to understanding the causes of stuttering. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 3(4), 374-380.
- **Jayram, M.** (1983). Phonetic Influences on Stuttering in Monolingual and Bilingual Stutterers. *Journal of Communication Disorders*, 16(4):287-197.
- **Lim, V. P. C., Lincoln, M., Chan, Y. H., & Onslow, M.** (2008). Stuttering in English-Mandarin Bilingual Speakers: The Influence of Language Dominance on Stuttering Severity. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(6), 1522-1537. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/07-0054\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0054))
- **Nwokah, E. E.** (1988). The imbalance of stuttering behavior in bilingual speakers. *Journal of Fluency Disorders*, 13(5), 357-373.
- **Piérart, B.** (2011). *Les bégaiements de l'adulte* (Vol. 5). Editions Mardaga.
- **Szmalec, A.** (2013). Bilinguisme et bégaiement chez l'enfant. *Enfance*, (3), 287-298.
- **Taylor, T. J., & Cameron, D.** (1987). Analysing The Relation of Bilingualism to Stuttering: A Survey of the East Chicago, Indiana, Schools. *Journal of Speech Disorders*, 2(3), 185-189. <https://doi.org/10.1044/jshd.0203.185> to understanding the causes of stuttering. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 3(4), 374-380.
- **Travis, L. E.** (1978). The cerebral dominance theory of stuttering: 1931-1978. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 43(3), 278-281.
- **Yairi, E., & Ambrose, N.** (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38(2), 66-87.



JNLF 2021
SESSION UNADRÉO

Journées de neurologie de langue française

PARIS, DU 2 AU 5 MARS 2021

Didier Lerond, orthophoniste

Depuis plusieurs années, l'Unadréo participe aux Journées de neurologie de langue française en tant que société savante au même titre que de nombreuses autres sociétés savantes médicales.

Après des JNLF Lyon 2020 digitalisées et consacrées à « L'actualité de la recherche orthophonique en neurologie », place désormais aux JNLF Paris 2021 avec comme thématique de la session Unadréo, « **L'efficacité des thérapies or-**

thophoniques dans les maladies neuro-dégénératives ». Cette problématique de l'efficacité avait déjà fait l'objet des XVII^{es} rencontres Unadréo en 2017. Nous avons souhaité la décliner à nouveau chez les patients présentant des pathologies neurologiques et neurodégénératives.

Nous espérons vivement que les dates retenues – **du 2 au 5 mars 2021** – et que l'évolution de l'actuelle situation sanitaire permettront aux participants d'assister physiquement aux diverses interventions. Durant ces journées, conférences plénières, ateliers pratiques et posters permettront aux très nombreux professionnels de santé de composer un programme riche de savoirs, d'expériences, de pratiques et de recherches.

La session Unadréo a été fixée **jeudi 4 mars 2021** de 15 h 00 à 18 h 30 avec six interventions. Le programme et les diverses interventions seront présentés dans les colonnes de *L'Orthophoniste*.

Nous souhaitons vivement vous rencontrer lors de cette session et échanger avec vous.

i

Si vous souhaitez plus d'informations sur cette session Unadréo et les JNLF de Paris, vous pouvez vous rendre sur www.unadreo.org et www.jnlf.fr.

Thérapie écosystémique des troubles de la communication : évaluation de son efficacité auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage

.....

 **Thierry Rousseau**, orthophoniste, docteur en psychologie – HDR, directeur de recherches Lurco – ERU 17, chercheur associé au sein de l'équipe émergente BePsyLab du pôle lettre, langues, sciences humaines et sociales de l'université d'Angers.
throusseau2@wanadoo.fr

.....

La thérapie écosystémique des troubles de la communication des patients Alzheimer s'adresse au malade et à son entourage familial et/ou professionnel.

L'objectif des recherches présentées est d'évaluer l'efficacité de cette thérapie auprès des malades et de leur entourage.

Plusieurs études ont été réalisées à des moments différents sur des cas uniques et multiples notamment dans des études longitudinales de patients vivant à domicile et en institution. L'efficacité a été évaluée en fonction de différentes variables : capacités de communication, fonctions cognitives, comportement des malades, prescription de neuroleptiques et aussi degré de satisfaction de l'entourage.

Les résultats de ces recherches ont montré l'efficacité de la thérapie écosystémique sur la communication des patients, sur leurs capacités cognitives et sur la communication des aidants avec les malades.

