



L'ORTHOPHONISTE

N° 439 | MAI 2024

Exercice salarié

AVEC LA FNO
une information
fiable et vérifiée

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les inégalités sociales de santé
et la récupération post-AVC
Quelques enjeux pour
l'orthophonie

EXERCICE LIBÉRAL

Gérer son cabinet,
changer de cabinet,
fermer son cabinet...

ÉTHIQUE

Dysphagie,
culture
et éthique

SOMMAIRE

L'ORTHOPHONISTE N°439 - MAI 2024

3



ÉDITO

60 ans

Par Sarah Degiovani

4

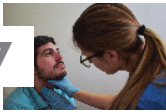


EXERCICE LIBÉRAL

Gérer son cabinet, changer de cabinet, fermer son cabinet... Où trouver les bonnes informations sur internet ?

Par Elsa Wessbecher

7



EXERCICE SALARIÉ

FNO et salariat - La place de la FNO

Par Antoinette Lejeune

13



EUROPE

Actualités européennes

Par Jean-Laurent Astier

14



PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Les orthophonistes se mobilisent autour de la Journée nationale de l'audition (JNA)

Par Nathalie Scarsi-Bounine, Sophie Garrabos-Fournié, et Aurélien Bresson

17



À vos jeux, prêts, parlez ! (AVJPP)

Par Violaine Baille, Julie-Anne Guidera, Chloé Morel, Géraldine Hilaire-Debove et Nathaly Joyeux

22



« 1Bébé, 1Livre » en Guyane

Par Véronique Garcia

24



L'action « 1Bébé, 1Livre » 2023

Par Aurélien Bresson

25



PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Multilinguisme et « barrière linguistique » en orthophonie et dans le soin

Par Marion Dupuis et Nicole Guinel

29



Les inégalités sociales de santé et la récupération post-AVC - Quelques enjeux pour l'orthophonie

Entretien avec Muriel Darmon

Par Marion Dupuis

34



ÉTHIQUE

Dysphagie, culture et éthique

Par Anne Riltié-Burkhard

37



ODM

Comment soutenir OdM ?

38



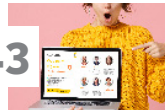
UNADREO

Évaluation des dysarthries et des apraxies de la parole - Quelles approches ?

Webinaire animé par Michaela Pernon

Par Sandrine Basaglia-Pappas

43



Webinaire régional spécial région AURA

Par Sophie Joly-Froment

47



JURIDIQUE

Vos droits dans la maternité

Par Maude Premier

RÉDACTION

78 rue Jean Jaurès - 62330 Isbergues
Tél. 03 21 61 94 91 - Fax : 03 21 61 94 95
redaction@orthoedition.com

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION

Sarah Degiovani

RÉDACTION, ADMINISTRATION

Magali Dussourd-DeParis

magali.dussourd@orthoedition.com

PHOTOS ORTHOEDITION

Morgane Le Galloudec - Christel Helloin

SECRÉTARIAT 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 : © Halfpoint/Adobe Stock

© Inyna/Adobe Stock

© shock/Adobe Stock

© auremar/Adobe Stock

**DADDY
KATE**
P R I N T

Zi des Bataux
62820 LIBERCOURT

ISSN : 0244-9633

LES RÉSEAUX SOCIAUX DE LA FNO



facebook.com/FNO-Fédération-Nationale-des-Orthophonistes-195355200512591



instagram.com/fno_orthophonistes



youtube.com/channel/UCFn2f-scRbtJqP2_nlTSogQ



linkedin.com/in/fno-fédération-nationale-des-orthophonistes-326025222



twitter.com/orthophonistes



vimeo.com/userg3703009



Sarah Degiovani,
présidente de la FNO



60 ans

Juillet 2024 signera le soixantième anniversaire de la publication du décret officialisant le statut légal de la profession d'orthophoniste dans le code de la Santé publique. C'est à cette date que le Certificat de capacité en orthophonie naît, c'est à cette date que les orthophonistes peuvent officiellement porter ce titre s'ils pratiquent, hors de la présence du médecin, des actes de rééducation de la voix, de la parole, du langage oral ou écrit. En somme, c'est la date de naissance de l'orthophonie moderne.

Bien évidemment, l'orthophonie, en tant que discipline, pré-existait à la publication de ce décret. Des femmes, quelques hommes, les fondatrices et fondateurs de notre art, ont peu à peu inventé une profession, un exercice spécifique dédié. Cet exercice était déjà pluriel, et comportait déjà les prémices de ce qui fera notre identité des années plus tard : le soin auprès des patients qui souffrent de difficultés de communication, de langage, de troubles de la déglutition, de surdité, de troubles de la voix.

Mai 2024, notre champ de compétences grandit, il s'élargit et s'approfondit. Au fil des années nous recevons des profils de patient-es de plus en plus variés, des pathologies et des symptômes de plus en plus spécifiques. Notre nomenclature évolue au gré des connaissances scientifiques qui s'accumulent et la définition de notre profession s'étoffe, incluant une expertise reconnue, une capacité de diagnostic, des compétences pour évaluer, pour élaborer un projet thérapeutique en autonomie.

60 ans d'évolutions, 60 ans de luttes, 60 ans de défense de nos patients, 60 ans d'ambition et de projets pour notre profession.

Mais le chemin n'est pas fini, chaque jour nous devons construire, individuellement et collectivement l'avenir de notre profession.

Chaque orthophoniste, par son expertise, par son action individuelle auprès des patient-es et dans son environnement, porte le futur de l'orthophonie. Les enseignant-es, les chercheurs et chercheuses, les clinicien-nés, les libérales, les salariées, les étudiant-es et les syndicalistes sont les actrices et les acteurs de l'empreinte que nous allons laisser.

Les orthophonistes sont reconnu-es par les patient-es, par les usagè-res du système de santé. Nous sommes sollicité-es, sur-sollicité-es, notre expertise est exigée, nos compétences sont requises.

Nous fêterons cette année les 60 ans de la publication d'un décret. Cela peut paraître anecdotique. C'est pourtant un symbole puissant. Un de ces symboles qui doit nous donner confiance en l'avenir, confiance en nos compétences. Notre implication dans le système de Santé publique, en prévention, en promotion de la Santé, en expertise, en rééducation ou en remédiation sont l'alpha et l'oméga de notre place dans un monde de la Santé en mouvement.

C'est pourquoi la FNO a décidé de fêter cet anniversaire le 14 juin au Sénat. Ce sera l'occasion de célébrer notre exercice, nos patient-es, et plus largement l'avenir qui se tient devant nous. Vous êtes toutes et tous évidemment invité-es à cet événement, pour vous joindre à nos réflexions sur l'identité professionnelle, sur la pratique orthophonique et l'évolution de nos pratiques lors de cet événement auquel de nombreux-ses expert-es, parlementaires, responsables politiques et président-es de syndicats seront présent-es.

« La rééducation de la voix, de la parole, du langage oral et écrit ». Il y a 60 ans, ils nous ont fait confiance, soyons confiant-es chaque jour !



Gérer son cabinet, changer de cabinet, fermer son cabinet...

Où trouver les bonnes informations sur internet ?

Elsa Wessbecher, membre de la commission Exercice libéral et les membres du pôle Exercice libéral

Voici quelques sites de référence à découvrir ou à redécouvrir !



Le portail d'accompagnement des professionnels de santé PAPS.SANTE

Ce site a pour objectif d'aider et d'orienter les professionnels de santé notamment dans leur exercice et leur installation.

<https://www.paps.sante.fr/>



Pour une information de proximité, sélectionnez d'abord votre région, puis sélectionnez votre profession, vous aurez alors accès à 6 sujets : la formation initiale ou continue, l'installation et les démarches, les aides individuelles, le remplacement, l'exercice coordonné et la cessation d'activité.



Le guichet unique pour les formalités des entreprises INPI

Ce guichet vous permet de faire toutes les modifications ou changements concernant votre entreprise, en particulier en cas de changement d'adresse.

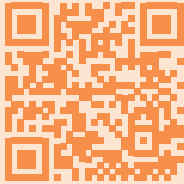
<https://www.inpi.fr/formalites-entreprises/guichet-unique>





Cartosanté

<https://cartosante.atlasante.fr/#c-home>



Vous y trouverez, pour chacune des 8 professions de santé libérales dont les orthophonistes, 4 thématiques : la consommation de soins, l'offre de soins, l'activité des professionnels de santé et l'accès aux soins.

Ce site vous permet d'avoir accès au zonage sur tout le territoire français. Pour certaines régions, c'est encore l'ancien zonage (car les ARS n'ont pas publié le nouveau zonage), pour d'autres, le zonage est récent.

Pour rappel, vous avez la possibilité d'aides à l'installation (contrats incitatifs) dans les zones très sous-dotées (ancien zonage) ou dans les zones sous-denses (nouveau zonage).

C'est un outil qui vous permettra d'obtenir une vision globale de l'offre de soins et des besoins de santé d'une zone géographique en accédant à des données d'activité.

Il vous aidera à répondre à la question : où s'installer en libéral ?

N'hésitez pas à consulter le petit guide proposé par le site pour vous accompagner dans la réalisation de vos études d'un territoire !



Ameli professionnel de santé

Sélectionnez votre profession et votre caisse d'affiliation et accédez à deux onglets :

- « *Textes de référence* » avec notamment notre convention nationale et ses avenants mais aussi les différents contrats incitatifs et leurs modalités ;
- « *Votre exercice libéral* » avec des guides concernant la « *vie du cabinet* » (quelles sont les démarches lors d'une installation, pour remplacer ou être remplacé...), « *facture et rémunération* » (la NGAP, les tarifs conventionnels, la pratique du tiers payant...) et bien d'autres.

Vous pouvez aussi via votre espace pro sécurisé :

- communiquer par écrit avec votre CPAM pour toute demande administrative, technique ou médicale ;
- retrouver vos relevés mensuels de paiement, votre RIA dans « *mes paiements* ».

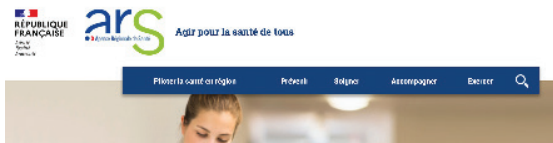
<https://www.ameli.fr/>





Agence régionale de santé, ARS

Là encore, renseignez votre région et vous aurez accès à des informations pour vous guider dans votre installation, votre changement de lieu d'exercice, votre cessation d'activité...



Et bien sûr le site de la FNO !

Vous y retrouverez le livret professionnel (tout juste mis à jour !), tous les numéros de notre magazine *L'Orthophoniste*, les différentes FAQ, les contacts de vos syndicats locaux, les nouvelles fiches pratiques mais encore des articles concernant les aspects juridiques et de gestion comptable, concernant la formation et notamment les budgets annuels dont vous pouvez bénéficier et bien d'autres ressources !

Bonne nouvelle, une refonte du site est en cours, encore un peu de patience, il sera bientôt bien plus fonctionnel et l'accès à ses contenus en sera facilité !



D'autres sites utiles

▪ Data Ameli

L'Assurance maladie met à disposition du grand public un ensemble de données en open data. Vous y trouverez la partie « Data Pathologies » avec des données chiffrées sur une cinquantaine de pathologies. Dans la partie « Data professionnels de santé libéraux » figurent des données chiffrées sur une trentaine de professions dont les orthophonistes.



▪ Agence du numérique en santé

Vous y trouverez des informations sur la e-santé et la cybersécurité.





FNO et salariat

LA PLACE DE LA FNO

Antoinette Lejeune, vice-présidente chargée de l'Exercice salarié

Salariat et représentativité : la place de la FNO

Un syndicat représentatif des salarié·es est interprofessionnel et représente toutes et tous les salarié·es d'un établissement, quelle que soit leur profession.

Un syndicat représentatif des salarié·es a pour rôle :

- de défendre les intérêts des salarié·es ;
- de désigner des délégués syndicaux ;
- d'être présent dans des instances nationales comme par exemple le Conseil économique, social et environnemental (Cese) ;
- de négocier et conclure des accords collectifs (notamment la Convention collective unique)

La loi du 20 août 2008 a modifié les règles de représentativité. La représentativité est réévaluée périodiquement en mesurant l'audience de chaque syndicat lors des élections professionnelles.



Le syndicat doit répondre à 7 critères :

POLITIQUES PUBLIQUES

Quels critères pour la représentativité syndicale ?

AU NIVEAU INTERPROFESSIONNEL

Au moins
8%
des suffrages
aux élections
professionnelles

Au moins
2
ans
d'existence

Respect
des valeurs
républicaines

Nombre
d'adhérents

Indépendance

Transparence
financière

Influence





Pourquoi la FNO ne peut-elle pas être représentative des salarié-es ?

Un syndicat de salarié-es se doit d'être interprofessionnel.

L'audience doit également être de 8 % au niveau national, ce qui représente un nombre de voix extrêmement conséquent (plus de 400 000 voix).

La FNO ne peut donc pas signer des textes concernant l'exercice salarié, ce sont les confédérations syndicales des salariés (comme CFDT, CFTC, CGT, FO, Unsa, SUD...) qui le feront car ce sont elles qui sont représentatives pour les salarié-es.

Pour autant, la FNO est engagée dans les combats en faveur des orthophonistes salarié-es et œuvre au quotidien auprès des

ministères sociaux et de toutes les tutelles gouvernementales, mais aussi auprès des fédérations d'employeurs. Cette action est menée à la fois en notre nom propre mais aussi, parallèlement avec une intersyndicale spécifique aux orthophonistes qui regroupe 7 organisations, dont 4 représentatives des salarié-es.

Ce travail est possible grâce à votre adhésion.

Les actions de la FNO

Mais alors que fait la FNO pour les orthophonistes salarié-es ?

Par son statut de syndicat représentatif des orthophonistes en libéral, la FNO est reçue régulièrement dans les instances publiques et politiques, autant aux plans national que régional ou territorial.

Chacun de ces rendez-vous est l'occasion de porter nos combats, notamment l'importance de l'orthophonie en salariat et d'interpeller nos interlocuteurs et interlocutrices sur la dégradation des conditions de travail (salaire, accès à la formation, place de l'orthophoniste dans l'équipe...).

Les solutions et les propositions de la FNO sont toujours transversales avec une vision globale intégrant les orthophonistes en salariat et les orthophonistes en libéral.

Les patient-es doivent pouvoir bénéficier de soins en orthophonie à toutes les étapes de leurs besoins, que ce soit à l'hôpital, en établissement médico-social ou en libéral. Les soins apportés dans les structures, quelles qu'elles soient, doivent l'être par des orthophonistes respectés dans leur expertise et leur autonomie, formés selon leurs besoins et rémunérés en adéquation avec leur niveau de formation.

fno FÉDÉRATION NATIONALE DES ORTHOPHONISTES

ORTHOPHONISTES SALARIE-ES POURQUOI ADHÉRER ?

LA FNO AGIT POUR LE SALARIAT

VOTRE VOIX COMPTE, REJOIGNEZ NOUS !

- 1** SOUTENIR NOS ACTIONS EN FAVEUR DE LA RECONNAISSANCE DE L'ORTHOPHONIE ET NOTRE TRAVAIL AUPRES DES POUVOIRS PUBLICS
- 2** OBTENIR DES INFORMATIONS FIABLES ET VÉRIFIÉES
- 3** ÊTRE ACCOMPAGNÉ·E ET OBTENIR DES RÉPONSES PERSONNALISÉES
- 4** RECEVOIR LA LETTRE INFO TRIMESTRIELLE DEDÉE À L'EXERCICE SALARIÉ
- 5** ÊTRE ABONNÉ·E L'ORTHOPHONISTE

Et plein d'autres avantages !

La FNO est également engagée au sein de l'intersyndicale des orthophonistes avec la CFTC fédération santé sociaux, la CGT-UFMICT, la FNEO, FO, la FOF et Sud santé sociaux.

La FNO soutient toutes et tous les orthophonistes quel que soit leur mode d'exercice.



≡ Nos combats

Quelles sont les revendications portées par la FNO lors des rendez-vous politiques ?

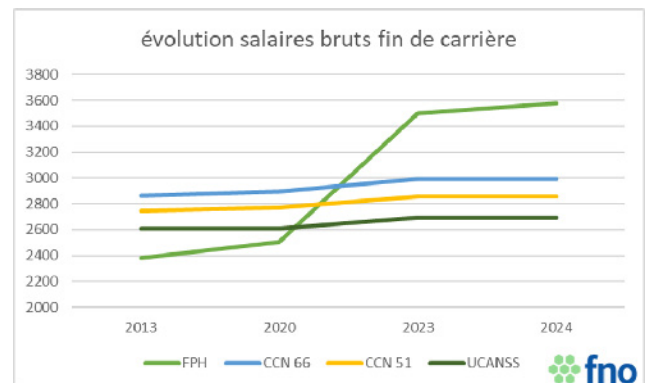
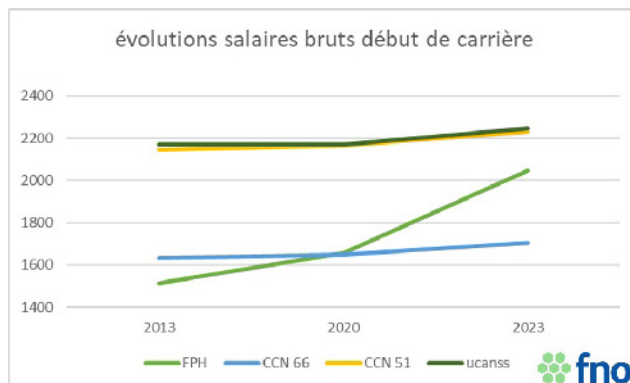
Augmentation des salaires

10 ans après l'obtention du master, **l'évolution des salaires se fait terriblement attendre.**

Si la fonction publique hospitalière a connu quelques augmentations, les secteurs privé et médico-social attendent toujours.

Les graphiques ci-dessous montrent l'évolution des salaires bruts en début et fin de carrière.

La différence entre la fonction publique et les autres conventions ne pourrait être plus claire !



Reconnaissance des compétences des orthophonistes et obtention du statut de cadre

La FNO réaffirme l'importance du travail des orthophonistes au sein des structures. Pour cela, les orthophonistes doivent être reconnus dans leurs compétences et leur expertise. Les bonnes conditions de travail ne s'arrêtent pas à la seule question des salaires ! Le grade master et l'accès direct devraient nous per-

mettre d'obtenir un statut de cadre, non reconnu aujourd'hui. Ce statut de cadre est à différencier du rôle du cadre de santé, il n'est ni hiérarchique, ni lié à l'équipe de direction.

La FNO demande donc à ce que l'autonomie des orthophonistes soit reconnue.

Création de postes

On le sait tous, il manque des postes d'orthophonistes partout. L'absence ou le peu de postes d'orthophonistes salariées ne permet pas de répondre à l'ensemble des demandes. Malgré cela, aucune création de poste n'est envisagée et les patient-es sont réorienté-es vers le libéral déjà submergé. C'est insupportable pour les orthophonistes en salariat, les orthophonistes en libéral et les patient-es !