En conclusion, il convient de prendre en compte les difficultés méthodologiques car les échantillonnages des différentes études sont souvent limités et ces dernières ne peuvent pas être menées en aveugle. La modélisation de l'approche thérapeutique est également difficile, de même que le contrôle de toutes les variables. Malgré ces difficultés méthodologiques, les résultats sont très encourageants et suffisamment significatifs pour confirmer l'intérêt d'une prise en charge orthophonique de type écosystémique.

Références bibliographiques

- **Colboc, E., Michel, O., & Rousseau, T.** (2014). Alzheimer : thérapie écosystémique des troubles de la communication, troubles du comportement et prescription de neuroleptiques. *Glossa*, 114, 82-109.
- **Delaby, S., Rousseau, T., Gatignol, P.** (2011). Intérêt d'une thérapie écosystémique chez des patients âgés ayant une maladie d'Alzheimer sévère. *NPG Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 11, 63, 124-132.
- **Rousseau, T.** (2018). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. 2^e édition. Paris : Elsevier Masson.
- **Rousseau, T.** (2017). Evaluation de l'efficacité de la thérapie écosystémique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. In P., Gatignol et T. Rousseau (Eds), *Efficacité des thérapies* (pp.391-409). Isbergues : Ortho Édition.

Peut-on mesurer l'efficacité de la thérapie orthophonique en soins palliatifs chez les patients porteurs de maladies neurodégénératives ?

.....

👤 **Didier Lerond**, orthophoniste, DIU soins palliatifs, chargé d'enseignement, directeur de recherche Ethique ERU 47)

.....

Les soins dispensés auprès de patients porteurs de maladies neurodégénératives doivent être, selon la définition de la SFAP, des soins actifs dispensés dans une approche globale d'une personne atteinte d'une maladie évolutive ou terminale. L'objectif de ces soins sera de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs s'inscrivent donc dans un processus médical et temporel particulier durant lequel les soins diligentés doivent être utiles et efficaces ; les soins et actes inutiles, disproportionnés et déraisonnables devront être abandonnés voire bannis.

En matière d'orthophonie, il est fréquent que les maladies neurodégénératives nécessitent des soins spécifiques concernant le maintien de l'alimentation et l'hydratation ainsi que des capacités de communication et de phonation. La place de l'orthophoniste est désormais établie.

Mais il est essentiel de prodiguer les soins les plus adaptés en tenant compte des nombreux symptômes pénibles fréquents tels que la douleur, la dyspnée... L'orthophoniste prendra part à la prise en charge globale au sein d'une coordination pluri et interdisciplinaire avec des objectifs thérapeutiques et éthiques consensuels et clairs.

La question demeure posée quant à l'efficacité de nos soins et des écueils auxquels nous serons confrontés. Qui peut le mieux mesurer l'efficacité des soins orthophoniques ? A quel moment ? L'efficacité est-elle dépendante du lieu des soins ? Par quels moyens ? Quelle part entre objectivité et subjectivité ? Quels liens peut-on établir entre qualité de vie, satisfaction des patients, efficacité des traitements et respect des règles éthiques ?

De multiples questions auxquelles nous essayerons d'apporter des réponses.

Références bibliographiques

- **Leboul, D., Burucoa, B., Jouquan, J., (2014).** Enjeux d'une recherche en et pour les soins palliatifs : quelles difficultés ? in *Manuel de soins palliatifs*.
- **F. Cella, D., (2007).** Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Recherche en soins infirmiers*. n° 88, pages 25 à 31.

L'injonction de faire

Maude Premier, juriste de la FNO

« L'injonction de faire » est une procédure qui permet aisément et sans trop de frais et de difficultés de résoudre les conflits découlant de l'inexécution en nature d'une obligation née d'un contrat avec un professionnel ou un particulier. Cette procédure est régie par les articles 1425-1 à 1425-9 du code de procédure civile.

Elle peut être mise en œuvre si un professionnel avec lequel vous avez passé un contrat refuse d'exécuter son engagement (par exemple : refus de livrer un meuble, d'effectuer la maintenance de votre extincteur ou bien d'effectuer une réparation ou encore de garantir la conformité d'un bien ou d'un service).

3 conditions à sa mise en œuvre

- la valeur de la prestation non effectuée ne doit pas excéder 10 000 € ;**
- le délai de prescription ne doit pas être dépassé.**
 Les actions entre commerçants et non-commerçants se prescrivent par cinq ans (article L.110-4 modifié du Code de commerce) ;
- vous avez essayé de résoudre ce litige à l'amiable.**

La procédure consiste à saisir le juge afin d'obtenir l'exécution du contrat par l'autre partie. Le juge fixe les conditions et délais pour lesquels le professionnel doit s'exécuter.