Il est urgent de créer des postes et de mettre les moyens budgétaires et humains pour qu'il y ait des orthophonistes dans toutes

les structures où cela est nécessaire !

De plus, les orthophonistes en salariat sont des maîtres de stages précieux pour les étudiant-es en orthophonie ; nous avons besoin de ces postes pour former les futures praticien-nés mais également les étudiant-es de toutes les autres professions de santé à l'ensemble des pathologies de notre large champ de compétences.

Ainsi, la FNO continue de demander des créations de postes dans tous les secteurs.



Titularisation dans la Fonction publique

Trop peu d'orthophonistes parviennent à obtenir une titularisation. Or, celle-ci est possible dès 50 % de temps de travail et a plusieurs avantages, notamment lorsque l'orthophoniste sou-

haite une carrière longue en fonction publique.

La FNO demande donc que chaque orthophoniste qui le souhaite puisse être titularisé-e.

Augmentation du taux promu /promouvable dans la Fonction publique

Le nombre d'orthophonistes de la Fonction publique pouvant passer sur la grille de classe supérieure est défini, chaque année, par un décret. Les orthophonistes ont le même taux que les kinésithérapeutes qui sont beaucoup plus nombreux et nombreuses.

Pour l'année 2024, ce taux est de 13 %, ce qui est bien trop bas au vu du nombre d'orthophonistes par établissement public.

La FNO réclame donc un taux qui soit en adéquation avec la réalité de notre profession.

Statut hospitalo-universitaire

Ce statut permettrait de faciliter et de pérenniser le cumul des missions cliniques, d'enseignement et de recherche, sur le temps de travail de tous les orthophonistes qui le souhaitent. Cette implication professionnelle est déjà généralement assumée par les orthophonistes de façon non statutaire, rendant ce

travail invisible.

La FNO tient à valoriser l'engagement des orthophonistes dans la recherche et l'enseignement en veillant à ce que les contours de ce statut correspondent au niveau d'expertise, aux missions et aux responsabilités de l'orthophoniste.



La FNO défend de nombreux autres sujets qui impactent la profession dans son ensemble et donc aussi le salariat, notamment :

- l'augmentation des quotas à l'entrée des CFUO ;
 - la protection et l'évolution de notre champ de compétence ;
 - la reconnaissance et la valorisation de tous nos domaines de compétence et de toutes nos missions ;
 - etc.
-

Les ressources

Salariat : l'information fiable et vérifiée

La FNO met à disposition de ses adhérent·es de nombreuses ressources afin de disposer d'une information claire, fiable et vérifiée.

Concernant le salariat, quelles sont les ressources disponibles pour les adhérent·es ?

■ Les grilles salariales

Les grilles de salaires des orthophonistes salarié·s sont disponibles sur le site de la Fédération nationale des orthophonistes (fno.fr)



■ Une foire aux questions

Si des questions vous semblent utiles à ajouter, n'hésitez pas à nous les faire parvenir. Quelques exemples :

Quelles sont les démarches administratives à réaliser pour exercer en salariat ?

Le rendez-vous à l'ARS et plus précisément à la Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé suffit pour exercer en salariat en enregistrant son diplôme.

Comment trouver les postes vacants ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez envoyer des candidatures spontanées car il arrive fréquemment que les établissements ne recherchent plus activement de professionnels.

Contactez les syndicats locaux (régionaux ou départementaux) qui sont souvent au courant des postes vacants. Vous pourrez consulter prochainement le portail en cours d'élaboration par la FNO, répertoriant les annonces des employeurs.



Toutes les ressources réservées aux adhérent·es

- Des articles dans le magazine *L'Orthophoniste*
 - Avancement de carrière et négociations salariales
 - Les négociations à l'embauche, mode d'emploi
 - Création de temps orthophonie au CHU
 - Avantages et inconvénients de l'exercice salarié
- Les lettre-infos spécifiques au salariat tous les trimestres
 - Le droit à la grève
 - DPC et exercice salarié
 - L'entretien annuel
- Des publications sur les réseaux sociaux sur [Facebook](#) et [Instagram](#)
- Des réponses personnalisées par mail ou par téléphone

Pour 2024, la FNO via la commission exercice salarié a de nouveaux projets spécifiquement pour vous :

- La création d'un portail pour les annonces en salariat. Une fiche type sera proposée aux employeurs afin d'avoir toutes les informations utiles à vos décisions.
- La création de fiches pratiques en lien avec le salariat.
- Un webinaire « réponses aux adhérents » a eu lieu le lundi 25 mars et un replay est disponible...

Liens vers les documents

juin 2023



septembre 2023



La commission Exercice salarié

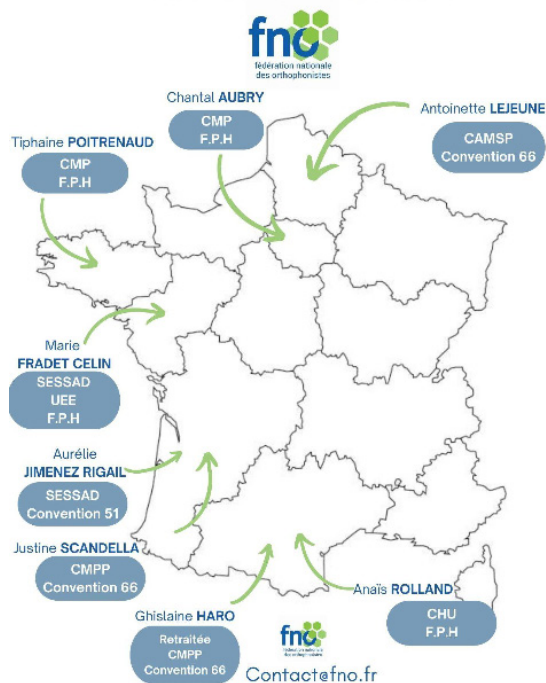
La FNO, c'est aussi une commission dédiée à l'exercice salarié.

Elle est composée de 8 membres : Antoinette Lejeune, orthophoniste, VP en charge de l'exercice salarié ainsi que 7 orthophonistes salariées de différentes régions.

Cette commission se réunit pour traiter des différentes problématiques, des sujets d'actualités et de l'avenir de la profession en lien avec le salariat.

- Antoinette Lejeune : Hauts-de-France, Camsp, convention 66
- Justine Scandella : Nouvelle-Aquitaine, CMPP, convention 66
- Aurélie Jimenez : Nouvelle-Aquitaine, Sessad Handicap moteur polyhandicap, convention 51
- Marie Fradet-Célin : Pays de la Loire, Sessad Autisme & UEE surdité, FPH
- Chantal Aubry :  le-de-France, CMP pédopsychiatrie, FPH
- Tiphaine Poitrenaud : Bretagne, CMP pédopsychiatrie, FPH
- Anaïs Rolland : Occitanie, neurologie, laryngologie, FPH
- Ghislaine Haro : Occitanie, retrait e CMPP, convention 66

VOTRE COMMISSION EXERCICE SALARIÉ



La FNO accompagne les orthophonistes qui souhaitent débuter une activité salariée :

- décryptage des contrats de travail ;
- explications et partage des différentes grilles de salaires et du mode de calcul ;
- conseils sur les négociations à l'embauche (dans ce mode d'exercice le salaire est important mais pas uniquement).

La FNO appuie les initiatives locales de défense de l'exercice salarié :

- en fournissant des documents ;
- en échangeant par téléphone, visio... ;
- en discutant des stratégies à mettre en place...

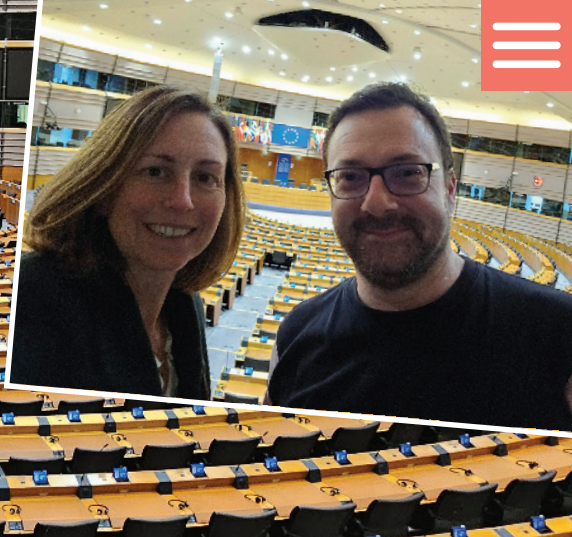
Vous êtes salariée ?

Vous souhaitez rendre plus visible cet exercice dans votre région ?

Devenez porte-parole de proximité pour diffuser les informations et répondre aux questionnements des orthophonistes de terrain.



Actualités européennes



Jean-Laurent Astier, chargé de mission Europe et affaires internationales

À l'occasion de la journée européenne de l'orthophonie, à laquelle la FNO s'associe, et qui a eu lieu le 6 mars dernier, l'association européenne de l'orthophonie (ESLA, anciennement CPol), a organisé un événement inédit au sein du Parlement européen de Bruxelles. L'objectif de cette journée est de faire connaître au grand public la profession d'orthophoniste et ses spécificités.

Chaque année une thématique particulière est choisie sur laquelle nous faisons un gros plan afin de sensibiliser les publics sur les différents champs que recouvre l'orthophonie. Habituellement, les thèmes choisis portent sur une thématique de la pratique clinique (l'aphasie, la dyslexie, la voix, la déglutition ou encore les maladies neurologiques évolutives, par exemple). Cette année était l'occasion d'évoquer la collaboration interprofessionnelle et avec les aidants. Il s'agissait, bien entendu, de rappeler que les orthophonistes ne se contentent pas seulement de prendre en charge les troubles de nos patients en séance individuelle mais interviennent aussi sur l'entourage, prennent en compte les conditions de vie et les situations réelles de tous les jours, propres à chacun. Ainsi, les orthophonistes conseillent et peuvent orienter les patients vers d'autres professionnels de santé afin d'assurer la meilleure prise en charge globale possible.

L'événement organisé par ESLA s'est déroulé en présence de membres du Parlement, de chercheurs, de patients, d'aidants familiaux et d'orthophonistes

clinicien·nes, afin de mettre l'accent sur les partenariats essentiels dans l'amélioration de la qualité de vie de nos patients. Sarah Degiovani, présidente, et Jean-Laurent Astier, chargé de mission Europe et affaires internationales, étaient présents pour la FNO. Nous avons assisté à la présentation de cas cliniques qui illustrent ces pratiques, à des conférences portant sur les recherches actuellement menées dans d'autres pays européens. Sarah Degiovani est intervenue lors d'une table ronde afin de présenter la formation initiale et continue des orthophonistes en France, les conditions d'exercice, a réaffirmé l'importance du diagnostic orthophonique et rappelé notre autonomie et notre responsabilité professionnelles.

Le lendemain, nous avons assisté à l'assemblée générale d'ESLA, organisation parapluie mono-professionnelle, composée de 35 associations ou syndicats professionnels répartis sur 30 États appartenant à l'Europe géographique. Lors de cette assemblée générale ont été évoqués le fonctionnement interne de l'association, les moyens de financement et les orientations politiques prioritaires pour l'année à venir.

La mise à jour du référentiel métier de l'orthophonie au niveau européen (*Speech Therapy Act*) détaillant la formation, les compétences et les activités réalisées par les orthophonistes dans le cadre de leur exercice, a également été présenté. Malgré une grande diversité de la profession au sein de l'UE (au niveau de la réglementation, de la formation initiale, des conditions d'exercice et des ministères de rattachement), ce document détaille toutes les valeurs, les connaissances et compétences communes et situe à ce jour la formation nécessaire pour les acquérir au niveau 7 (sur 8) du Cadre européen des certifications (CEC). En France, depuis 2013, le Certificat de capacité d'orthophoniste (CCO), inscrit au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) sous le n° 34.160, correspond bien à ce niveau, qui correspond au grade master. La France, bien que n'ayant pas encore de filière doctorale dédiée à l'orthophonie, figure néanmoins parmi les pays où la formation initiale des orthophonistes est la plus complète, avec un champ d'exercice très étendu, et un niveau de responsabilité et d'autonomie très élevé.



Les orthophonistes se mobilisent autour de la **Journée nationale de l'audition (JNA)**

Nathalie Scarsi-Bounine, secrétaire générale de la FNO, Sophie Garrabos-Fournié, membre de la commission Prévention et promotion de la santé et Aurélien Bresson, vice-président chargé de la Prévention et de la promotion de la santé

Cette année, la JNA met en avant les acouphènes

Chaque année, c'est plus de 2 500 acteurs de la santé et de la prévention qui se mobilisent sur le territoire pour informer, sensibiliser, mobiliser. Cette année il s'agissait de faire entendre la cause des acouphènes pour une meilleure santé de toutes et tous et partout.

Selon l'estimation réalisée lors de l'enquête Ifop-JNA en 2018, 16 millions de

Français, y compris des enfants, étaient concernés par les acouphènes dont 4 à 7 millions de manière permanente.

740 millions de personnes seraient concernées dans le monde dont 120 millions avec une forme sévère.

10 ans après la première campagne nationale consacrée à l'information et l'alerte sur ces symptômes, les experts

de l'association JNA, en association avec France Acouphènes, tirent une nouvelle fois la sonnette d'alarme. Ces symptômes ne sont toujours pas reconnus parmi les handicaps invisibles invalidants malgré leurs effets délétères sur la santé des personnes concernées et l'impact des pratiques d'expositions sonores.

Les acouphènes ont des répercussions sanitaires, sociales et économiques

Sur le plan sanitaire, par méconnaissance, les personnes concernées par ces bruits entendus par elles seules et dans leur tête, ne consultent pas et l'existence des acouphènes restent méconnue du grand public.

Sur le plan social, cela peut conduire à un isolement de la personne entraînant une dégradation des relations sociales et personnelles. Les personnes présentant des acouphènes ne sont pas accompagnées. L'édition 2024 de la JNA est également

l'occasion de présenter le poids économique et social des acouphènes en France. Dans le but d'évaluer l'impact économique de ce phénomène, les coûts directs et indirects et d'apporter les arguments pour la reconnaissance de ces symptômes parmi les handicaps invisibles invalidants, l'association JNA et l'association de patients France Acouphènes ont initié l'étude scientifique Pésa (Étude du poids social et économique des acouphènes).

Vous pouvez retrouver les résultats de cette enquête sur le lien suivant :

<https://www.journee-audition.org/images/cp/cp-JNA-FA-Etude-fardeau-acouphenes-2024.pdf>





Les causes des acouphènes et le rôle des orthophonistes en prévention

Cette étude indique un âge moyen de survenue des premiers symptômes de 41,1 ans \pm 15,5 ans. Elle montre aussi que chez les moins de 50 ans, la cause provient plus souvent d'un traumatisme acoustique. La plus grande cause d'acouphènes est donc une cause évitable. Les orthophonistes ont un rôle essentiel dans

la prévention et l'information et contribuent activement à la diminution des traumatismes sonores (présence dans les concerts et les festivals, information grand public, distribution de bouchons d'oreilles par les associations de prévention en orthophonie...).

Chez les personnes âgées, l'apparition

est plus progressive et vient avec la perte auditive (presbycusie, perte liée à l'âge). Là encore, le repérage et l'accompagnement en orthophonie, complémentaire avec l'appareillage, permet un gain auditif, une meilleure acceptation de l'appareillage et une amélioration de la qualité de vie.



Le rôle des orthophonistes dans les acouphènes

Les orthophonistes occupent un rôle central dans la prévention et la prise en soins des troubles auditifs et des

acouphènes. En effet, en tant que professionnelles de la communication, l'audition est un sens dont nous nous soucions, au quotidien, lors de nos séances : la boucle audio-phonatoire, la conscience phonologique, les déficits auditifs innés ou acquis... mais aussi « l'audition complexe », celle qui allie audition et cognition puisque l'audition est une fonction qui permet de développer les fonctions exécutives. La thérapie auditive-cognitive a montré son intérêt sur la diminution de l'effort

d'écoute, le maintien de la communication (notamment en milieu bruyant), le maintien des capacités de socialisation et de la réserve cognitive et la réduction des troubles neurocognitifs.

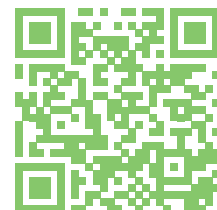
L'orthophoniste va aider les patientes à mieux connaître les acouphènes et à agir pour les rendre supportables. Des conseils pourront être donnés d'une part pour éviter qu'ils n'apparaissent mais d'autre part pour mettre en place des stratégies quand ils apparaissent et ainsi diminuer leur impact sur le quotidien du patient.



Les actions de la FNO dans le cadre de la JNA

Afin de mettre en avant le rôle des orthophonistes dans l'accompagnement des patients porteurs d'acouphènes, nous avons interrogé Isabelle Goumy, orthophoniste à l'Institut régional des jeunes sourds de Provence. Elle a ainsi pu expliquer le phénomène des acouphènes, sensation auditive non produite par l'extérieur, et donner des pistes pour améliorer le confort des patients et leur donner des conseils pour éviter la survenue d'acouphènes.

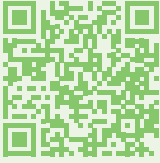
Cet entretien a fait l'objet d'un podcast que vous pouvez retrouver ici : <https://podcloud.fr/podcast/fnocast>



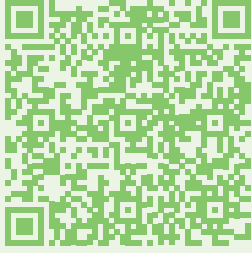


Dans le cadre de la JNA, nous avons publié un communiqué de presse pour demander la création d'actes de prévention et d'actes d'accompagnement des aidants de personnes touchées par les troubles de l'audition.

Vous pouvez le retrouver ici :
https://fno.fr/20240312_journee-nationale-de-laudition/



La FNO est également cosignataire de la tribune « Pour que la santé auditive soit enfin au cœur de la politique de santé publique ».
https://www.fondationpour-laudition.org/sites/default/files/2024-03/Tribune%20FPA_JNA_FA_Avec%20signataires.pdf



Enfin, nous avons participé au petit-déjeuner parlementaire organisé le 13 mars par la Fondation pour l'audition, dont nous sommes partenaires depuis 2018.

La FNO au petit-déjeuner parlementaire du 13 mars 2024

À l'orée de la Journée nationale de l'audition 2024, La Fondation pour l'audition a réuni l'ensemble des acteurs concernés par la santé de l'audition autour d'un petit-déjeuner « Pour que l'audition et les surdités soient au cœur des politiques publiques ».