Il est possible de prévoir, dès le dépôt de la demande, le montant des dommages-intérêts demandés en cas de non-exécution de l'injonction.



Qui saisir ?

La demande est faite devant le tribunal judiciaire (incluant le tribunal de proximité).

Il est compétent pour les litiges portant sur une obligation dont la valeur est inférieure ou égale à 10 000 €.

Le tribunal à saisir est celui du lieu de domicile du défendeur ou du lieu de l'exécution de l'obligation.

Comment saisir ?

C'est au greffe du tribunal judiciaire que doit être adressée la requête (demande écrite) qui doit être complétée, datée et signée.

Il s'agit d'un formulaire Cerfa « Demande en injonction de faire au tribunal judiciaire (incluant le tribunal de proximité) » n° 11723*11 (<https://bit.ly/37lkQwB>)



Cette demande doit indiquer :

- les noms, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur ;
- les noms et domicile de la personne contre laquelle la demande est formée, ou, s'il s'agit d'une personne morale, de sa dénomination et de son siège social ;
- l'objet de la demande, la nature précise de l'obligation dont l'exécution est poursuivie ainsi que son fondement ;
- les dommages et intérêts qui seront réclamés en cas d'inexécution de l'obligation contractuelle.

Le demandeur doit joindre à sa requête les documents justificatifs : factures, bons de commande, devis, contrats.

IMPORTANT : La demande ne sera pas étudiée si elle est incomplète.

 **Nous sommes là pour vous aider** N° 11723*11 

Demande en injonction de faire au tribunal judiciaire (incluant le tribunal de proximité)

(Articles 1426-1 à 1426-8 du nouveau code de procédure civile)

Nous vous invitons à lire attentivement la notice n° 30881 avant de remplir ce formulaire.

Votre identité (demandeur) :

► Si vous êtes une personne physique, remplissez les rubriques suivantes :

Madame Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) : _____

Votre nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Vos prénoms : _____

Vos date et lieu de naissance : _____

à _____

Votre nationalité : _____

Votre profession : _____

Votre adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Pays : _____

Votre adresse électronique : _____

► Si vous êtes une personne morale, remplissez les rubriques suivantes :

Forme de la société (S.A, S.A.R.L., E.U.R.L., S.C.I., S.C.P.) : _____

Dénomination : _____

Représentée par : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro de télécopie : _____

Page 1 sur 3

Business Bureau de l'Orthophonie - Page 1 sur 2

Juliette CREN  

Gérez votre identité   

Identité

Code :

Nom complet :

Nom d'utilisateur :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Courriel :



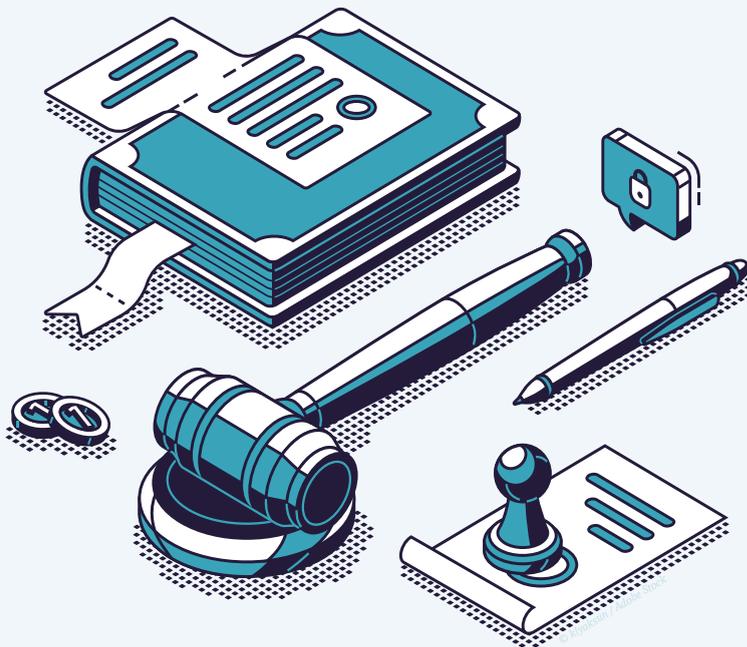
L'ordonnance d'injonction de faire

Après examen de la requête et si le juge l'estime justifiée, il rend une ordonnance d'injonction de faire.

Celle-ci est notifiée aux deux parties par lettre recommandée avec accusé de réception (ou par voie électronique, si les parties sont d'accord).

L'ordonnance précise les délais et les conditions d'exécution de l'injonction. Elle précise également une date d'audience en cas de non-respect de cette ordonnance.

La décision du juge ne peut pas être contestée. En cas de désaccord, le plaignant peut engager une nouvelle procédure et saisir le tribunal judiciaire selon la forme traditionnelle.



Les suites de l'ordonnance d'injonction de faire

Soit le demandeur exécute son obligation dans les délais impartis : le greffe sera informé par le plaignant et l'audience prévue n'aura pas lieu.

Soit le défendeur ne l'exécute pas volontairement, et l'affaire sera étudiée lors de l'audience dont la date et l'heure figurent sur l'ordonnance.

Le plaignant peut alors obtenir des dommages-intérêts – ceux précisés dans le formulaire Cerfa de « Demande en injonction de faire au tribunal judiciaire (incluant le tribunal de proximité) ».

Si le jugement ne convient pas, il sera alors possible de faire appel devant la cour d'appel.

Frais de la procédure d'injonction de faire

La procédure en elle-même est gratuite.

Il peut y avoir d'éventuels autres frais (avocat, huissier par exemple). Il est possible de demander l'aide juridictionnelle pour assurer ces coûts. <https://bit.ly/33RTSSn>



Le perdant, qu'il soit demandeur ou défendeur, est en principe condamné à rembourser les frais du procès (les dépens) à son adversaire.





AGA OR NOT AGA



Bertrand Chaillou, Agao

© chabniti / Adobe Stock

2020, annus horribilis est terminée ; souhaitons nous collectivement une année 2021 plus sereine et apaisée et donnons nous les moyens de la rendre heureuse.

Qu'elle puisse répondre à nos aspirations personnelles et professionnelles et nous apporte les petits et grands bonheurs tellement nécessaires à notre quotidien.

Au moment où vous lirez cet article, la loi de finances 2021 sera votée et le sort de la non majoration de 25 % sera scellé.

Quels sont les enjeux de l'article 7 du projet de loi de finances ?



ARTICLE 7

Suppression progressive de la majoration de 25 % des bénéfices des entreprises qui n'adhèrent pas à un organisme de gestion agréé.

I. - Le 7 de l'article 158 du code général des impôts est ainsi modifié :

1. À la première phrase du premier alinéa, après le mot « par » sont insérés les mots « un coefficient de » ;
2. Le 1^{er} est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Par dérogation au premier alinéa du présent 7, le coefficient mentionné au même alinéa est respectivement fixé à 1,2 pour l'imposition des revenus de l'année 2020, à 1,15 pour l'imposition des revenus de l'année 2021 et à 1,1 pour l'imposition des revenus de l'année 2022 ».