Les conviées se sont retrouvées au sein de l'Assemblée nationale pour une réunion présidée par Jean-Pierre Meyers, président de la FPA et 4 députées, Christine Le Nabour, Cyrille Isaac-Sibille, Philippe Fait et François Gernigon, qui sont impliqués au sein de différentes commissions autour du handicap, de la santé et de l'intégration du handicap dans la société. La Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) était également représentée par la D^{re} Grenier. La FNO a répondu présent à l'invitation. Sophie Garrabos-Fournié, membre de la commission Prévention et Promotion de la santé, était donc aux côtés de nombreuses associations représentant les personnes sourdes, acouphéniques et malentendantes et des professionnels de l'audition (médecin ORL, audiologiste, audioprothésiste, psychologue et orthophoniste). La FPA a exposé son ambition de mobili-



ser les politiques autour de l'enjeu social et économique qu'est la santé auditive. L'objectif est de fédérer les acteurs à travers les problématiques (la perte d'audition commence de plus en plus jeune et/ou est de plus en plus importante) mais surtout autour de nouveaux espoirs (recherche médicale, amélioration des performances prothétiques, accompagnement pluriprofessionnel...). La prévention primaire, notamment avec le dispositif 100 % Santé, est mise en avant car elle est capitale pour une meilleure information

sur les conséquences sociales et cognitives de la perte d'audition et éviter des fragilités ou des prises en soins. Les orthophonistes sont des acteurs et actrices essentielles de la promotion de la santé auditive et de la prise en soins de l'audition des patients et de leurs aidants.

La FNO est d'ores et déjà au centre des différents travaux de réflexion, de sensibilisation et de recherches menés autour de l'audition pour une meilleure santé auditive.

Vous êtes prêts ?



A vos jeux, prêts, parlez !

Violaine Baille, orthophoniste (APO 04-05), Julie-Anne Guidera, orthophoniste (APROPO), Chloé Morel, orthophoniste (APPOR), Géraldine Hilaire-Debove (Unadréo) et Nathaly Joyeux (Lurco-ERU40), membres du Copil AVJPP

“ À vos jeux, prêts, parlez ! (AVJPP) est une action de prévention primaire et partenariale entre les services de Protection maternelle et infantile (PMI) et les orthophonistes, à destination des familles. Elle a comme objectif premier la lutte contre les inégalités langagières précoces, source des inégalités sociales de demain. Elle est majoritairement impulsée par les orthophonistes du territoire, membres d'une association de prévention locale souhaitant s'engager en prévention et réalisée en co-animation avec un professionnel de PMI. ”

Pourquoi intervenir en PMI ?

Lors des échanges des orthophonistes avec les personnels de santé des PMI, les difficultés significatives dans le développement langagier de nombreux enfants issus de milieux défavorisés ont été régulièrement rapportées. Ce constat est confirmé par la littérature qui souligne en outre la nécessité d'intervenir précocement afin de prévenir

ces difficultés langagières dans la mesure où il apparaît qu'elles auraient un impact sur les résultats scolaires, puis sur le développement socio-économique et même la santé à l'âge adulte (Grobon *et al.*, 2019). Les associations de prévention en orthophonie ont donc souhaité lancer une recherche-action : AVJPP.



L'action

Par une approche innovante et collaborative, plusieurs associations de prévention en orthophonie à travers la France ont décidé d'unir leurs connaissances en matière d'approche préventive précoce (GTM-ODL, 2017) et leur expertise concernant le développement du langage afin de créer des ateliers parents-enfants qui pourraient être menés en PMI.

En partenariat depuis 2020 avec l'Unadréo (Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie) et l'Ansa (Agence nouvelle des solidarités actives) et depuis 2023 avec la FNO (Fédération nationale des orthophonistes), les orthophonistes de ces associations de prévention ont donc développé un

programme de prévention primaire qui est proposé aux PMI volontaires à travers des ateliers parents-enfants. Ce programme a pour objectif principal de prévenir les inégalités de développement de la communication chez les enfants de 0 à 3 ans 11 mois. En étroite collaboration avec les professionnelles de PMI, il vise à évaluer la pertinence et l'impact d'une intervention de prévention primaire menée par des orthophonistes en service de PMI.

En amont des ateliers proposés aux parents repérés par la PMI, le programme prévoit un volet de formation pour les orthophonistes qui interviennent, ainsi que pour les professionnels de PMI qui coaniment les ateliers.

L'intervention auprès des parents s'organise en un cycle de 4 ateliers dont les thématiques sont clairement liées au quotidien (la toilette, le repas, la sortie et le coucher) afin de souligner ces moments propices aux interactions. Les familles sont alors invitées à la réflexion à travers des temps ritualisés comme les saynètes à commenter, jouées par les professionnelles, les vrais-faux, le jeu libre autour du « Sac à blabla » (grand sac qui est mis à disposition des participants et rempli d'objets quotidiens sans grande valeur, pour illustrer l'idée que l'on n'a pas besoin de grand-chose pour faire naître des situations de communication) ou encore la construction d'un jeu à ramener chez soi.



Figure 1 L'architecture d'un atelier AVJPP (extrait de Guidera et al., 2023)



Illustration 1 : contenu d'un « sac à blabla »

Les ateliers sont très collaboratifs et les animateurs et animatrices sont dans une posture horizontale avec les familles. Il s'agit de créer les conditions d'une rencontre dont la qualité va permettre la mise en place d'un partenariat avec les parents afin d'échanger sur les stratégies de soutien au développement langagier et de soulever des notions transversales comme les écrans, le plurilinguisme, l'importance du jeu et la place du livre.

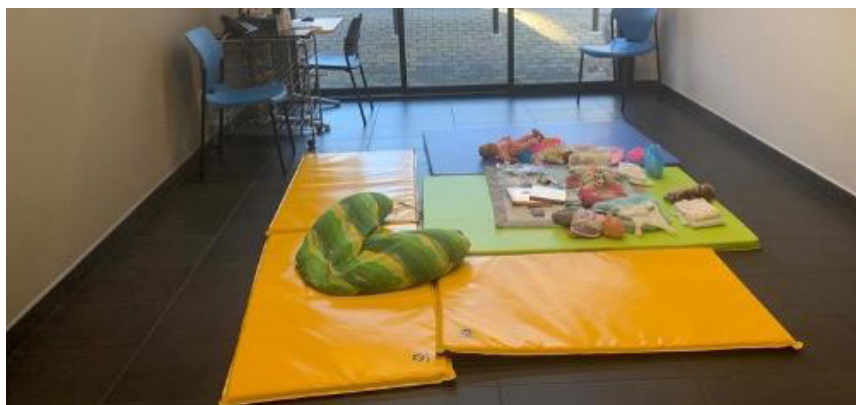


Illustration 2 : installation d'un atelier



Illustrations 3a & 3b : création de jeux pour stimuler le langage et la communication

Une première étude déjà réalisée***

L'évaluation

Présentée par Guidera *et al.* (2023) lors des 23^{es} Rencontres internationales d'orthophonie, la recherche-action « AVJPP » est évaluée par des questionnaires concernant les habitudes et ressentis parentaux, qui sont proposés à chaque parent avant et après leur

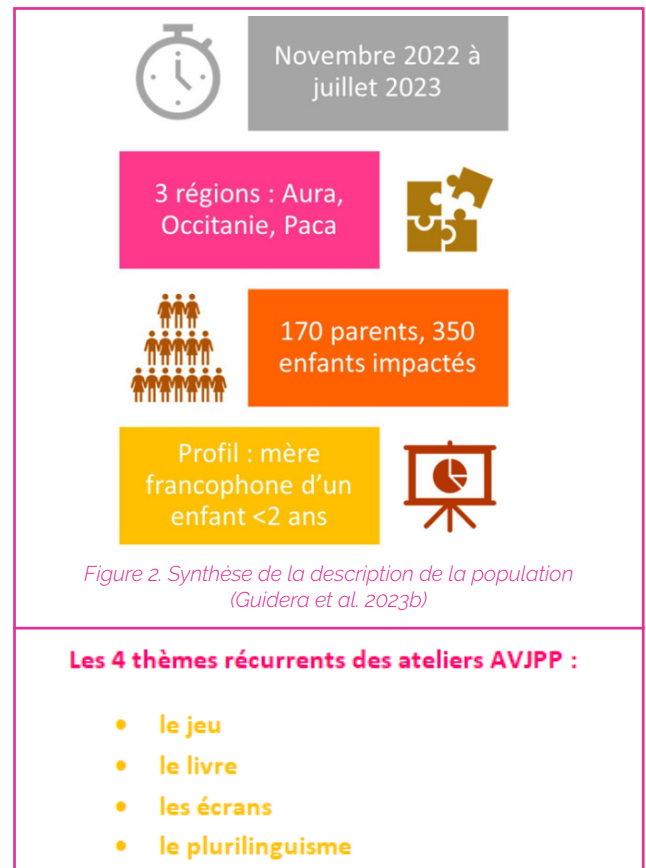
participation aux ateliers. Un questionnaire de satisfaction leur est également présenté à la fin de chaque atelier. Ces questionnaires ont été écrits en Falc (Facile à lire et à comprendre) et ont été traduits en quatre langues : l'anglais, le chinois, l'arabe et le turc.

Résultats préliminaires

Depuis les premiers ateliers en novembre 2021, cette recherche-action connaît un succès grandissant et s'améliore continuellement grâce au travail intense et à l'expertise des orthophonistes qui participent au projet. Les résultats de l'étude préliminaire portent sur les données recueillies des mois de novembre 2022 à juillet 2023, dans trois régions administratives de France, à savoir Auvergne-Rhône-Alpes (AURA), Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

Au total, 39 cycles de 4 ateliers ont été dispensés dans les PMI de six départements. 170 parents ont participé à au moins 1 atelier et près de 350 enfants ont été bénéficiaires de l'action de manière directe ou indirecte. Selon les premiers résultats analysés par l'Unadréo et publiés dans Guidera *et al.* (2023), le profil du participant-type est une mère francophone d'un seul enfant de moins de 2 ans. Les premiers résultats issus des questionnaires parentaux sont très encourageants :

- 92 % des répondants considèrent que les ateliers AVJPP ont répondu à leurs attentes ;
- 89 % des répondants estiment que les ateliers leur apportent des idées à appliquer avec leur enfant et 67 % d'entre eux pensent changer des choses dans leur quotidien ;
- 42 % déclarent avoir davantage confiance en eux en tant que parent (augmentation du sentiment de compétence parentale). Les changements de comportements se confirment dans les réponses aux questions portant sur les quatre thèmes récurrents des ateliers AVJPP.



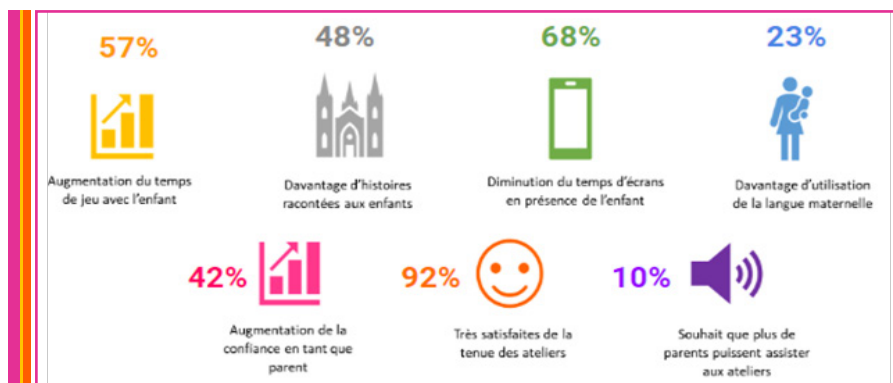


Figure 3 : Synthèse des résultats de l'enquête post-ateliers (Guidera et al., 2023b)

En effet, lors du questionnaire post-ateliers :

- 57 % des parents déclarent jouer davantage avec leurs enfants ;
- 48 % d'entre eux disent raconter plus d'histoires ;
- 68 % notent passer moins de temps sur leurs écrans en présence de leurs enfants ;
- quant à l'usage de leur langue maternelle, ils sont 23 % à l'utiliser plus souvent avec leurs enfants après le cycle d'ateliers.

Une forte mobilisation de la profession dans le cadre de cette recherche-action !

Au mois de juillet 2023, nous comptons :

- 11 associations de prévention en orthophonie (mobilisées dans 12 départements) prêtes à mettre en place le projet AVJPP ;
- plus de 250 professionnelles de PMI formées à l'action ;
- au moins 1 cycle de 4 ateliers proposé dans 34 PMI.

Durant le second semestre 2023, 30 nouveaux cycles d'ateliers ont été réalisés et 14 nouvelles PMI ont participé à l'action. En 2024, l'essaimage se poursuit avec 29 nouveaux cycles programmés et de nouvelles associations de prévention en orthophonie qui rejoignent le projet !

 Si vous souhaitez en savoir plus, contactez-nous : prevention.avjpp@gmail.com

Bibliographie

*Grobon, S., Panico, L., & Solaz, A. (2019). Inégalités socio-économiques dans le développement langagier et moteur des enfants à l'âge de 2 ans. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (1), 2-9.

**GTM-ODL (2017). *Le concept d'orthophonie communautaire. Cadre théorique et pratique*. Groupe de travail montréalais - Orthophonie et développement du langage (GTM-ODL).

***Guidera, J.A., Joyeux, N., Morel, C. & Hilaire-Debove, G. (2023). « À vos jeux, prêts, parlez ! », une action nationale de prévention primaire en service de Protection maternelle infantile. Étude préliminaire. Dans S. Basaglia-Pappas & G. Hilaire-Debove (Eds.) *Langage oral : état des pratiques orthophoniques et de la recherche*. Ortho Édition.



© Ieszekglasner/Adobe Stock



Carte d'identité de l'action AVJPP

AVJPP c'est quoi au juste ? On vous dit tout...

Pour les parents destinataires, qu'est-ce que cette action apporte ?

- Une sensibilisation aux interactions et au développement langagier des tout-petits, les repositionnant dans leur rôle de premiers éducateurs et éducatrices de leur enfant.
- Une déconstruction des idées reçues des parents sur le développement du langage et de la communication de type « mon bébé ne comprend pas les mots, cela ne sert à rien de lui parler », « je dois parler le français à mon enfant pour qu'il l'apprenne même si ce n'est pas ma langue familiale privilégiée ».
- Un soutien à la parentalité dans la période charnière des 1 000 premiers jours de vie de leur enfant en les outillant concrètement sur la base des recommandations des plans nationaux actuels.
- Un lien social entre les familles autour du partage d'expériences. Les ateliers AVJPP offrent un espace d'expérimentation entre pairs et d'accès gratuit à l'information dans un lieu connu, sécurisé et accueillant représenté par la PMI.

Pour les équipes de PMI partenaires de l'action, quelle est la plus-value ?

- Une actualisation des connaissances en matière de développement du langage et de la communication chez le jeune enfant.
- Des arguments solides et étayés par la recherche neuroscientifique à donner aux familles, autour des préconisations qui favorisent le développement du langage.
- Une proposition d'action collective supplémentaire à destination des familles dans le domaine de la prévention du langage et de la promotion de la santé.
- Une expérience de partenariat riche entre les orthophonistes et les professionnelles de la petite enfance où le binôme est acteur et actif sur l'ensemble de l'action.

Et les orthophonistes dans tout ça, quels bénéfices ?

- Une opportunité « clé-en-main » d'agir en prévention primaire et secondaire, différente de l'approche rééducative classique tout en étant rémunérés à la hauteur de l'investissement fourni.
- Un engagement fort en lien avec le contexte actuel d'engorgement des cabinets d'orthophonie et dans un souci d'enjeu de santé publique.
- Un lien différent avec les familles dans le cadre de l'animation d'un collectif contrairement aux accompagnements individuels réalisés en cabinet.
- Une reconnaissance de l'intérêt de l'intervention des orthophonistes dans les institutions au sein du service public en général.

AVJPP, ce n'est pas...

- ✗ Des séances d'orthophonie en groupes à la PMI.
- ✗ Un cours théorique apporté aux parents avec des méthodes toutes faites.
- ✗ Un bilan orthophonique offert aux parents qui ne trouveraient pas d'orthophonistes en libéral.
- ✗ Une place hebdomadaire dans la file active de l'orthophoniste animatrice.





« 1Bébé, 1Livre » en Guyane

Véronique Garcia, membre de l'URPS

“ Le 16 novembre 2023 a eu lieu, dans différentes communes de Guyane, la première édition de l'action nationale « 1Bébé, 1Livre ».

Les orthophonistes présentes dans les services de PMI (Protection maternelle et infantile) et la maternité du CHC (Centre hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon) ont reçu un accueil chaleureux de la part des professionnel·les de santé et des parents.

En effet, les parents ont reçu un dépliant sur la prévention du langage, traduit dans différentes langues. Quant aux bébés, un livre d'une édition locale leur a été offert.

Prévenir, conseiller et rassurer étaient les missions des neuf orthophonistes.

”

La Guyane késako ?

La Guyane, nom d'origine arawak, qui signifie « terre d'eaux abondantes » est une région française située en Amérique du Sud avec sa verdoyante forêt amazonienne.

En 2020, la population guyanaise est estimée à environ 285 100 personnes. Une population jeune dont la moitié a moins de 25 ans. De plus, la Guyane présente le deuxième taux de natalité le plus élevé de France soit 27,5 pour mille.

Aussi, la particularité de ses frontières, surinamaïse au nord et brésilienne au sud font d'elle une terre d'immigration où se côtoient différentes communautés. En effet, une population multiethnique, une diversité de langues et de cultures font sa singularité.

La langue véhiculaire est le créole guyanais. Elle rassemble les différentes communautés de la Guyane (Amérindiens, Bushinengés*, Créoles, Brésiliens, Anglais du Guyana, Chinois, etc.).

C'est une langue à base lexicale française qui puise aussi ses sources dans les langues des différents pays ayant tenté de coloniser la Guyane. C'est pourquoi, nous retrouvons un lexique influencé par l'anglais, le portugais et le néerlandais. De même, les langues amérindiennes, autochtones, ont étoffé le lexique de la faune et la flore.

Ainsi le créole guyanais est une langue en constante évolution parlée jusqu'aux frontières à Albina (Surinam) et l'Amapa (Brésil).

* Bushinengé : descendants d'esclaves africains ayant fui les plantations de l'ancienne colonie hollandaise (Surinam)



Être orthophoniste en Guyane

Aujourd'hui la région Guyane compte une vingtaine d'orthophonistes répartis majoritairement sur le littoral entre Cayenne et Saint-Laurent. Soit 9 orthophonistes pour 100 000 habitants.

De nombreuses parties du territoire ne sont pas pourvues en professionnel·les de santé, telles les communes situées sur le fleuve Maroni, le sud-ouest de la région ainsi que l'intérieur. Alors, se pose la problématique de la prévention et de l'accès aux soins pour ces populations. L'orthophonie en Guyane, c'est une vie au soleil entre la forêt amazonienne et l'océan Atlantique, rythmée par la saison sèche et les saisons des pluies.