II. - Le 1^{er} du même 7 est abrogé à compter de l'imposition des revenus de l'année 2023.

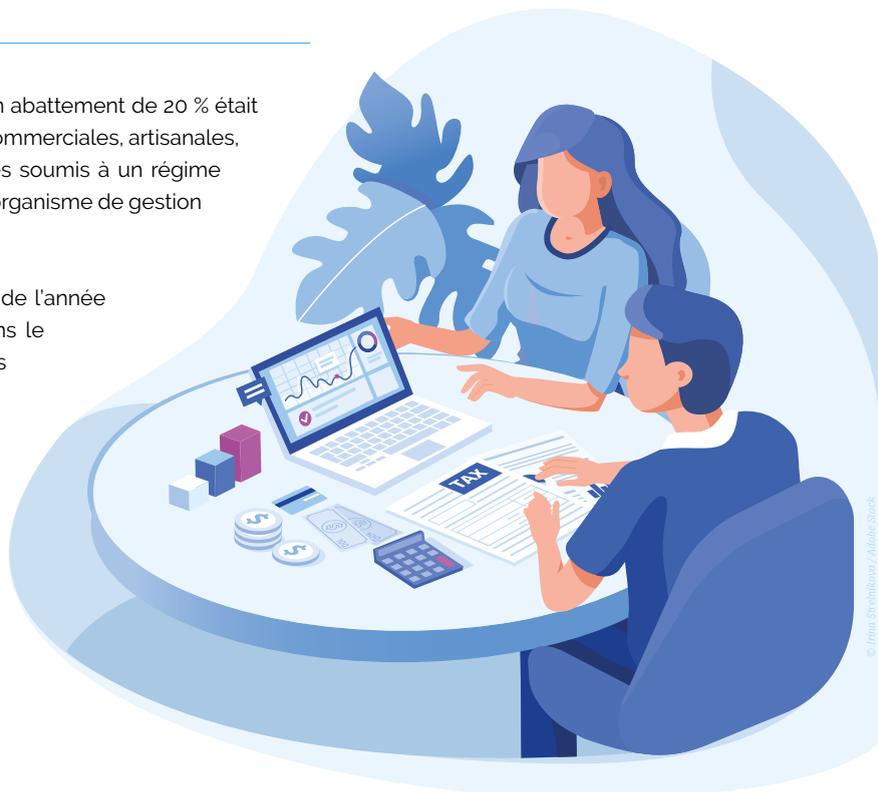


Un peu d'histoire

Jusqu'à l'imposition des revenus de l'année 2005, un abattement de 20 % était pratiqué sur les revenus d'activités indépendantes commerciales, artisanales, libérales ou agricoles réalisés par des contribuables soumis à un régime réel d'imposition en contrepartie de l'adhésion à un organisme de gestion agréé (OGA).

Pour tenir compte, depuis l'imposition des revenus de l'année 2006, de l'intégration de l'abattement de 20 % dans le barème de l'impôt sur le revenu, certains revenus qui n'entraient pas dans le champ d'application de cet abattement sont multipliés par 1,25 pour le calcul de l'impôt dû.

Pour les revenus passibles de l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux ou des bénéfices agricoles, cette mesure de correction prend la forme d'une majoration de 1,25 du bénéfice imposable lorsque leurs titulaires sont soumis à un régime réel d'imposition et ne sont pas adhérents d'un OGA.



Argumentaire du législateur

Cette mesure correctrice ancienne ne se justifie plus aujourd'hui au regard des pratiques comptables des entreprises. Sa suppression s'inscrit dans le cadre de la simplification du régime fiscal des professionnels.

Par ailleurs, dans le contexte de crise économique liée à la pandémie de Covid-19, la suppression de cette majoration permettra aux entreprises concernées de bénéficier d'une réduction de l'imposition de leurs bénéfices, de nature à faciliter la reprise de leur activité.

Le présent article propose de supprimer cette règle de majoration de façon progressive, afin de permettre aux acteurs concernés (OGA) de réorganiser leur modèle économique et d'étaler dans le temps l'impact budgétaire de la mesure pour l'État.

Parler de simplification, de réduction de l'imposition pour les professionnels et lier cette décision au contexte de la crise économique liée à la Covid-19 est osé.

Plus c'est gros plus ça passe ; mais pour le coup l'argumentaire paraît mensonger à double titre :

- **Que veut dire simplifier la vie de l'entreprise ?** Ne plus faire de contrôle sur les déclarations déposées ; c'est effectivement très tentant du point de vue de l'adhérent mais cette simplicité n'est qu'un leurre puisque cela ne garantit en aucun cas la conformité fiscale de la déclaration professionnelle et soumet donc les professionnels concernés à un risque ultérieur non maîtrisé.
- **Que veut dire réduire l'imposition des bénéfices ?**
 - Si vous n'êtes pas adhérent d'une OGA, votre bénéfice ne se verra pas appliquer la majoration de 1,25 à laquelle vous êtes soumis aujourd'hui.
 - Si vous êtes adhérent d'une OGA, ce qui concerne la majorité d'entre vous, la modification législative ne changera absolument rien.



Le parcours législatif

Plusieurs sénateurs ont défendu la suppression de l'article 7 du PLF 2021.

Et contre toute attente, ils ont obtenu gain de cause.

Pas de faux espoirs, l'assemblée nationale aura peut-être le dernier mot mais cette intervention parlementaire, appuyée par plusieurs sénateurs, a permis de rappeler l'importance des organismes agréés dans le paysage français depuis plus de 40 ans.

Quelles sont les réelles conséquences de ce dispositif ?

La suppression progressive de la majoration de 25 % est un dispositif fiscal visant à rendre en 2023 l'imposition d'un bénéfice non commercial réel identique que l'on soit ou non adhérent d'une association de gestion agréée.

Évolution de l'impôt avec une diminution de la majoration Association agréée

Bénéfice	Avec AA	Sans AA 1.25	Sans AA 1.20	Sans AA 1.15	Sans AA 1.10
13 000	0	246	118	0	0
20 000	1 078	2 091	1 951	1 811	1 671
30 000	3 144	5 394	4 944	4 494	4 044
40 000	6 144	9 144	8 544	7 944	7 344

P.S. : le calcul d'impôt est effectué pour une part fiscale

Vous pouvez donc déjà constater que l'avantage fiscal, même plus modéré, est maintenu jusqu'à 2022 ; l'adhésion à une association de gestion agréée ne doit donc pas être remise en cause pour des raisons financières jusqu'à cette date.

C'est donc très surprenant et totalement inexact que des publications soient rédigées en annonçant la suppression des AGA : c'est une contrevérité à court terme et comme nous allons vous l'expliquer également à moyen et long terme.

Pourquoi avez-vous fait le choix d'adhérer à l'AGAO ?

La suppression progressive de la majoration de 25 % est un dispositif fiscal visant à rendre en 2023 l'imposition d'un bénéfice non commercial réel identique que l'on soit ou non adhérent d'une association de gestion agréée.

- ✓ Pour l'avantage fiscal uniquement ;
- ✓ Pour bénéficier d'un support pour vos questions administratives, comptables, fiscales et autres... ;
- ✓ Pour bénéficier d'une aide à la tenue de la comptabilité et à la rédaction de votre déclaration 2035 ;
- ✓ Pour effectuer la télétransmission de votre déclaration 2035 et les déclarations annexes ;
- ✓ Pour les informations disponibles ainsi que les formations proposées.



Sans doute pour un peu de tout cela et effectivement si le projet de loi de finances est validé, un de vos critères de choix s'effacera.



Attention tout de même à un autre avantage fiscal qui n'est pas abordé dans le projet : la réduction d'impôt pour frais de comptabilité.

A ce jour si vous avez un chiffre de recettes annuelles **inférieur à 72 600€**, vous pouvez bénéficier d'une réduction d'impôt égale à **2/3 de vos frais de comptabilité**, plafonnée à 915 €.

Les frais de comptabilité sont indifféremment des honoraires d'expert-comptable, la cotisation AGAO, le paiement ou l'abonnement à un logiciel spécifique de comptabilité ou encore un livre comptable « papier ».

Nous vous rappelons que cet avantage n'est accordé que si vous êtes adhérent d'une association de gestion agréée et rien dans le projet actuel n'évoque sa suppression.

En conclusion et comme le disent les sénateurs, il s'agit d'un faux cadeau fiscal.

Dans la pratique on pourrait les priver, de façon idéologique, d'une adhésion peu coûteuse à un organisme indépendant qui leur offre bien plus qu'un simple avantage fiscal.

La prévention, l'intermédiation, la connaissance de votre profession et les comparatifs qui peuvent en découler, la formation et le support généraliste d'une structure dédiée au service à l'adhérent, et non pas au client sont autant d'atouts exprimés aujourd'hui et qui ont capacité à être conservés.



Lorsque vous lirez cette information,

- Soit l'article 7 de la loi de finances aura été abandonné considérant que la mesure envisagée déstabiliserait un système qui fait ses preuves.
- Soit il sera adopté et l'AGAO est prête à continuer à servir ses nombreux adhérents et développer l'ensemble des services complémentaires permettant à chacun d'entre vous d'être autonome et accompagné de façon sécurisée au regard de toutes vos obligations administratives, comptables et fiscales.

**Vous pouvez compter sur nous.
Sincèrement.**



+ d'infos sur
www.agao.com

10 square Colette BESSON - CS 70734 - 49007 ANGERS CEDEX 1
Tél. 02 41 87 83 00 - Fax 02 41 87 77 44
E-mail : agao@agao.com



SALLE D'ATTENTE D'ANTAN...

Aimé Disant nostalgie, ce 5 décembre 2020

Comment dit-on ce jourd'hui ? Incontournable. Le SarsCov2 est incontournable. Inéluctable. Immanquable. Depuis une bonne année, tout tourne autour de ce satané virus qui nous piste perfidement et qui bouleverse notre vie quotidienne, nos habitudes, et les vies professionnelles.

Sans compter la charge d'angoisse et de peurs assénées sans arrêt, qui par le Gouvernement, qui par les médias, qui par les innombrables et bavards experts médiatiques. Une épée de Damoclès flotte au-dessus de nos pauvres têtes qui n'en peuvent mais : et confinement par ci, et protocoles sanitaires par là, et mots d'excuses exigés pour sortir promener son chien, pour respirer autre chose que les

effluves intérieurs d'anxiété, pour subsister jusqu'à la saison nouvelle, pour flâner ou même pour aller au boulot. En attendant le soulagement de la liberté retrouvée, avant...

Les professionnels de santé sont soumis à plus rude épreuve qu'à l'accoutumée, déjà marron qu'ils sont quant à leurs revenus... Sans rappeler la charge administrative de plus en plus importante pour pouvoir

dispenser des soins, chronophage et coûteuse. Certes, les soignants ne sont pas les seuls à être ainsi maltraités. Dans vos cabinets d'orthophonie, votre travail est devenu de plus en plus difficile. N'évoquons pas ici vos pertes de chiffre d'affaire, après deux mois d'interdiction de travail et un nombre de patients réduit en raison des mesures sanitaires que vous appliquez scrupuleusement : un patient à la fois entrant, du temps pour aseptiser poignées de portes, interrupteurs et toilettes, travail avec masque, abrité derrière un plexiglas...