Adaptabilité et flexibilité sont des qualités de l'orthophoniste en Guyane. En effet, dans une même journée l'orthophoniste use de ses connaissances linguistiques pour communiquer en français, créole, portugais, espagnol, anglais ou le sranantong**, pour ne citer que ces langues. Aussi, le soin est perçu différemment selon les us et coutumes de chaque culture qui pour beaucoup sont encore ancrées dans la médecine traditionnelle et ancestrale loin des pratiques contemporaines et modernes.

** Sranantango : créole surinamien



Première édition de l'action « 1Bébé, 1Livre »

Ainsi, pour la première fois s'est déroulée l'action « 1Bébé, 1Livre » en Guyane.

Différentes communes (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent du Maroni, Matoury, Remire-Montjoly et Mana) ont montré un engouement pour cette première édition. Les orthophonistes se sont rendu·es dans des PMI et également à la maternité du Centre hospitalier de Cayenne.

En plus du livre offert aux enfants était distribué un dépliant sur la prévention du langage.

Ce livret, réalisé par le SROG (Syndicat régional des orthophonistes de Guyane) et l'URPS (Union régionale des professionnels de santé) des orthophonistes de Guyane, illustre des situations de communication et de langage possibles entre parents et enfants dans les activités quotidiennes. Par exemple au moment du change ou du repas. Les énoncés sont rédigés en français, créole, anglais et portugais, soit les langues les plus parlées en Guyane.

De plus, si certains parents découvraient la profession, d'autres étaient rassurés de pouvoir faire part de leurs inquiétudes sur le développement du langage de leur enfant à un orthophoniste.

De nombreux parents avouaient ne pas interagir avec leur enfant: « Pourquoi lui parler? » « Un bébé ne parle pas, il ne comprend pas! » « Je me sens ridicule » « Comment faire? ». Les orthophonistes ont donc tenté de défaire toutes ces croyances sur la communication avec un bébé.

De même, l'accent a été mis sur les risques de ne pas s'adresser très tôt à un enfant (retard de langage, difficultés d'apprentissage et illettrisme).

D'ailleurs, certaines familles migrantes ne maîtrisent pas les codes linguistiques du territoire. La question du bilinguisme est alors revenue plusieurs fois dans nos échanges: « Dans quelle langue s'adresser aux enfants? Le bilinguisme est-il un facteur d'échec dans les apprentissages? ... »

Bien sûr que non, et il est important d'interagir dans la langue maternelle maîtrisée. Les parents ont donc pu obtenir des informations pour partir rassurés et confortés dans leur communication avec leur bébé.



Pérennisation de la manifestation

C'est une première édition réussie qui a permis de se rendre compte de la nécessité de la prévention concernant le langage chez les enfants en Guyane.

En effet, selon l'Insee (2013) 40 % de la population de moins de seize ans n'a pas accès à l'écrit ou ne le maîtrise pas. Il s'agit donc d'une problématique à laquelle les orthophonistes de Guyane s'attellent depuis quelques années par l'organisation des permanences mensuelles.

Une population jeune avec un taux de natalité élevé nécessite que nous, orthophonistes, soyons vigilant·es sur les différentes

problématiques du langage et de la communication chez l'enfant. En effet, les parents doivent être accompagnés et rassurés et peu importe leurs niveaux socio-éducatif, linguistique et ethnique. Car, les situations de communication avec le tout-petit et les moments de transmission du langage sont multiples dans le quotidien et l'environnement.

Ainsi, nous attendons vivement la prochaine édition de « 1Bébé, 1Livre » pour partager des moments d'interactions privilégiés avec les parents et leurs nouveau-nés.

L'action « 1Bébé, 1Livre » 2023

Aurélien Bresson, vice-président de la FNO chargé de la Prévention et de la Promotion de la santé

L'action de prévention nationale « 1Bébé, 1Livre » a eu lieu cette année autour du 17 novembre 2023. Voici les résultats de cette action, basés sur les réponses à un questionnaire de 41 syndicats régionaux et associations de prévention en orthophonie.

Quelles structures ont répondu ?

41 répondants

6 syndicats régionaux	8 syndicats départementaux ou interdépartementaux	26 associations de prévention	1 délégation
-----------------------	---	-------------------------------	--------------

- ▶ 29 répondants ont réalisé l'action (dans 38 départements).
- ▶ 12 répondants (2 SRO, 5 SDO, 4 associations de prévention, 1 délégation) n'ont pas réalisé l'action. (problèmes d'organisation, de disponibilité humaines ou de ressources ainsi que la mobilisation sur d'autres projets.)

À quelle date ?

- ▶ 22 structures : 17 novembre 2023.
- ▶ 7 structures dans la semaine qui suivait ou qui précédait, ou plusieurs fois (en novembre, de façon mensuelle).
- ▶ Choix des dates selon disponibilité des orthophonistes, des maternités ou duplication de l'action.

Qui est intervenu ?



Environ 220 orthophonistes
35 étudiant-es ont été mobilisés par 11 structures.



Temps de préparation : moyenne de 4,9 h par orthophoniste.

Temps passé : moyenne de 3,5 h par orthophoniste.

Temps après l'action : 2h



Le matériel et les supports distribués

2 951 livres ont été distribués.

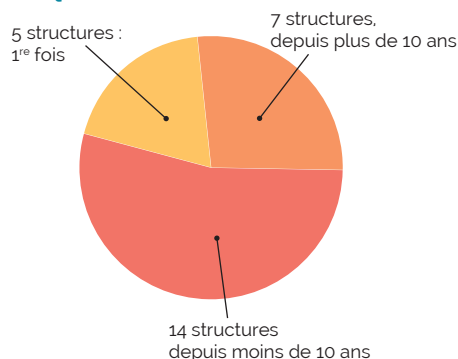
Supports ajoutés :



- le livret FNO prévention : (15 lieux)
- les livrets Objectif Langage (11 lieux)
- une documentation sur le thème des écrans (7 lieux)



Depuis quand ?



Auprès de quel public ?

- ▶ 107 lieux visités (essentiellement des maternités).
- ▶ Plus de 2 740 bébés et leur famille en chambre (exceptionnellement en salle commune ou sur des stands).
- ▶ Toutes les équipes médicales des établissements rencontrés lors d'échanges informels, rarement lors de tables rondes. Une « formation » a été organisée.



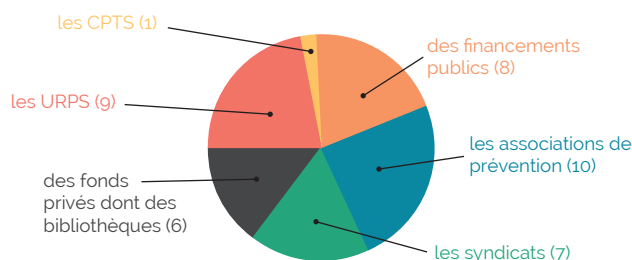
- la plaquette de l'association (2 lieux)
- les flyers Allo Ortho (2 lieux)
- des documents non précisés (par 15 structures)



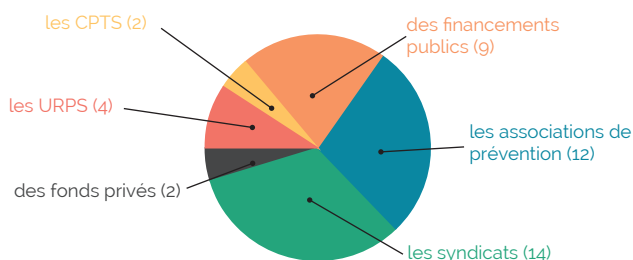
Les financements

Le coût total mentionné est au moins de 34 282 € (pour 26 689 € en 2022) soit une moyenne de près de 1 124 € par structure.

Les achats de livres sont financés par :



La documentation est financée par :



Multilinguisme et « barrière linguistique » en orthophonie et dans le soin

Marion Dupuis, chargée de médiation scientifique au CNRS
Nicole Guinel, orthophoniste

“ Dans cet article nous évoquerons plusieurs questions liées au multilinguisme à l'hôpital et différents outils et bilans conçus par améliorer la prise en soin des patients, notamment dans le cas spécifique de patients aphasiques bilingues ou de patients mutiques qui ne parlent pas la langue du pays d'hospitalisation. Cet article sera surtout centré sur la phase aiguë de la prise en soin de l'aphasie mais nous mentionnerons également des outils conçus pour la phase de rééducation. Nous proposerons ensuite un détour vers des outils numériques « généralistes » mis en place pour aider à la communication entre patients et soignants quand ils/elles ne partagent pas de langue commune. Cet article fait écho à une communication affichée présentée lors du 28^e congrès de la Société française neuro-vasculaire (SFNV) à Lille en novembre 2023 et qui est accessible en ligne*.”



* Le poster intitulé « Multilinguisme à l'hôpital : présentation d'outils numériques d'aide à la communication et d'outils/bilans de prise en soin de l'aphasie » est disponible au téléchargement sur ce lien : <https://shs.hal.science/halshs-04491586v1/document>

Les patients bilingues et non francophones et la prise en soin orthophonique

Qui parmi les orthophonistes n'a pas été un jour confrontée à un patient non francophone ou bilingue et à la difficulté, voire à l'impossibilité, de proposer une prise en soin adaptée ?

Nicole Guinel a exercé de 1996 à 2009 en MPR et a pris en soin de nombreuses fois des patients bilingues non démutés en amont de leur arrivée dans le centre de rééducation. Le profil de ces patients était récurrent : patients non francophones ou avec un bilinguisme non équilibré dans la langue du pays d'accueil, souvent isolés

socialement et de faible niveau scolaire. Comme beaucoup de ses collègues, elle a tenté de faire appel à des interprètes et s'est heurtée aux complexités administratives et financières. Le seul interprète qu'elle a réussi à faire venir pour un patient aphasique présentant des troubles dysexécutifs importants (aphasie, stéréotypie, accès de fou-rire, mouvements incontrôlés du bras gauche...), a été traumatisé par la situation... Son travail cognitif sur le plan langagier s'orientait alors vers l'amélioration de la compréhension, de la

désignation, le travail sur pictogrammes, avec toujours un sentiment de frustration important.

En tant qu'orthophonistes, il nous arrive fréquemment d'intervenir auprès de patients francophones présentant les mêmes symptômes, avec les mêmes difficultés de progression, voire de non récupération, mais la certitude que pour un patient bilingue, la situation aurait pu être différente si les séances s'étaient organisées dans sa langue première n'a cessé de l'interroger.



Rencontre avec Madame S, patiente polonaise aphasique en USINV en 2011

En 2009, Nicole Guinel a intégré l'USINV/UNV de la P^{re} Sonia Alamowitch à Tenon (USINV/UNV désormais basée à la Pitié Salpêtrière). Une patiente non bilingue, polonaise, isolée socialement et présentant une aphasie avec stéréotypie a été hospitalisée. Une de ses collègues, polonaise également, a souhaité s'investir dans la prise en soin, mais ne pouvait pas se déplacer tous les jours pour apporter son aide.

Des exercices qui semblaient pertinents pour travailler en dehors de ses heures de présence : une chanson, des séries automatiques, de la dénomination, de la désignation...ont été enregistrés pour travailler avec cette patiente, et l'idée de créer une banque de données numériques de séquences audio pour des premières séances de rééducation a germé

à ce moment-là. Une revue de littérature sur la démutisation et les ressources mobilisées lors de ces séances a conforté cette intuition. En effet, la démutisation d'un patient qui peut survenir grâce notamment à la verbalisation de séries automatiques et de chansons fait intervenir notre mémoire procédurale *a contrario* de la dénomination d'objets qui sollicite la mémoire déclarative. Or, l'apprentissage de notre langue première s'appuie sur la mémoire procédurale, ce qui peut faciliter la démutisation dans cette langue lorsque cette mémoire est activée.

Des collègues médicaux et paramédicaux parlant une langue première autre que le français ont été sollicités et la constitution d'une banque de données numériques audio s'est concrétisée. Les familles ont également été sollicitées pour des traductions et au vu de leurs

réactions positives et émues, une autre dimension, celle du partage de connaissances, du savoir-dire, de l'entraide et de l'alliance thérapeutique a émergé.

Les patients hospitalisés en soins intensifs sont souvent somnolents, ou en examen (IRM, Scanner, Doppler etc.), il n'est donc pas possible de fixer des heures de rendez-vous précises, et les orthophonistes doivent s'adapter aux horaires du patient et à son état d'éveil. Pouvoir travailler avec des enregistrements, sans interprète, permet de contourner ces contraintes. Le travail avec les familles peut se faire en parallèle ou légèrement à distance, avec des conseils de stimulation ou de non stimulation, des explications sur les troubles observés et recensés à l'aide du bilan-screening que l'on peut faire avec des enregistrements adéquats.

Création de « Tradaphasia », un outil numérique en accès libre dédié à la phase de démutisation

Le site Tradaphasia (<https://tradaphasia.hypotheses.org/>) a vu le jour en 2017 grâce à Marion Dupuis, chargée de médiation scientifique au CNRS, qui a proposé de regrouper les enregistrements audio dans un site Web en accès libre. Nous avons conçu le site comme un outil facile d'utilisation, où les langues sont répertoriées par continents ou par ordre alphabétique sur la page d'accueil. Chaque page consacrée à une langue distincte est organisée de manière identique : des enregistrements de salutations d'usage, des séries automatiques, une chanson, une épreuve de dénomination, une autre de désignation et enfin pour terminer des épreuves de manipulations d'objets (du plus simple au plus complexe, pour aborder également la mémoire de travail). Il est possible de télécharger



les fichiers lorsque le wifi n'est pas disponible. Nous avons reçu des retours d'expérience d'orthophonistes ayant utilisé le site dès sa diffusion, avec des témoignages de séances de démutisation avec des patients non francophones, qu'ils soient en situation de migration ou qu'il s'agisse de touristes, en France pour un séjour de vacances. Ces orthophonistes ont également souligné l'importance de l'alliance thérapeutique ainsi créée avec leur patient et les familles. De nombreuses orthophonistes nous ont fait des propositions d'enregistrements

de langue, et Tradaphasia est devenu dès lors un outil collaboratif et l'onglet « Équipe » témoigne de la diversité des traducteurs et traductrices. Tradaphasia est un site en open access, il est hébergé sur la plateforme Hypothèses.org et les fichiers sont déposés sous la licence Creative Commons, ce qui signifie que les fichiers sonores sont exploitables pour une utilisation professionnelle, mais ne peuvent pas être utilisés dans le cadre d'une utilisation commerciale. Le site propose actuellement l'accès à 71 langues.

Un détour par Bouaké en Côte d'Ivoire avec l'ONG Orthophonistes du Monde (ODM)

Au-delà de la fonction première de ce site, qui est d'apporter un outil d'aide à la démutisation, de favoriser les premiers contacts avec un patient et sa famille en USINV/UNV, Tradaphasia nous a permis de créer des contacts professionnels enrichissants et inattendus. C'est le cas de la rencontre avec Morgane Le Galloudec, Marielle Quintin, Bérénice Déchamps et l'équipe de l'ONG Orthophonistes du Monde (OdM). Morgane Le Galloudec, lors d'une mission au Togo et Odile Tromelin, lors d'un congrès au Kenya, ont permis d'enrichir le site des langues dagara, fongbé, kalenjin, mina,

twi, grâce à des enregistrements qu'elles ont pu recueillir lors de leur mission respective. Ce premier échange s'est ouvert vers d'autres collaborations, notamment lorsqu'ODM a apporté son appui aux orthophonistes de Côte d'Ivoire, à leur demande, pour la création d'une école d'orthophonie à Bouaké. À cette occasion nous avons contribué à la création du fonds documentaire de l'école d'orthophonie de Bouaké ainsi qu'à un enseignement sur l'aphasie et le bilinguisme.

De ces collaborations enrichissantes est né un podcast¹, avec des entretiens de plusieurs membres d'ODM, Morgane Le Galloudec, Élise Mariau et Marielle Quintin, qui échangent et dialoguent avec des collègues ivoiriens, orthophonistes ou médecins, Rachidou Boueka, Bénédicte Duriez, Christophe Houngbedji, Pr Asséman Médard Koua, Pr^e Judith Eleonore Kouassi, autour des questions de prise en soin orthophonique en contexte interculturel.

* Podcast : Orthophonistes du monde : Communication, autisme, surdité - regards croisés France/Côte d'Ivoire - <https://soundcloud.com/user-897145586/orthophonistes-du-monde-histoires-interculturelles>



La prise en compte des spécificités des patients aphasiques bilingues en France

En 2021, l'équipe de Tradaphasia a été contactée par Claire Sainson, Christelle Bolloré et Joffrey Trauchessec pour participer à leur ouvrage de référence *Neurologie et Orthophonie* (paru chez De Boeck Supérieur en 2022). Dans un chapitre du tome 2 intitulé « un pas de côté », nous avons pu présenter Tradaphasia et les conditions de sa mise en œuvre. Ce chapitre a aussi été l'occasion d'élargir notre perspective et d'évoquer différents bilans, outils et approches mis en place pour la prise de soin de patients aphasiques bilingues ou multilingues.

L'étude des patients bilingues en aphasiologie est fort ancienne mais nous assistons dans les années 1970 à un réel tournant, grâce, notamment, au Professeur Michel Paradis, neurolinguiste, précurseur dans son domaine. Ses recherches abou-

tissent à la création, avec Gary Libben, d'un bilan de référence extrêmement complet intitulé Bilingual Aphasia Test (BAT). Le BAT, conçu pour l'évaluation des aphasiques bilingues, n'est pas une simple traduction d'une langue vers une autre mais une adaptation translinguistique. Ce bilan, conçu pour la phase de rééducation, est accessible en ligne, dans de très nombreuses langues. Il nécessite cependant un temps de passation important, peu compatible avec la phase aiguë post-AVC. C'est pour ces raisons que Barbara Köpke, Sabrina Gomes, Vanessa Guilhem et Katia Prod'homme ont conçu une version abrégée de ce bilan intitulée Screening BAT², afin de réduire le temps de passation et le simplifier. Le Screening BAT est également disponible au téléchargement en libre accès.

En France la prise en compte du bilinguisme des patients en orthophonie a été progressive, on la doit à des approches et à des publications novatrices tel l'ouvrage *Bilinguisme et biculture : nouveaux défis ?*, co-dirigé par Peggy Gatignol et Sylvia Topouzkhianian (Ortho Édition, 2012), ou au numéro *Rééducation Orthophonique* intitulé « Les pathologies acquises du langage chez le patient bilingue ou multilingue », dirigé par Barbara Köpke en 2013, pour n'en citer que quelques-unes. La récente prise en compte du bilinguisme chez les patients aphasiques bilingues a permis aussi de prendre en considération les langues régionales (basque, alsacien) et de repenser la prise en soin des patients bilingues français/créoles, en tenant compte des différentes déclinaisons régionales du créole.



* <https://www.mcgill.ca/linguistics/research/bat>

** <https://inpl.univ-tlse2.fr/accueil/diffusion-des-savoirs/bat-screening-test-test-de-depistage-pour-aphasiques-bilingues>





Des outils numériques pour « contourner la barrière linguistique » dans le soin



Tradaphasia s'inscrit dans un mouvement qui vise à diffuser des outils et bilans en libre accès, dans une démarche non commerciale et de service public. Notre souhait de diffuser cet outil le plus largement possible s'est traduit par la création d'une version anglophone du site, en 2019, intitulée Aphasia Translate (<https://aphasiatra.hypotheses.org/>), un projet labellisé « 80 ans du CNRS ». Tradaphasia et Aphasia Translate sont donc nés du constat d'un manque d'outil adapté dans un contexte spécifique. Cette création fut donc directement ancrée dans une pratique professionnelle orthophonique.

D'autres professionnelles de santé se sont également senties désarmées face à des patients dont ils/elles ne maîtrisaient pas la langue et ont également partagé le constat que la prise en soin des patients ne pouvait s'effectuer dans les meilleures conditions en raison de l'obstacle lié à l'absence de langue commune.

Partant de leur expérience de terrain, ils/elles sont à l'origine de la conception d'outils numériques permettant de proposer des solutions concrètes pour contourner la « barrière linguistique ». Ce rapide tour d'horizon, non exhaustif, vise à mieux faire connaître des outils (sites et applis) conçus pour aider à la com-

munication patient/soignant en contexte interculturel. Ils sont pour la plupart directement issus d'une pratique innovante de terrain. Ces outils numériques s'adressent davantage à des patients tout-venant, sans troubles neurologiques de compréhension et/ou d'expression, mais aussi aux familles accompagnantes et dans

certains cas aux patients, eux-mêmes. Ils permettent aux personnels soignants de poser des diagnostics rapidement ou de mieux comprendre les besoins des patients. L'un des précurseurs dans ce domaine est le D^r Charles Vanbelle. Dès 2007 il est à l'origine d'un site conçu pour favoriser la communication entre soignantes et personnes en situation de migration. Son site intitulé Traducmed (<http://www.traducmed.fr/>) est désormais disponible sous forme d'appli et propose 174 phrases disponibles dans 45 langues, permettant d'énoncer oralement dans la langue du patient des phrases prédéterminées aidant à l'établissement d'un diagnostic. Une autre approche de la communication en contexte multilingue et interculturel fut conçue autour de l'usage de pictogrammes, option choisie par l'AP-HP qui proposa en 2010 des livrets cartonnés de pictogrammes visant à faciliter la communication, avant de proposer leur concept sous forme d'appli, en 2015 (<https://www.aphp.fr/medipicto>). Ce dispositif a pour particularité d'être mis à disposition à la fois des soignants mais aussi des patients, tentant ainsi de renforcer leur inclusion et de les rendre davantage acteurs de leur soin. L'appli Mediglotte (<https://www.mediglotte.com/>) a été conçue par le D^r Pierre

Alexis, en 2014, avec pour principal objectif de proposer une traduction du vocabulaire médical d'urgence, reprenant ainsi toutes les questions indispensables de l'examen clinique d'urgence, en mettant à disposition 30 langues et dialectes. Le site Trelelho (<http://www.trelelho.fr>) est né du constat et de l'engagement de Marion Verdaguer, IDE à Rennes, d'améliorer la communication avec les patients internationaux afin de permettre une prise en soin plus satisfaisante autour de 350 phrases en français traduites vers une centaine de langues. Cet outil existe sous forme de site Web et de fiches thématiques téléchargeables, une appli est en cours de réalisation.

Une question centrale demeure cependant : ces outils sont-ils suffisamment connus des professionnelles de santé susceptibles de les utiliser ? Et si tel est le cas, sont-ils pour autant utilisés dans une pratique professionnelle régulière ? C'est l'objet de travaux de recherches menés notamment par Vanessa Thouroude, doctorante en linguistique à Rennes II, qui interroge plus largement « la prise en compte de la diversité linguistique et culturelle dans les politiques de santé en France et ses impacts dans une perspective pragmatique sur les interactions médecin-patient, en présence ou non d'un interprète professionnel »*.

Cette question cruciale de la diffusion de ces outils numériques demeure, car bien que pouvant potentiellement contribuer à une amélioration de la prise en soin, ils demeurent insuffisamment connus des principaux intéressés, les personnels médicaux et paramédicaux susceptibles d'en faire l'usage.

* <https://www.theses.fr/s234424>



Les inégalités sociales de santé et la récupération post-AVC

QUELQUES ENJEUX POUR L'ORTHOPHONIE



Muriel Darmon est sociologue et a mené une longue enquête en immersion dans un service de neurologie et dans des centres de réadaptation pour porter un nouveau regard sur la prise en soin de l'accident vasculaire cérébral (AVC). Les inégalités sociales de santé, en particulier de classe et de genre, sont au cœur de sa réflexion. Muriel Darmon étudie la manière dont les facteurs non médicaux impactent la rééducation post-AVC et les trajectoires de soins. Elle s'attache à montrer comment le social conditionne la prise en soin et la récupération, au-delà des facteurs purement biologiques et médicaux.

Elle a mis à contribution une méthode dite « ethnographique » qui consiste à observer le fonctionnement des services, la vie quotidienne des patients et le travail des équipes médicales et paramédicales.

Elle est l'auteure du livre *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC* paru à La Découverte en 2021 et qui retrace son enquête.

Entretien avec **Muriel Darmon**, sociologue, directrice de recherche au CNRS. Propos recueillis par **Marion Dupuis**, chargée de médiation scientifique au CNRS

Marion Dupuis : Dans votre livre vous tentez de comprendre pourquoi les femmes récupèrent moins bien de leur AVC que les hommes et aussi pourquoi les victimes d'AVC issues des classes populaires récupèrent moins bien que celles des classes moyennes et supérieures. Pouvez-vous nous en dire plus ? Disposons-nous de chiffres qui confirment ces inégalités ?

Muriel Darmon : Nous disposons en effet d'études épidémiologiques nombreuses et robustes, dans le cas des inégalités de classe, moins nombreuses mais dynamiques et convergentes, en ce qui concerne les inégalités de genre, qui attestent d'inégalités sociales de santé récurrentes et importantes dans le cas des AVC. Davantage frappées par l'AVC, et frappées plus jeunes, les classes populaires (ou, selon les études, les personnes appartenant aux groupes de bas statut socio-économique, les ouvriers, les pauvres, les habitants d'un quartier défavorisé ou les non-diplômés) en meurent plus souvent, en connaissent des formes plus sévères et en récupèrent moins bien. Moins touchées que les classes populaires par la pathologie, touchées plus tard dans leur vie, les classes supérieures (ou, selon les études à nouveau, les personnes appartenant aux groupes de haut statut socio-économique, les cadres, les riches, les habitants d'un quartier favorisé ou les plus diplômés) en meurent moins souvent, en connaissent des formes moins sévères et en récupèrent mieux. Du côté des inégalités de genre, les femmes sont plus touchées par l'AVC que les hommes dans la mesure où elles vivent plus longtemps, elles en meurent également plus souvent que les hommes, et surtout elles en récupèrent moins bien, même lorsque les effets de l'âge et de la gravité de la pathologie sont contrôlés. Les méthodes dites « qualitatives » de l'observation directe et de l'ethnographie permettent de tenter d'expliquer ces corrélations en allant voir directement dans les services comment les choses se passent en pratique, et le livre *Réparer les cerveaux* tente d'en rendre compte par l'examen de la myriade d'interactions sociales qui font la prise en charge en rééducation post-AVC.



Marion Dupuis : Au delà de ces constats, vous avez en effet cherché à comprendre comment on pouvait expliquer, en tant que sociologue, ces inégalités sociales dans la récupération post-AVC. Dès les services de neurologie, votre enquête a montré que le diagnostic et le regard porté sur certaines déficiences langagières peuvent faire intervenir des jugements sociaux. Pouvez-vous nous donner des exemples ?

Muriel Darmon : En neurologie, la parole des patients est à la fois un symptôme (par exemple de déficits langagiers) et un outil d'information et de mesure de leur état neurologique ; il faut en partie se reposer sur ce que le patient dit pour savoir « ce qu'il a dans la tête », ce qui est loin d'être le cas pour toutes les spécialités médicales ! Donc avant même le travail d'évaluation et de rééducation proprement orthophonique, et même dans un contexte de non conscience des troubles par le patient où il ne s'agit pas de faire confiance aveuglément à ce qu'il dit ressentir, il y a donc une grande importance accordée à ce que le patient dit, ou ne dit pas, et à la manière dont il le fait. Or, comme les médecins le savent d'ailleurs déjà, les façons de parler sont socialement situées ; on peut se demander si tel chuintement provient d'une dysarthrie ou d'un accent local, ou encore si un patient venant d'un milieu défavorisé et dans une situation très précaire qui parle « mal » a toujours

parlé comme cela, ou bien si c'est un effet de l'AVC. Mais le regard sociologique permet d'affiner l'analyse des liens entre position sociale (des patients et des médecins), parole et jugements indissociablement professionnels et sociaux sur la parole. Je pense par exemple au cas d'un homme issu des classes populaires, qui répond très peu, et à la fois évasivement et positivement aux questions sur son impression sur ses troubles de la parole. Le point de vue sociologique permet de comprendre qu'il soit peu disposé socialement à parler de lui-même, à parler de ses symptômes corporels, à être réflexif sur ses manières de parler, à utiliser les catégories qui sont celles du médecin qui l'interroge, etc. De plus, ce patient est difficile à comprendre pour le/la professionnelle qui l'interroge : il parle bas, en mâchant ses mots, de façon expéditive et il se tient sur la défensive, sans qu'il soit simple pour elle/lui de savoir si cela est dû à l'AVC ou non. La position sociale du patient, à travers ses atti-

tudes, ses façons de parler et le contenu de ses propos, « brouille » donc l'accès aux symptômes. Mais ce peut être aussi le cas à l'autre extrémité de l'espace social, comme le montre l'exemple d'une patiente appartenant aux classes moyennes à capital culturel, qui parle, pourrait-on dire, « trop bien », et dont l'aisance langagière masque le symptôme neurologique ; alors qu'il est diagnostiqué que la patiente ne souffre d'aucune séquelle langagière, la patiente affirme en percevoir de son côté, et attribue cette absence apparente de séquelle à un travail constant de sa part consistant à les masquer ; à la fois sa sensibilité à l'excellence langagière, et ses compétences pour « compenser » ses déficits et « tromper son monde » troublent à leur tour l'accès aux symptômes. On voit donc dans ces deux cas comment les pratiques langagières des patients, d'une part, les regards professionnels portés sur elles, d'autre part, font intervenir la position sociale des uns et des autres.





Marion Dupuis : Vos travaux vous ont permis de formuler différentes hypothèses pour expliquer les inégalités sociales dans la récupération. Et un des éléments que vous analysez est que la rééducation en neurologie s'inspire de la forme scolaire.

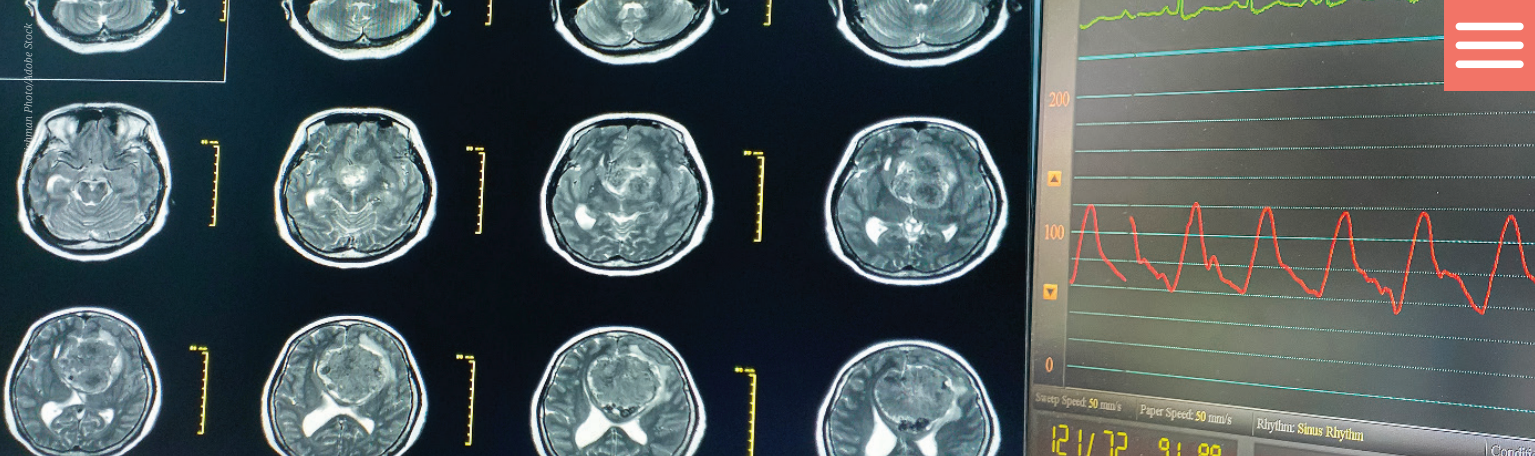
Muriel Darmon : L'ethnographie permet en effet de mettre en lumière l'existence d'une « forme scolaire » de l'hôpital, qui facilite les réapprentissage des patients dont l'AVC n'a pas détruit la familiarité sociale avec l'école et ses méthodes, et empêche d'autres patients, qui en étaient plus éloignés, de bénéficier de la même manière du travail rééducatif. L'organisation temporelle et spatiale de la vie hospitalière, qui s'illustre par excellence dans un emploi du temps hebdomadaire composé des différentes « matières » de la rééducation, que les patients doivent à la fois respecter et apprendre à « gérer », organise une vie quotidienne construite selon des principes scolaires, par exemple la forte place de l'écrit, du « cours particulier » (de part et d'autre d'un bureau, ou dans une salle d'activi-

tés plus physiques mais dans laquelle les schémas et l'écrit ne sont jamais loin), de l'épreuve ou de l'évaluation en temps limité. Le modèle de « l'exercice », comme manière de réentraîner le cerveau, pré suppose lui aussi des compétences très scolaires pour bien fonctionner, comme lorsque des patients sont réentraînés à la conduite, bien avant l'accès au simulateur de conduite, par une série d'exercices sur papier et sur ordinateur pour retravailler leurs capacités d'attention. Le travail du patient, condition de sa bonne participation à sa rééducation, est un travail de réflexivité et de « compréhension » de la rééducation ; il faut « comprendre » pour faire et pour récupérer, par exemple en orthophonie, « comprendre comment fonctionne sa voix et l'intérêt de « stabiliser » pour progresser », là où la culture

pratique populaire des patients observés est composée d'un rapport plus direct au respect des consignes, d'un « faire sans se prendre la tête », dans lequel ces détours réflexifs sont vus comme inutiles, voire contre-productifs par rapport au but recherché de récupération. Le contenu des exercices est également marqué comme c'est le cas pour les exercices scolaires analysés par la sociologie de l'école, d'un arbitraire culturel qui fait qu'ils vont parler à certains (familiers des « listes » de courses ou de choses à faire, d'un rapport réflexif et verbalisé au corps ou aux sensations somatiques, et de la myriade des petites notations de la culture des classes moyennes et supérieures qui parsèment les exercices) et non à d'autres. Pour certains patients d'origine populaire, cette forme scolaire réactive une distance à l'école et à ses principes qui n'aide pas, voire qui obère la rééducation en leur faisant rejeter ce qui pour eux tient de l'absurde : absurdité (sociale) des exercices comme celui de neuropsychologie dit « des courses » (« Pour faire mes courses, je prends ma voiture et je fais mes courses, je vais pas y réfléchir comme ça pendant 15 pages ! »), de devoir passer par une liste écrite et un plan dessiné pour faire une boîte « que je sais faire 'comme ça' », de devoir répondre à des questions sur les vacances au ski ou la forme correcte des annonces de mariage dans les grands quotidiens, ou encore de devoir « toujours penser à ses pieds » ou se référer à un schéma quand on marche. Prendre en compte ce fonctionnement particulier de l'institution, et les dispositions sociales qu'il présuppose chez les patients, permet alors de comprendre pourquoi certains vont en bénéficier plus que d'autres.



© Kien/Adobe Stock



Marion Dupuis : En matière d'inégalités homme/femme dans la récupération, vous évoquez notamment le concept de valeur sociale : valeur sociale des patients, valeur sociale des pertes et des récupérations.

Muriel Darmon : L'identification des pertes (ce qui est vu comme un déficit, ce qui est estimé perdu chez les patientes suite à l'AVC par l'équipe médicale, mais aussi par la patiente elle-même ou ses proches), la définition du « projet » de rééducation et des compétences qu'il est souhaitable ou possible de récupérer font intervenir des processus sociaux d'attribution de valeurs : quelle compétence a suffisamment de valeur pour être considérée comme perdue, et pour quel patient ? Qu'est-ce qui vaut la peine d'être retravaillé, qu'est-ce qui n'en vaut pas la peine, et chez qui ? Au vu des observations réalisées dans les services, on peut faire l'hypothèse que les femmes récupèrent moins bien parce que cela « en vaut moins la peine », pour elles comme pour les professionnels, parce qu'on pense collectivement que cela en vaut moins la peine.

Certaines pertes féminines sont ainsi perçues comme moins graves que si elles advenaient chez un homme, car il est anticipé qu'à leur sortie de l'hôpital, les femmes pourront davantage se passer des compétences concernées, comme dans le cas exemplaire de la conduite automobile, qui apparaît de façon récurrente au fil des cas, aux yeux tant de l'équipe que de la patiente elle-même, comme une compétence très secondaire à récupérer, par différence avec ce qui se passe pour les patients.

D'autres pertes, en revanche, apparaissent bien plus graves dans les cas

d'AVC féminins que masculins, et vont mobiliser et motiver tant la patiente que l'équipe. C'est le cas des pertes esthétiques, qui ne sont thématiques et déplorées que par et pour des patientes : dans les chambres des patientes, les photos et l'apparence physique « d'avant » sont présentes et commentées tant par les patientes que par l'équipe, le travail de l'apparence (maquillage, coiffure, vêtements) peut être un objectif explicite du projet de rééducation et constitue même parfois un signe visible et commenté des progrès de la patiente par les équipes. Or, ces dimensions n'ont pas d'équivalent dans les cas de patients hommes. Les pertes esthétiques apparaissent de ce fait spécifiquement féminines alors que les ravages de la lésion ou de ses suites sur le visage et sur le corps touchent également les hommes et les femmes.