Parlons simplement de la salle d'attente. Depuis mars dernier, elle est en principe close, donc dans le noir, silencieuse. Ou alors triste : plus de jouets pour les gosses, plus de livres d'histoires merveilleuses ni de revues écornées et souvent anté-

“ *Le soir, il fallait ranger les jeux, aligner les magazines sur la table basse, ramasser les miettes de croissants et les papiers de bonbons en pestant. Mais depuis des mois, la salle d'attente est comme en hibernation, en dormance, en léthargie.* ”

diluviennes pour les parents et pour les patients adultes, des chaises en nombre réduit, peu ou pas d'humains, pièce presque inutile.

Que vous exerciez seule ou à plusieurs, avant Covid la salle d'attente était lieu de vie, lieu de découvertes, lieu de chuchotements et de bruits, parfois de cris et de pleurs au point de déranger vos séances, lieu de rencontres et d'échanges, lieu de casse-croûte ; et souvent de plus en plus aussi, lieu bizarre où seuls les petits s'agitent et remuent cependant que des mamans ou des papas, têtes baissées sont rivés à leur smartphone, pour envoyer des textos, pour s'affairer à des jeux idiots, même parfois, malgré l'affiche géante avec son gros pictogramme barré de rouge apposée au mur, pour téléphoner en parlant haut et fort sans vergogne « *tu ne devineras pas où je suis, je suis chez l'orthophoniste et Kevin est en séance pour son langage, oui, tu sais bien que les mardis à 16h30 j'ai rendez-vous* »... Il vous arrivait même épisodiquement d'interrompre la séance pour aller très poliment réclamer un peu de silence, agacée et dérangée que vous étiez ! Mais tablettes et téléphones portables y sont désormais reines et rois ! Le soir, il fallait ranger les jeux, aligner les magazines sur la table basse, ramasser les miettes de croissants et les papiers de bonbons en pestant. Mais depuis des mois, la salle d'attente est comme en hibernation, en dormance, en léthargie.

Enfin, c'était le bon temps, c'était **la vie**, malgré quelques petits désagréments. Une maman avec son petit sur les genoux, les yeux plein d'anxiété lors de son premier rendez-vous, ne bougeait pas à côté d'un papa plongé dans un magazine féminin ; un patient opéré de son larynx, un tuyau d'alimentation attaché à son nez et un pansement au cou, semblait irrité devant un enfant hyperactif que sa maman n'arrivait pas à tenir tranquille ; une mamie au regard dans le vide accompagné de son mari qui, s'entretenant avec l'homme sans voix, faisait semblant de comprendre ses gargouillis pendant qu'un adolescent boutonneux, entre deux cours au collège, essayait d'être transparent les yeux plombés sur sa tablette. Des échanges asymétriques et improbables, il y en avait souvent, après des minutes silencieuses d'observation lorsque les mêmes se retrouvaient, de semaine en semaine, à la même heure, et finissaient par se parler, à se faire la bise et à comprendre que l'orthophoniste ne s'occupe pas seulement de zozotement ! La salle d'attente finalement devenait le premier moment thérapeutique important, après la demande téléphonique de rendez-vous.

Jadis, pas de porte close, nul besoin de lingettes désinfectantes à chaque passage ; pas de masques qui dissimulent et mutilent les visages, amputent la communication ; pas de distances physiques, mais des bises, des poignées de mains et des relations sociales « humaines ».



Pas de suspicion ni de regards méfiants, mais de la connivence et parfois de la compassion, de la sympathie, voire des amitiés naissantes à partir de la découverte d'inquiétudes communes. Aujourd'hui, il faut réduire les affectifs... Que revivent les salles d'attente animées !

Il faut bien s'adapter ! Y en a qui n'ont pas mis longtemps à s'adapter, ce sont les pubards. Pas une incitation à la consommation de marchandises ou de services sans que les boniments n'intègrent des adjectifs devenus inévitables : engagé, solidaire, citoyen, responsable, humain, durable, etc.

J'imagine que votre éthique professionnelle intègre, elle, ces valeurs.

Et comme pourrait dire Claude Lelouch :

“ *« Y a plus que la terre qui tourne rond, et encore ! ».* ”

En ce début 2021, je ne puis que vous souhaiter une moins mauvaise année !