Pour les patientes jeunes, la profession apparaît moins précisément renseignée dans les différents écrits hospitaliers, moins connue et moins diffusée dans les services, que le statut matrimonial et surtout parental. Les limitations à l'exercice de l'activité maternelle, ou plus largement du soin aux autres (s'occuper de ses enfants ou de ses parents, de son mari) sont ressenties, identifiées, discutées et retravaillées tant par les équipes que par les patientes, qui opèrent parfois un véritable travail de valorisation pour les faire reconnaître.

À la confluence des représentations, perceptions et vision du monde des équipes,

et de celles des patientes, le « projet de rééducation » des patientes et des patients s'inscrit donc dans un espace social genré. Il se traduit par une concentration sur des domaines « féminins », mais aussi par une ambition moindre pour les femmes : comme le dit un médecin à propos d'une patiente : « *La rééducation, c'est très très dur pour elle. Elle est découragée, elle pleure. La meilleure chose qu'on peut lui souhaiter maintenant, c'est de rentrer chez elle retrouver son mari et son chien* ». La définition des objectifs de la rééducation est à la fois structurée par le genre et potentiellement structurante en termes d'inégalités sociales de genre dans la récupération : rentrer pour retrouver ses proches, préoccupation bien plus fréquente chez les femmes que chez les hommes d'après différentes enquêtes ou pour « pouvoir tenir sa petite fille dans ses bras » est moins efficace que « récupérer pour m'en sortir », « récupérer tout ce que je peux récupérer », ou récupérer telle ou telle compétence précise, comme cela apparaît davantage dans les discours des hommes atteints d'AVC. Les dispositions féminines au *care*, manifestée par les patientes, encouragées et travaillées par les équipes, deviennent alors un piège qui limite l'amplitude des compétences retravaillées, qui réduit potentiellement la durée de la rééducation et qui ajuste (à la baisse) l'ambition de la rééducation aux valeurs inférieures des pertes et récupérations féminines.



Marion Dupuis : Le milieu hospitalier manque de personnel dans certains secteurs. Est ce que cela impacte les inégalités que nous venons d'évoquer ? Quels sont les enjeux pour la prise en soin orthophonique ?

Muriel Darmon : Pour prendre en compte ces différences sociales, et atténuer ces inégalités, l'hôpital paraît aujourd'hui bien moins armé qu'il ne l'est dans la prise en charge technique et médicale des AVC et de leurs suites. Un appui, des connaissances voire une formation en sciences sociales des différents professionnels pourraient y aider. Mais cela devrait aussi passer par la hausse des crédits et des postes pour l'hôpital, car il faut plus de temps et de travail pour lutter contre les inégalités que pour les reproduire en laissant les choses se faire « naturellement ». J'examine par exemple dans le livre le cas d'un patient cadre supérieur dont l'expression est jugée normale à

son arrivée dans le service de rééducation où les prescriptions d'orthophonie ont été réduites et sont constamment limitées, mais qui va parvenir à convaincre l'équipe de l'importance d'une rééducation orthophonique pour lui, en se montrant un patient exemplaire et investi et en faisant apparaître ses besoins dans les formes attendues et partagées par les professionnelles. Plus généralement, « l'efficience » et l'économie hospitalières soumettent ainsi davantage les soins aux perceptions spontanées des professionnelles, à la capacité de négociation, socialement déterminée, des patient-es, et aux pentes naturelles du monde social.



Muriel Darmon est directrice de recherche au CNRS, rattachée au Centre européen de sociologie et de science politique (CESSP - CNRS / EHESS/ Université Paris I) et co-responsable du projet ERC Synergy Gendhi (« Gender Health Inequalities »).

Entretien avec Marion Dupuis, chargée de médiation scientifique au CNRS, rattachée au Centre de recherches sur les arts et le langage (EHESS/CNRS).

POUR ALLER PLUS LOIN

Muriel Darmon, *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, La Découverte, 2021.

Podcast : Une sociologue en neurologie. Repenser les inégalités de classe et de genre dans la rééducation AVC, entretien avec Muriel Darmon par Marion Dupuis, mixage : Simon Garrette, (36'), 2022.

<https://soundcloud.com/user-897145586/une-sociologue-en-neurologie-repenser-les-inegalites-de-classe-et-de-genre-dans-la-reeducation-avc>



Dysphagie, culture et éthique

Anne Rittié-Burkhard, membre de la commission éthique

Le 21 février dernier, l'European Society for Swallowing Disorders (ESSD) diffusait un webinaire sur le thème « Éthique et Culture » présenté par la D^{re} Paula Leslie, orthophoniste et PhD, aux États-Unis et au Royaume-Uni.

La commission éthique de la FNO vous propose une synthèse de cette intéressante présentation à travers cet article.

Dans un premier temps, P. Leslie rappelle que manger et boire, soit l'acte de se nourrir, est un acte personnel qui signe nos valeurs, notre identité et notre culture. Par conséquent, lorsqu'une personne est atteinte de dysphagie, son être est profondément impacté et il est courant que les professionnelles de santé qui interviennent alors, aggravent cet état de fait. Il est donc essentiel que nous soyons dans une démarche éthique.

Si la déglutition est un acte physiologique, manger et boire ne le sont pas. On peut ne plus être capable d'avaler des aliments mais la sensorialité (le goût, les odeurs), nos souvenirs sensoriels et notre relation affective aux aliments ne s'effacent pas.

L'alimentation peut être très différente d'une culture à une autre. Certaines cultures par exemple, font des offrandes de nourriture, les gens nourrissent leurs divinités. Ces aliments ne sont jamais consommés par les humains qui

pratiquent les offrandes et le choix des aliments est fait en fonction du symbolisme impliqué. Certaines religions excluent des aliments donc des textures. D'autres « ritualisent » certains aliments à certaines occasions. Ainsi, en tant que professionnelles de santé, nous adaptons-nous à la culture et aux préférences de nos patients ?

Selon Paula Leslie, les « déglutologues » se situent au carrefour de la science, qui décrit ce qui est, et de la bioéthique, qui décrit ce qui doit être ; pour elle, notre travail est au cœur de ces disciplines parce qu'il est au cœur de ce qu'est l'humain.

Elle rappelle d'ailleurs que d'après l'OMS, la santé est un état de bien-être physique, mental et social et non l'absence de pathologie ou de handicap.



© Natalia/Adobe Stock

La dysphagie n'est qu'une composante de ce que l'on doit prendre en considération dans le vaste domaine de l'alimentation : il y a beaucoup de facteurs influençant le fait de manger ou de boire. Lorsqu'on prend en soin un patient dysphagique, le prend-on dans la globalité de son système alimentaire ou ne regardons-nous que par le prisme de sa dysphagie ?



Lors du webinaire, la D^{re} Leslie a précisé les **4 principes de l'éthique médicale** :

- l'autonomie, soit le respect de la valeur de la personne et de sa capacité de décider. Les bénéfices doivent contrebalancer les coûts potentiels ;
- la bienfaisance, soit le fait d'agir positivement, de faire le bien, de prévenir ou supprimer la nuisance ;
- la non-malfaisance, soit le fameux *primum non nocere*, d'abord ne pas nuire ;
- la justice, soit le fait de proposer au patient ce dont il a besoin d'une manière juste et équitable.

Pour illustrer son propos, la D^{re} Leslie fait référence au modèle de Seedhouse et au code de bonnes pratiques. Certain-es professionnelles de santé insistent pour que les patient-es puissent bénéficier d'un examen instrumental avant de faire des propositions thérapeutiques. Quand les patients n'y ont pas accès facilement, ils devront peut-être se déplacer dans des conditions très difficiles pour eux, est-ce une préconisation juste et bienfaitante ?

Respecter l'autonomie du patient, c'est accepter qu'il puisse refuser un traitement même si cela le conduit à la mort parce qu'il a le droit de décider ce qu'il veut faire de son corps.

De plus, les risques liés à la dysphagie restent difficiles à définir. Peut-on assurer à nos patients que nos préconisations leur permettront de réduire un risque de

fausse route, de pneumopathie ou de dénutrition par exemple ?

Faire le bien du patient, c'est prendre des décisions en ayant conscience de son degré de certitude. Par exemple, comment peut-on être sûr-e que si l'on modifie la texture des aliments, un-e patient-e ne développera pas de pneumopathie ? À ce jour, rien ne nous l'indique. Mais ce même patient risque de réduire ses apports caloriques et hydriques s'il n'apprécie pas la nourriture adaptée ou s'il a des projections sur les aliments conseillés.

Par exemple, que penser de l'étude de Vickers (2014) qui montre que les consommateurs notent positivement les amandes croquantes et négativement celles qui manquent de croquant. Dans son livre intitulé *Gulp*, Mary Roach alerte : « *Quand un aliment est censé être croustillant et qu'il s'avère mou, c'est peut-être qu'il n'est plus*

bon à être mangé ? » A-t-on déjà envisagé ce ressenti chez nos patients à qui nous proposons des textures modifiées ? Quand nous nous plaignons qu'un patient n'applique pas nos préconisations, l'avons-nous déjà interrogé sur ses projections ? Doit-on toujours, quand on est dysphagique, faire le deuil de l'appétence alimentaire ?

Enfin, l'information transmise doit être équilibrée et adaptée pour que le patient puisse prendre une décision éclairée. On ne doit pas occulter les côtés négatifs pour ne mettre en lumière que les points positifs. Ne devrait-on pas obtenir l'accord explicite de notre patient dans le cadre d'une alliance thérapeutique ? O'Keefe et coll. (2023) conseillent d'ailleurs de revoir les processus actuels de consentement des patients quant à la modification des textures dans les Ehpad.



En conclusion, concernant nos propositions thérapeutiques dans le domaine de la dysphagie, la D^{re} Leslie demande si la question que l'on devrait se poser ne serait pas « doit-on faire cela ? » plutôt que « peut-on faire cela ? ». Et puis bien-sûr, sommes-nous dans le respect de la culture et de l'identité de nos patients ? Sommes-nous justes dans nos demandes ? Nos préconisations sont-elles bienfaitantes ? Avons-nous bien reçu le consentement de notre patient ?

C'est le principe de la démarche éthique : toujours interroger nos pratiques pour donner le meilleur de nous-mêmes en tant qu'orthophonistes, professionnelles de santé et expert-es de la déglutition. Nos patients dysphagiques ne méritent-ils pas la remise en question de nos pratiques afin qu'elles préservent leur autonomie, qu'elles soient bienfaitantes et justes ? Et puis, *primum non nocere*, toujours.



© Photographie avo/Alto Stock



Une question éthique
qui concerne l'orthophonie ?

Une seule adresse : ethique@fno.fr

Références

- <https://essd.org/webinars/>
- Askren, A., & Leslie, P. (2019). Complexity of Clinical Decision Making: Consent, Capacity, and Ethics. *Seminars in speech and language, 40*(3), 162–169. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688838>
- O'Keeffe, S. T., Leslie, P., Lazenby-Paterson, T., McCurtin, A., Collins, L., Murray, A., Smith, A., Mulkerrin, S., & SPARC (Swallow Perspectives, Advocacy and Research Collective) (2023). Informed or misinformed consent and use of modified texture diets in dysphagia. *BMC medical ethics, 24*(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00885-1>
- Roach, M. (2013). *Gulp : Adventures on the Alimentary Canal*. W. W. Norton & Company.
- Seedhouse, D. (1998). *Ethics: The Heart of Health Care*. Wiley-Blackwell.
- Vickers, Z., Peck, A., Labuza, T., & Huang, G. (2014). Impact of almond form and moisture content on texture attributes and acceptability. *Journal of food science, 79*(7), S1399–S1406. <https://doi.org/10.1111/1750-3841.12509>



Comment soutenir OdM

Plusieurs possibilités :

Adhérer à OdM

Adhérer à OdM (avec une réduction d'impôts de 66%) : pour nous, un soutien financier mais aussi moral, qui nous montre que vous partagez les valeurs auxquelles nous croyons si fort.

Don ponctuel

Faire un don, plus ponctuel mais nécessaire et primordial pour nous.

Recycl'Ortho

Acheter sur Recycl'Ortho et faire deux bonnes actions en une, recyclage de matériel et soutien pour OdM puisque tous les bénéfices nous sont reversés.

Soutenir OdM avec Lilo

Utiliser Lilo et choisir de soutenir OdM avec les gouttes collectées, « ce sont les petites gouttes qui font les grands lacs ».

Congrès solidaire

Passer sur les stands OdM des congrès et acheter de l'artisanat ramené de mission.



Soutenir OdM

Pour que d'hier à demain, la communication soit un droit



Webinaire du
19 décembre 2023

Évaluation des dysarthries et des apraxies de la parole

QUELLES APPROCHES ?

Animé par Michaela Pernon

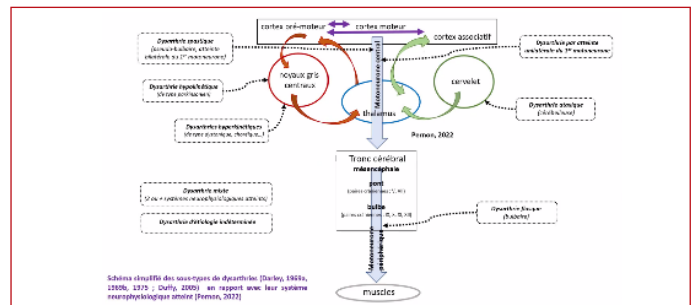


Sandrine Basaglia-Pappas, chargée de mission à l'Unadréo

“ Le 19 décembre dernier, le Lurco a organisé un webinaire avec Michaela Pernon, lauréate du prix de thèse Unadréo 2023. Michaela est orthophoniste, PhD, à l'hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, au centre de référence pour la maladie de Wilson et au sein de l'unité Parkinson et mouvements anormaux. Elle exerce aussi une activité de recherche dans cet hôpital sous le statut d'ingénieure de recherche et en tant que membre associé du Laboratoire de phonétique et phonologie (LPP) de l'université Sorbonne Nouvelle où elle a soutenu sa thèse. ”

LES TROUBLES MOTEURS DE LA PAROLE ...

Elle a introduit sa présentation en rappelant que les troubles moteurs de la parole (MSDs), traduction de « Motor Speech Disorders » (Darley et al., 1975 ; Duffy, 2013), regroupent les dysarthries et les apraxies de la parole (AoS), troubles secondaires à des lésions du système nerveux central et/ou périphérique, en lien avec différentes étiologies. Les dysarthries sont définies comme un déficit du contrôle moteur et de l'exécution des commandes neuromusculaires impliquées dans la production de la parole, en lien avec une atteinte du système nerveux central et/ou périphérique (Darley et al., 1975 ; Duffy, 2013 ; Van der Merwe, 1997, 2021). Huit sous-types de dysarthries ont été classifiées à partir de la neurophysiopathologie : flasque, spastique, ataxique, hypokinétique, hyperkinétique (choréique et dystonique) et mixte, par atteinte unilatérale du premier motoneurone et d'étiologie indéterminée (Pernon, 2022). Des clusters, d'un point de vue perceptif, ont été proposés.



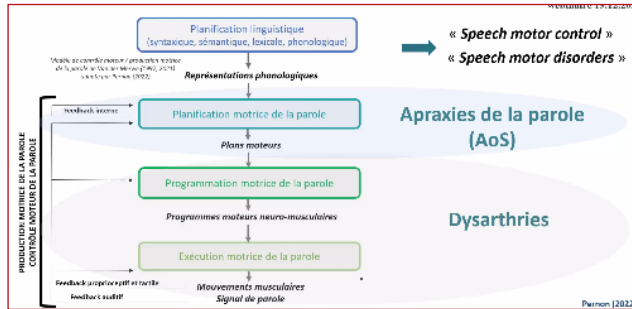
Classification et sémiologie des dysarthries (Darley et al., 1969a, b, 1975 ; Duffy, 2005)

Michaela présente ici les données issues des études réalisées dans le cadre de sa thèse qui a porté sur trois modalités d'évaluation des locuteurs présentant des troubles moteurs acquis de la parole (dysarthries et apraxies de la parole) : perceptive globale, phonético-acoustique discrète, et cognitive, pour leur diagnostic et leur caractérisation (Pernon, 2022).

Les AoS, quant à elles, sont attribuées à des troubles de la planification motrice ou programmation motrice selon les auteurs (Miller & Guenther, 2021 ; Van der Merwe, 1997, 2021), avec une représentation abstraite du mouvement. La phonologie serait préservée. Des boucles de feedback permettraient de comparer la planification en cours aux représentations stockées.



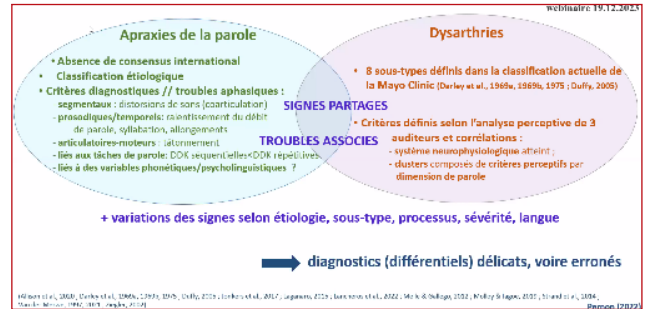
Michaela propose une modélisation, avec un plan abstrait, suivi d'une programmation et enfin d'une exécution motrice de la parole (réalisation au niveau des effecteurs). Les boucles de feedback viennent réguler la parole en permanence. La moyenne est d'environ 20 sons par seconde. Certaines dysarthries seront rattachées à ces différents niveaux.



Les troubles moteurs de la parole (MSD) : définition et modélisation

Contrairement aux dysarthries, il n'existe à ce jour pas de consensus de classification pour les AoS. Celles-ci sont souvent classées avec une logique sémiologique, étiologique par les cliniciens. Pour synthétiser, il existe clairement une hétérogénéité des critères de classification pour l'AoS : segmentaux (distorsion de sons), prosodiques /temporels (avec un ralentissement du débit de parole notamment), articulatoires/moteurs (tâtonnement ou

grouping), liées aux tâches (diadochosinésiques séquentielles/répétitives). Au contraire, la littérature a proposé une classification neurophysiopathologique pour les dysarthries, avec une logique de dimension de parole altérée chez les patients dysarthriques. Des variabilités des signes existent selon l'étiologie, le sous-type, le processus, la sévérité et la langue du patient.



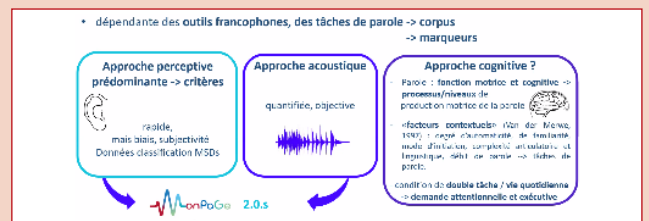
Les troubles moteurs de la parole (MSDs) : diagnostic et caractérisation

Il existe ainsi des signes partagés entre les AoS et les dysarthries, une absence de consensus pour les AoS et les troubles peuvent être associés.

Il est donc capital de proposer une évaluation rigoureuse de la parole des locuteurs présentant un MSDs permettant de distinguer les traits caractéristiques de la parole, les marqueurs discriminants.

ÉVALUATION DE LA PAROLE

L'orthophrice présente ensuite trois études réalisées concernant les approches d'évaluation de la parole, perceptive globale, puis phonéto-acoustique discrète, et enfin cognitive portant sur la demande attentionnelle et exécutive de parole en double tâche.

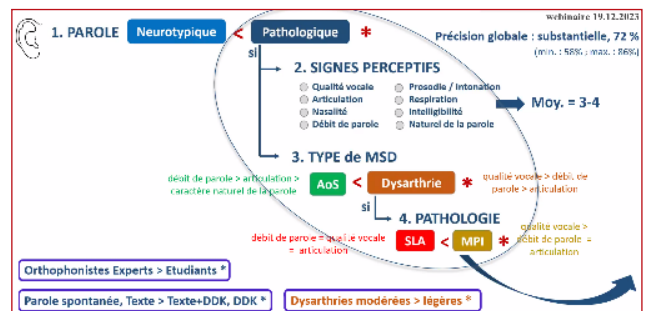


Évaluation des dysarthries et des apraxies de la parole

ÉTUDE 1

La première étude concerne donc l'approche perceptive globale de l'évaluation de la parole, qui constitue le gold standard, dans la mesure où elle est la plus utilisée, la plus rapide. Une expérience de classification audito-perceptive à choix forcé de la parole avec trois questions dichotomiques (1. neurotypique/pathologique ; 2. avec huit critères perceptifs ; 3. décision de AoS/dysarthrie) de locuteurs présentant des MSDs (AoS post-AVC et deux sous-types de dysarthries : dysarthrie hypokinétique [HD] dans le cadre de la maladie de Parkinson et dysarthrie mixte flasque-spastique [MD-Flsp] dans la sclérose latérale amyotrophique [ALS]) (N = 30) et de locuteurs neurotypiques (N = 29) par des orthophonistes (N = 40) a été construite et proposée (Pernon *et al.*, 2022). Cette étude s'avère intéressante dans la mesure où peu d'études ont comparé les dysarthries et les apraxies de la parole. Le but de l'étude visait à examiner la précision du diagnostic différentiel des MSDs par des orthophonistes, mais aussi à déterminer les facteurs ayant pu influencer la classification

des locuteurs avec MSD, à savoir la sévérité du MSD, l'expertise des auditeurs (étudiants en orthophonie et orthophonistes experts) et la tâche de parole (parole spontanée, texte lu à voix haute, diadococinésies verbales issus du protocole MonPaGe-2.0.s (Fougeron *et al.*, 2018 ; Laganaro *et al.*, 2021 ; Pernon *et al.*, 2020).



Classification audito-perceptive multijuges des MSDs - Résultats



LES RÉSULTATS

Les résultats ont montré une performance substantielle (72 %) quant à la précision globale de la classification, avec une bonne fiabilité inter-juges, mais variable en fonction de l'expertise de l'orthophoniste, de la tâche de parole et de la sévérité du MSD. D'une part, les taux de précision se sont révélés supérieurs pour les échantillons de parole des locuteurs pathologiques (présentant un MSD) que ceux des locuteurs neurotypiques, pour les échantillons des locuteurs dysarthriques que ceux des locuteurs avec une AoS, et pour les échantillons des locuteurs présentant une HD que ceux avec une MD-FlSp. Les locuteurs avec un MSD plus sévère ont globalement été les mieux classés. D'autre part, les échantillons de parole continue (parole spontanée et texte lu à voix haute) ont permis de mieux classer les patients que les textes avec diadococinésies répétitives. Un taux de classification plus élevé chez les orthophonistes experts que chez les étudiants en orthophonie a été relevé, témoignant d'un effet du degré d'expertise des auditeurs. La fiabilité inter-juges a également été supérieure pour les orthophonistes experts.

Enfin, les orthophonistes ont utilisé trois signes perceptifs en moyenne pour classer les patients (débit, articulation et caractère naturel de la parole pour les AoS ; débit, qualité vocale et articulation dans les dysarthries de ALS ; qualité vocale, débit, articulation dans les dysarthries de MD-FlSp), ce qui rejoint la littérature.

	Echantillons parole neurotypiques (N = 2320)	Echantillons parole AoS (N = 800)	Echantillons parole Hypo (N = 2120)	Echantillons parole Mixte-Fl-Sp (N = 480)
	% (N incorrectement classés)	% (N incorrectement classés)	% (N incorrectement classés)	% (N incorrectement classés)
Jugé neurotypique (Question 1)	...	3 (24)	23,04 (258)	13,33 (64)
Jugé AoS (Question 3)	16,77 (389)	...	13,93 (156)	16,67 (80)
Jugé Hypo (Question 4)	17,20 (399)	16,5 (132)	...	27,92 (134)
Jugé Mixte-Fl-Sp (Question 4)	8,92 (207)	21,75 (174)	17,95 (201)	...

Classification auditive-perceptive multijuges des MSDs - Résultats

Une matrice de confusion a permis de mettre en évidence que plusieurs erreurs de classification ont été réalisées : par exemple, des échantillons neurotypiques ont été jugés AoS, hypokinétiques ou dysarthries mixtes.

ÉTUDE 2

Une seconde étude, confrontant l'approche perceptive globale du diagnostic différentiel des MSDs à une approche, plus discrète, phonético-acoustique par dimension de parole, a été réalisée en utilisant un nouvel outil de screening MonPaGe-2.0.s, pour voir si celui-ci permettait de mieux classer les échantillons, afin d'étudier sa contribution dans l'évaluation de la parole dans le diagnostic et l'examen des MSDs (Pernon, 2022b). Pour rappel, MonPaGe-2.0.s (Fougeron *et al.*, 2018 ; Laganaro *et al.*, 2021 ; Pernon *et al.*, 2020) a été développé afin de répondre au manque de marqueurs valides, sensibles et robustes en pratique clinique pour l'évaluation et le diagnostic des MSD. L'outil, informatisé, normé et validé, destinés aux locuteurs adultes francophones, permet une évaluation acoustique et perceptive. Il ne permet pas, dans sa version actuelle, de distinguer les différents types et sous-types de MSDs selon les profils / marqueurs, mais permet de déterminer si la parole / voix du locuteur évalué est pathologique.

MonPaGe-2.0.s permet de réaliser une approche comparative qualitative (car individuelle), perceptive et acoustique. Sept scores de déviance sont calculés : intelligibilité, erreurs segmentales, prosodie, débit de parole, TMP (temps maximal de phonation), quatre marqueurs de diadococinésies (débit articulaire), six marqueurs de voix. L'étude visait à identifier les locuteurs présentant un MSD qui avaient été classés comme ayant reçu les taux de précision les plus bas (TPB) et ceux correctement classés (ayant reçu les taux de précision les plus élevés -[TPE]) dans l'étude précédemment décrite (Pernon *et al.*, 2022). Une comparaison des caractéristiques globales de ces deux groupes (démographiques, données cognitives, langagières, relatives à la motricité oro-faciale, à la voix / parole) a été réalisée. Les marqueurs perceptifs et acoustiques / scores de déviance de MonPaGe-2.0.s des profils des locuteurs du groupe TPB par rapport au groupe TPE ont été étudiés.

Approche comparative qualitative, perceptive et acoustique, analytique / individuelle

- Analyses basées sur les **7 scores de déviance** (0 à 4) du TotalDevScore de MonPaGe-2.0.s :
 - Intelligibilité**
 - Erreurs segmentales**
 - Prosodie**
 - Débit de parole**
 - TMP**
 - Composite DDK : 4 marqueurs**
-> DDK AMRs CV, DDK AMRs CCV, DDK SMR CV, DDK SMR AMRs
 - Composite Voix : 6 marqueurs**
-> Jitter-PPDS, Shimmer-APQL1, I0 SD [a] et [phrase], CPPS [a] et [phrase]
- Inclusion et comparaison par type de MSD :**
 - N locuteurs avec taux les plus bas (TPB) = 9 locuteurs, % précision moy. < celui de leur groupe MSD
 - N locuteurs avec taux les plus élevés (TPE) = 6 locuteurs, % précision moy. en parole continue > 86%

Pernon (2022)

Analyse phonético-acoustique discrète par dimension de parole

MonPaGe 2.0.s

Locuteurs avec % les plus bas (TPB) en classification perceptive (N = 9)

Locuteurs avec % les plus élevés (TPE) en classification perceptive (N = 6)

N scores de déviance = 3

Sévérité > *

Dysarthries détectées par MonPaGe chez :

- 1 locuteur avec HD légère
- 4 locuteurs avec HD très légère
- 1 locuteurs avec MD-FlSp

non détectée chez :

- 4 locuteurs avec HD très légère
- 1 locuteurs avec MD-FlSp

Intelligibilité : locuteurs avec HD

Profil Composite voix locuteurs dysarthriques : Jitter-PPDS, ET FD

Profil composite DDK des 2 locuteurs avec AoS : AMRs > SMRs

Profil composite Voix des 2 locuteurs avec AoS : CPPS

Diagnostic de présence d'un MSD : + 1 locuteur avec HD avec l'outil MonPaGe-2.0.s

Pernon (2022)

Analyse phonético-acoustique discrète par dimension de parole - Synthèse



LES RÉSULTATS

Les résultats perceptifs et acoustiques obtenus aux différents modules de l'outil MonPaGe-2.0.s des locuteurs TPE et TPB ont été comparés en fonction du type du MSD à partir des scores de déviance et des sous-scores de déviance (voix et DDK) établis par le rapport MonPaGe-2.0.s.

Aucune différence significative n'a été relevée concernant les données démographiques, cognitives, langagières et de motricité oro-faciale des groupes constitués : TPE (N = 6) et TPB (N = 9). Les degrés de sévérité des MSDs étaient significativement différents entre les deux groupes (score perceptif BECD, TotalDev Score MonPaGe-2.0.s), le groupe TPE présentant un trouble plus sévère que le groupe TPB.

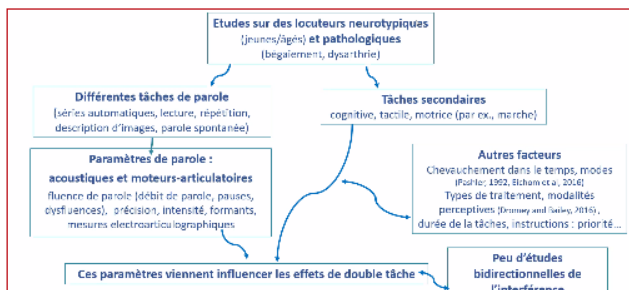
Pour synthétiser cette seconde étude, MonPaGe-2.0.s. n'a pas détecté cinq locuteurs pathologiques et au total l'outil a permis de diagnostiquer un locuteur supplémentaire par rapport à la tâche de classification perceptive.

Les analyses descriptives et qualitatives des locuteurs TPB et TPE ont montré, à partir des marqueurs phonéto-acoustiques de MonPaGe-2.0.s, que les atteintes étaient plus prototypiques dans le groupe TPE, qui présentaient des MSD plus sévères. Ces résultats rejoignent les données de la littérature. Un effet de sévérité du MSD a été retrouvé dans cette approche, comme il avait été relevé dans l'expérience perceptive précédente. Les marqueurs relevés pour chaque type

et sous-type de MSD concordait en grande partie avec les traits perceptifs utilisés par les auditeurs-orthophonistes lors de la classification perceptive. Toutefois, les tâches de parole, notamment les diadococinésies se sont révélées fournir ici des indices acoustiques pertinents, caractéristiques des patterns spécifiques des types de MSD, tout comme les marqueurs vocaux, contrairement à la classification perceptive, où ces tâches n'apportaient pas de contribution efficiente. Ainsi, d'un point de vue qualitatif, les approches perceptive globale et phonéto-acoustique discrète seraient complémentaires pour poser un diagnostic de MSD et proposer une caractérisation.

ÉTUDE 3

Enfin, Michaela Pernon présente sa troisième étude réalisée dans sa thèse, qui aborde l'approche cognitive de l'évaluation de la parole à partir de l'étude de la demande attentionnelle et exécutive de la parole en double tâche (Pernon et al., 2019), avec une comparaison des performances à une tâche réalisée en condition isolée à celles obtenues à cette même tâche effectuée simultanément à une autre tâche (condition de double tâche). Plusieurs paramètres peuvent influencer les effets de double tâche sur la parole : mode des deux tâches, le type de traitement, la durée de la tâche, l'instruction... Peu d'études ont été réalisées au niveau bidirectionnel.



Paramètres influençant les effets de double tâche sur la parole

Michaela et son équipe ont souhaité étudier s'il existait un effet de double tâche sur la parole et sur les performances en tâches



non verbales dans le cadre d'une analyse bidirectionnelle chez des locuteurs neurotypiques. Les résultats obtenus aux tâches de parole (débit de parole) et aux tâches non verbales (temps de réaction, taux de réponses correctes, nombre de stimuli correctement barrés) ont ainsi été considérés. Les auteurs avaient pour but, à partir des résultats des analyses bidirectionnelles, d'analyser les stratégies attentionnelles utilisées par les locuteurs neurotypiques pour la réalisation de la double tâche.

L'analyse bidirectionnelle des effets d'une tâche sur l'autre constitue un moyen d'estimer les mécanismes sous-jacents et les stratégies globales adoptées par les locuteurs lors d'une double tâche.



LES RÉSULTATS

Les résultats ont été variables. Pour une expérimentation, les analyses (mesure du débit de parole) ont montré que certains patients ont ralenti en double tâche et d'autres se sont comportés comme les contrôles, avec une tendance à l'accélération du débit de parole en répétition d'énoncé et l'augmentation du nombre de stimuli correctement traités. Un effet d'apprentissage ou un effet « d'aimant » (« magnet effect »), d'attracteur, relatif à la tendance des oscil-

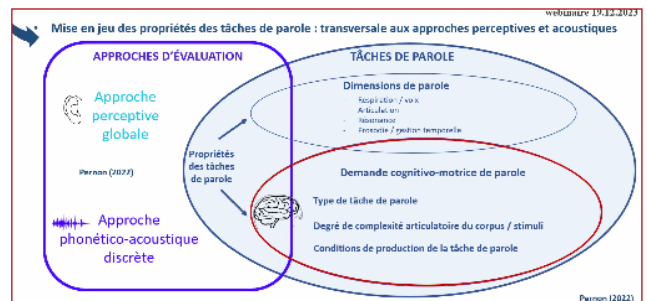
lateurs biologiques à s'attirer mutuellement (favorisée par la modalité motrice commune de traitement des deux tâches à l'origine d'un « effet énergisant » (« energizing effect ») (Adams *et al.*, 2010). Pour une autre expérimentation, il y aurait un effet négatif de double tâche, avec une diminution des performances dans les deux tâches. Ces résultats peuvent s'expliquer par la théorie des capacités partagées (« capacity sharing theory ») (Kahneman, 1973).

Les résultats ont confirmé le recrutement de ressources attentionnelles dans la production motrice de la parole, en fonction des propriétés des tâches. Les mécanismes ou stratégies sous-jacents utilisés par les sujets sains pour réaliser la double tâche dépendent du type de tâche de parole, de la demande attentionnelle des tâches non verbales, du mode de présentation des stimuli, mais également de leur modalité.

CONCLUSION

Michaela Pernon conclut sa présentation en rappelant qu'il est difficile d'établir un diagnostic différentiel entre les dysarthries et les apraxies de parole, que les approches perceptive globale et phonético-acoustique discrète sont assez équivalentes avec un effet de sévérité dans ces deux approches. L'oratrice précise que s'appuyer sur trois signes perceptifs est intéressant et sur trois scores de déviance. L'approche phonético-acoustique propose des normes. Quant à l'approche cognitive, elle permet de réaliser qu'il faut tenir compte du mode, de la familiarité avec la tâche et des modalités dans laquelle elle sera proposée. Une analyse bidirectionnelle est souhaitée.

Michaela Pernon a terminé sa présentation en proposant une analyse transversale des tâches de parole, qui prendrait en compte les dimensions de parole, les types de tâche, le degré de complexité articulaire du corpus et les conditions de production de la tâche. On serait ici dans le cadre une approche cognitivo-motrice de la parole.



Approche cognitive à travers la demande cognitivo-motrice des tâches de la parole

Pour conclure, elle a rappelé que les enjeux de l'évaluation de la parole restent majeurs à l'heure actuelle, quant au choix des approches, des tâches de parole, et des marqueurs / mesures retenus, permettant, entre autres, le diagnostic différentiel de ces troubles.



Un immense merci à Michaela Pernon pour sa présentation sur les différentes modalités d'évaluation des locuteurs présentant des troubles moteurs acquis de la parole.



Outil MonPaGe-2.0.s

<https://lpp.in2p3.fr/monpage/>

Onglet « Téléchargement »

- Prérequis
- Logiciel pour Windows et Mac
- Informations licence
- Guide d'installation (pdf)
- Tutoriels d'installation (vidéo)

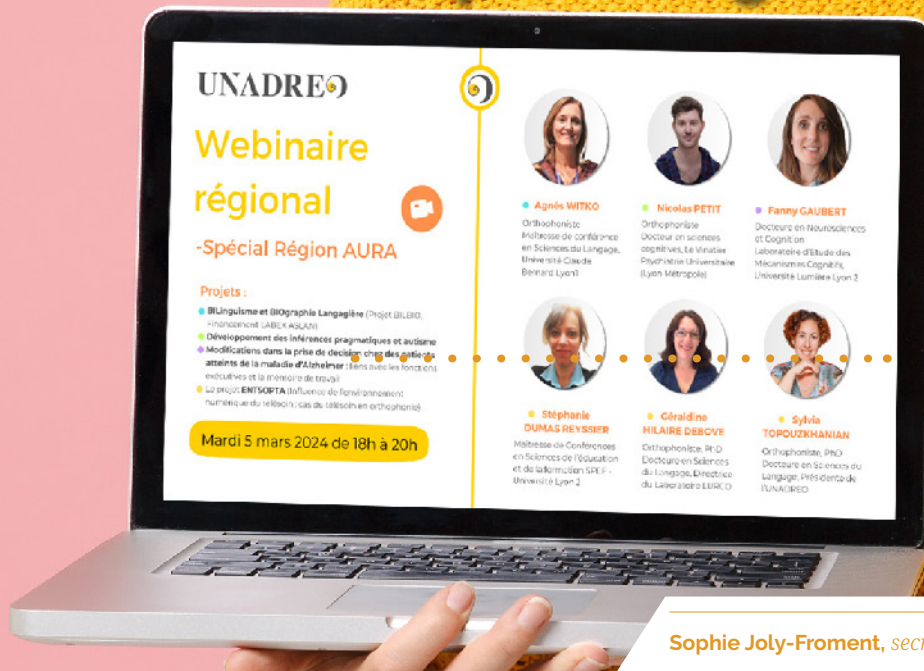
Onglet « Ressources »

- Tutoriels vidéos, présentations vidéos
- Publications

-> Fougeron *et al.* (2022), Laganaro *et al.* (2021), Pernon *et al.* (2020)



Webinaire régional spécial région AURA



Sophie Joly-Froment, secrétaire générale adjointe de l'Unadréo

Mardi 5 mars s'est tenu un nouveau webinaire du Lurco, dans un format un peu particulier puisque 6 personnes sont intervenues pour évoquer 4 sujets différents.