Quelques produits Ortho Édition



Enigmania 21 €

Valérie Dinan - Véronique Ferfoglià

Jeu dynamique d'évocation lexicale à partir de 3 mots indices

« Enigmania » est un jeu dynamique et interactif, qui a pour objectif de solliciter les fonctions exécutives par le biais du langage.

Il s'agit de faire deviner un substantif à l'aide de 3 indices se référant à 3 sens différents de ce mot (ou 3 contextes différents d'utilisation).

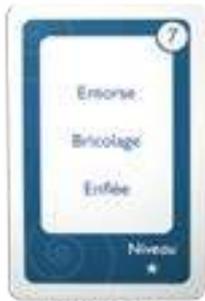
Il s'adresse aux patients atteints de troubles cognitifs légers : séquelles d'AVC ou de traumatisme crânien, pathologies neurodégénératives débutantes, ainsi qu'aux adolescents présentant un retard de langage.

Ce jeu trouve également sa place dans des prises en charge de groupe (atelier mémoire ou langage).

La règle est très libre et modulable en fonction du temps dont on dispose.

On peut jouer de façon très classique selon le principe des devinettes ou en mode inversé en partant du mot solution que l'on demande d'indicer.

Contenu : 165 cartes - 1 règle du jeu



Réponse : cheville



Dis-donc dragon ! 44 €

Laurence Cléda-Wilquin

Améliorer la syntaxe et enrichir le lexique de façon ludique chez les enfants souffrant de pathologie du langage oral

Ce jeu, spécialement conçu pour faciliter l'accès au lexique aux enfants souffrant d'un trouble du langage oral, permettra d'enrichir le vocabulaire et la syntaxe en travaillant l'utilisation des comparatifs, des adjectifs, des superlatifs, des mots outils, ... de façon ludique.

Grâce à ses 198 cartes entièrement imagées, ce jeu est accessible aux plus jeunes.

Pour remporter un maximum de pierres précieuses et la partie, il faudra trouver les intrus, compléter des séries catégorielles, énumérer des différences, décrire et deviner des images, ... en évitant de se perdre dans une caverne, de tomber dans un cratère ou dans le nid d'une maman dragon.

Sa simplicité et sa rapidité d'utilisation seront sans nul doute un atout pour l'intervention orthophonique.

Contenu : 198 cartes - 84 pierres précieuses - 1 plateau de jeu - 2 pions - 1 dé - 1 règle du jeu



78 rue Jean Jaurès - 62330 Isbergues

+33 (0)3 21 61 94 94

contact@orthoedition.com

www.orthoedition.com



“ #phrasons #clairenadolski #annebarthe

Et la voilà la toute mignonne boîte phrasons chez Ortho Édition pour travailler la concaténation ! Mignonne mais redoutable d'efficacité !

Voilà le topo : le patient doit créer une phrase avec les éléments imposés et les contraintes phrastiques que l'on peut y apporter.

Tout est classé en fonction de ce que l'on cherche à travailler : l'aspect grammatical, l'aspect sémantique et ce qui est chouette aussi, une partie mettant en jeu les fonctions exécutives.

Les contraintes phrastiques que l'on peut apporter : ce sont des contraintes des genre et nombre ou des connecteurs imposés.

Je l'utilise en télésoin avec des adultes et des ados. J'aime le fait que l'on puisse choisir entre photos et mots écrits selon l'objectif fixé. Les photos sont très intéressantes pour bosser l'orthographe par exemple. Les contraintes sont à mon sens un vrai plus, je crois que je vais me créer d'autres cartes avec des mots outils et des connecteurs logiques et temporels supplémentaires.

On a travaillé sous word en télésoin, sur ardoise, parlé métalangage et c'est fou ce que l'on peut revoir comme aspects langagiers (tant à l'oral qu'à l'écrit) avec juste 3 phrases par séance. Bref c'est open bar et c'est top !

Ah j'oubliais la fiche de suivi du patient, vous aviez pensé à tout !

Je vais me faire un mix neuro avec #lexicosème qui travaille l'évocation et les planches de #jimagines photo fouille pour des séances bien structurées en termes d'objectifs.

J'aimerais bien qu'une version enfants/ados soit disponible pour jouer avec le plateau #artskit, travailler les connecteurs logiques, temporels et le vocabulaire ça serait top !

Bravo aux auteures avec vous on n'est jamais déçus ! ”



Inventer
une phrase



Décoder les mots

+ = lettre suivante
- = lettre précédente

puis

inventer une phrase

ATR
QTD

+