Agnès Witko, orthophoniste et maîtresse de conférence en sciences du langage, université Claude Bernard de Lyon présentait le projet BILBIO, BILinguisme et BIOgraphie langagière : projet BILBIO, avec un financement Labex Aslan.

L'objectif du projet est d'obtenir un recueil de données psychosocio-biographiques qui pourraient aider les orthophonistes recevant des patients multilingues. L'idée de biographie langagière ne fait plus de doute dans l'évaluation du bilinguisme et est essentielle à une bonne anamnèse.

En recherche, il existe trois entrées possibles :

- par le développement du langage et des langues (contexte socio et psycholinguistique) ;
- par l'éducation au sens large (contexte scolaire et des lieux d'apprentissage) ;
- par le soin (contexte de la clinique dont l'orthophonie).

À ce jour, le projet en est à la recherche documentaire, réalisée à partir du syntagme « biographie langagière », afin d'obtenir de la

littérature portant sur la généalogie, l'acquisition des langues, les pratiques sociolangagières et les outils existants. Les porteurs du projet ont également travaillé à partir d'une méta-analyse portant sur 48 questionnaires ciblant les enfants bilingues (Kascelan *et al.*, 2020) et qui a permis de mettre en évidence 4 points d'intérêt : l'exposition aux langues, la fréquence d'utilisation des langues, les différentes mesures sur les habiletés langagières et la richesse linguistique.





Les objectifs de ce projet sont de :

- considérer des dyades parent-enfant et de documenter l'environnement familial selon des critères démographiques établis dans les questionnaires parentaux ;
- explorer des informations psycholinguistiques sur les enfants ou les adolescents dont la notion de dominance ;
- appréhender les représentations du plurilinguisme sociolinguistique à travers les pratiques langagières parentales.

Les informations concernant les enfants et adolescents seront recueillies via un questionnaire des attitudes, préférences

et émotions langagières (Q-APEL) tandis que la dominance d'une langue sera évaluée par un test de dénomination rapide automatisée (DRA). Les parents répondront à un autre questionnaire en ligne, le QBEx (2022).

L'hypothèse générale de cette recherche est qu'il existerait des corrélations entre certaines informations démographiques, psycholinguistiques et sociolinguistiques ; l'hypothèse spécifique est que les enfants/adolescents plurilingues qui ont une exposition dominante à une langue présenteront des différences statistiquement significatives dans leurs vitesses de DRA entre deux langues.

Le recrutement va débuter dans les prochains mois.

Responsables du projet

- Agnès Witko, Université Lyon1, Laboratoire DDL, CNRS UMR 5596.
- Cathy Cohen, Université Lyon1, Laboratoire ICAR CNRS UMR 5191.

Equipe scientifique

- Anna Ghimenton, Université Grenoble - Alpes Laboratoire LiDiLEM.
- Sébastien Flavier, Laboratoire DDL, CNRS UMR 5596.
- Jennifer Krzonowski, Laboratoire DDL, CNRS UMR 5596.
- Jean Luc Vidalenc, enseignant et formateur dans le domaine du développement du langage en contexte plurilingue.
- Etudiants et étudiantes en Sciences du Langage, en Orthophonie ou en Sciences de l'Education.



Nicolas Petit, orthophoniste et docteur en sciences cognitives, Le Vinatier, psychiatrie universitaire, présentait son travail de thèse portant sur le développement des inférences pragmatiques dans l'autisme.

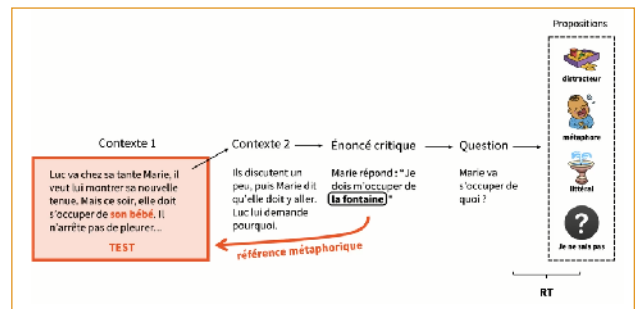
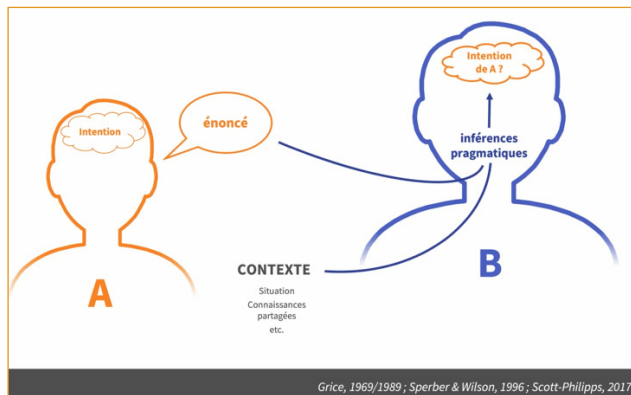
Les habiletés pragmatiques ont un réel impact fonctionnel dans l'enfance mais aussi à l'âge adulte ; il est donc nécessaire de s'y intéresser, en recherche et en clinique.

Les inférences pragmatiques permettent de ne pas se contenter de décoder ce que le locuteur dit mais de s'aider du contexte pour inférer quelle était l'intention de communication du locuteur sous-jacente à son discours. Ceci permet de comprendre les sous-entendus, les métaphores, le second degré...

Dans l'autisme, ces habiletés sont difficiles à mettre en place, du fait d'une compréhension littérale, même si le tableau est contrasté, avec des disparités en fonction de l'habileté pragmatique considérée. Un test des inférences pragmatiques (TIPI) a été créé pour les évaluer chez les enfants de 6 à 11 ans.

Nicolas Petit s'est surtout intéressé aux métaphores et aux implicatures scalaires.

Pour l'évaluation des métaphores, les histoires proposées vont par paire, avec une modification du début du récit afin d'obtenir des références métaphoriques opposées à des références synonymiques, donc littérales.





Les implicatures scalaires sont des informations que l'on peut ordonner dans une échelle d'informativité. Un terme moins informatif va alors sous-entendre la négation d'un terme plus informatif. Par exemple, le fait de désigner « certaines assiettes ont des fraises » vs « toutes les assiettes ont des fraises ». Ce type d'habileté pragmatique est classiquement évalué par une tâche dans laquelle la personne interrogée est d'accord ou non avec l'affirmation proposée.



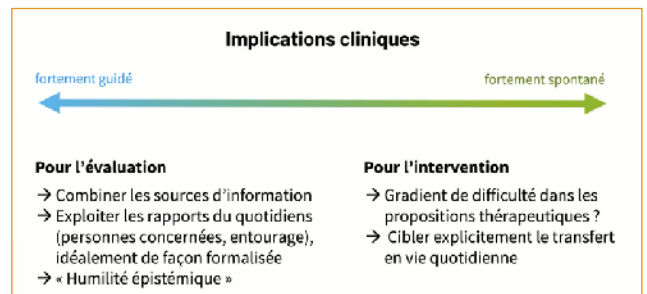
Les adultes ont tendance à rejeter ce type d'énoncés tandis que les enfants, qui ont une compréhension plus sémantique, vont plutôt les accepter. Or, l'évaluation de cette habileté pragmatique (généralement via une tâche de décision d'accord/pas d'accord) n'a jamais mis en évidence de différences entre personnes autistes et neurotypiques. TIPI a donc adapté les consignes pour permettre des réponses autres que binaires de type oui/non.

Pour les métaphores, les résultats se superposent, sans différence visible entre populations.

Pour les implicatures scalaires, les résultats montrent que les enfants autistes, particulièrement les plus jeunes, saisissent moins bien ce type d'habiletés pragmatiques que les enfants normotypiques. Ils ont également besoin de plus de temps pour donner une réponse.

Ces résultats pourraient s'expliquer par la présentation des tâches : quand elles sont très guidées (avec questions fermées, propositions de réponse), les personnes autistes ne présenteraient pas de difficultés particulières, au contraire des tâches leur laissant plus de latitude (réponses ouvertes, tâche à effectuer sans proposition de réponse).

Les implications cliniques de cette étude sont donc intéressantes, pour l'évaluation comme pour la prise en soin.



Fanny Gaubert, orthophoniste et docteure en neurosciences et cognition au laboratoire d'étude des mécanismes cognitifs, université Lyon 2, présentait son travail de thèse portant sur les modifications dans la prise de décision chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (MA) et les liens avec les fonctions exécutives, la mémoire de travail et épisodique.

Viellissement normal et vieillissement dans le cadre de la maladie d'Alzheimer présentent des différences cognitives marquées.

Flexibilité, inhibition, mémoire de travail et à long terme sont impliquées dans le processus de prise de décision.

On distingue 2 types de prises de décision :

- la prise de décision sous risque dont les conséquences et leurs probabilités sont connues ;
- la prise de décision sous ambiguïté dont les conséquences et leurs probabilités sont inconnues.

La prise de décision se modifie avec le vieillissement et les performances sont différentes entre personnes présentant un vieillissement normal et personnes atteintes de la MA.

Introduction théorique		Le vieillissement : Les particularités cognitives	
		4/35	
VIEILLISSEMENT NORMAL		VIEILLISSEMENT DANS LE CADRE DE LA MA	
	Suppression d'interférence moins efficace Plus grande impulsivité <i>Ramos-Garcia et al. (2016), Hu et al. (2018)</i>		Vulnérabilité accrue à l'effet d'interférence, pas d'incidence sur l'impulsivité. <i>Amieva et al. (2002), Rahman et al. (2021)</i>
	Augmentation du coût de flexibilité : liens vitesse de traitement ou MT <i>Perry et al. (2009)</i>		Atteinte précoce, mais pouvant être consécutive à une dégradation de l'inhibition <i>Huff et al. (2015)</i>
	Déclin de la MT pour les tâches avec une phase de manipulation complexe <i>Gajewski et al. (2018), Belleville et al. (2003)</i>		Atteinte précoce des phases de maintien et de manipulation de l'information <i>Belleville et al. (2003), Gagnon et Belleville (2011)</i>
	Difficultés stratégiques lors de l'encodage et la récupération : impact sur la recollection <i>Bouazzouai et al. (2022), Korkki et al. (2020)</i>		Atteinte primaire de la MLT : encodage, stockage et récupération <i>Ergis & Essop-Roussel, 2008</i>

Introduction théorique		La prise de décision au cours du vieillissement	
		Description	
		VIELLISSEMENT NORMAL	VIELLISSEMENT DANS LE CADRE DE LA MA
Sous ambiguïté  Joa Derrida (2021)	Abaissement des performances (trêt score ou adaptation stratégique) Fazio et al. (2007), Zemke et al. (2008)	Abaissement des performances (trêt score ou adaptation stratégique) Joa et al. (2021), Zemke et al. (2008)	
Sous risque 	Résultats différents en fonction des tâches. Tâches complexes - aversion au risque, amoindrissement temps de célébration Zemke et al. (2008), Duo et al. (2008), Derrida et al. (2021)	Augmentation des choix risqués, et absence d'évolution des réponses au cours des tâches Derrida et al. (2021), Duo et al. (2008)	

Les hypothèses théoriques sont que le vieillissement normal, et plus encore la MA, exerce un effet péjoratif sur la prise de décision, davantage sous ambiguïté

que sous risque. Les fonctions cognitives seraient impliquées dans la prise de décision, surtout sous risque.

Différentes tâches, proposées à plus de 200 personnes avec vieillissement normal et 20 avec MA à un stade débutant, ont permis de mettre en évidence un plus grand nombre de changements stratégiques dans la deuxième population. Les patients avec MA prennent un peu plus de risques que le groupe contrôle. L'estime de soi, amoindrie chez les personnes avec MA, serait à prendre en considéra-

tion dans certains résultats et les inciterait à prendre davantage de risques.

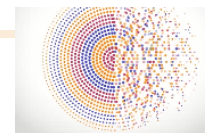
L'effet de cadre (permettant d'évaluer un risque dans la prise de décision) serait également plus présent chez les adultes âgés non malades que chez les personnes atteintes de la MA. Celles-ci auraient une prise de risque similaire à celles des jeunes adultes, ce qui pourrait s'expliquer par une moindre perception du temps : les jeunes, ayant encore beaucoup à vivre prennent plus de risques, les personnes avec MA réagiraient de façon similaire.



Stéphanie Dumas-Reyssier, maîtresse de conférence en sciences de l'éducation et de la formation SPEF à l'université Lyon 2,

Géraldine Hilaire-Debove, orthophoniste et docteure en sciences du langage, directrice du laboratoire Lurco et

Sylvia Topouzkhianian, orthophoniste et docteure en sciences du langage, présidente de l'Unadréo, présentaient le projet Entsopta, influence de l'environnement numérique du télésoin : cas du télésoin en orthophonie.



Projet ENTLOPTA

Influence de l'Environnement Numérique du Télésoin : cas du télésoin en Orthophonie Pour Troubles des Apprentissages
Webinaire du LURCO du 5 mars 2024

Le point de départ de cette étude est le constat qu'il existe une pratique accrue du télésoin en orthophonie depuis la pandémie du Covid-19. Cela a des points positifs dont une meilleure implication des parents, des enfants davantage motivés, un engagement accru pour certains publics et une atténuation des difficultés dues à l'éloignement géographique.

Mais il y a aussi des limites dont une difficulté à capter l'attention de l'enfant à distance, une alliance thérapeutique plus longue à établir et une fatigabilité accrue. Du côté des orthophonistes, cela a entraîné une modification des pratiques avec une anticipation des séances et de leur préparation pour éviter les moments de « blancs ».

Il reste encore des études à mener, avec des questions fondamentales encore en suspens concernant entre autres le recours à des plateformes non encadrées, la relation patient-orthophoniste ou le sentiment d'efficacité personnelle de l'orthophoniste.

Les objectifs scientifiques de cette étude sont d'analyser d'un point de vue ergonomique l'effet du télésoin sur l'activité des orthophonistes et d'identifier les conditions favorisant la télé-orthophonie chez les enfants et adolescents en échec scolaire.

Les hypothèses sont que la télé-orthophonie transforme la relation entre un orthophoniste et son patient en favorisant les possibilités d'interactions en temps réel et permet une personnalisation des soins mais aussi que les possibilités perçues dépendent du rapport de l'orthophoniste aux cadres et aux possibles offerts.

Il s'agit d'une étude de terrain à l'échelle nationale auprès des orthophonistes libéraux et en salariat. Un deuxième niveau d'étude concernera les orthophonistes de la région Rhône-Alpes. Un questionnaire en ligne sera diffusé et plus précisément, il sera demandé à des orthophonistes volontaires de tenir un journal de bord.

Il s'agira de repérer les conditions écologiques permettant la transformation de l'activité de soin orthophonique ainsi que les obstacles et facilitateurs. Enfin, un retour réflexif distancié en groupe sera organisé.

Recherche de participant.e.s

- + **Pour l'enquête nationale:** envoi prochainement d'un questionnaire visant à comprendre comment le télésoin impacte les pratiques et le sentiment d'efficacité personnelle
- + **Pour l'enquête locale (Rhône):** appel à candidature lancé. Nous recherchons 12 volontaires d'accord pour tenir un carnet de bord (3 patients suivis sur 3 séances), faire 1 entretien individuel et 1 focus group
- + **Public cible:** enfants/adolescents de la primaire au collège en AMO, avec des troubles des apprentissages et/ou troubles associés, surdité, etc. Ayant un impact sur le langage écrit et/ou oral et/ou cognition mathématique

Le projet venant de débuter, des participants sont recherchés, dont 12 volontaires de la région Rhône-Alpes qui accepteraient de tenir un journal de bord ; 1 entretien individuel et 1 focus group seront également proposés. N'hésitez pas à contacter l'Unadréo si vous êtes intéressé.e pour participer à cette recherche. unadréo@orange.fr



VOS DROITS DANS LA MATERNITÉ

Exercice libéral

© Premier Images/Adobe Stock

Maude Premier, juriste de la FNO

Pendant le congé maternité vous pouvez percevoir des indemnités journalières. Ces indemnités sont calculées en fonction du Plafond annuel de la Sécurité sociale (Pass) qui est fixé chaque année au 1^{er} janvier.

Pour l'année 2024, le Pass augmente de 5,4 % par rapport à 2023.

CONDITIONS D'OCTROI DES PRESTATIONS MATERNITÉ

Afin de pouvoir bénéficier des prestations en espèces, vous devez justifier de 10 mois d'affiliation à la date prévue de votre accouchement, être à jour des cotisations échues et cesser toute activité pendant au moins 8 semaines dont 6 après l'accouchement.

Ainsi, l'article L. 646-4 du code de la Sécurité sociale prévoit que le droit aux prestations en espèce n'est accordé que si les cotisations échues ont été versées par l'assuré avant l'ouverture du risque.

Si vous remplissez ces conditions d'ouverture de droits, votre CPAM vous transmettra un carnet de maternité qui regroupe les imprimés utiles à vos démarches de demande de prestations entre autres : déclaration de votre maternité ; déclaration d'un état pathologique ; déclaration de report du congé prénatal sur la période postnatale ; attestation médicale de début de congé ; etc.)

Il existe des allocations de maternité de deux natures :

- l'indemnité forfaitaire de repos maternel ;
- l'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.

Ce sont les prestations en espèce versées par la Caisse primaire d'assurance maladie en raison de la maternité. Elles permettent de compenser la perte de gains résultant de l'incapacité de travail. Vous avez le droit au cumul de ces deux prestations.

Elles sont différentes des prestations en nature qui correspondent au remboursement des frais des soins occasionnés par la maternité, pris en charge à 100 %.



L'indemnité forfaitaire de repos maternel

L'allocation de repos maternel est attribuée pour vous inciter, à ralentir votre activité et à vous reposer.



Montant

Montant du plafond mensuel de sécurité sociale (plafond égal à 3 864 € au 1^{er} janvier 2024).

L'allocation est versée en deux fois :

- 1 932 € au début du congé maternité ;
- 1 932 € à l'issue des 8 premières semaines de congé.



Démarches

Au moment de l'accouchement, adressez un certificat d'accouchement à votre caisse d'assurance maladie.



En cas d'adoption

L'allocation est égale à la moitié du plafond de sécurité sociale soit 1 932€ versés à l'arrivée de l'enfant dans la famille.

L'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité



Condition

Arrêt de travail pendant une période minimum précisée (cesser toute activité rémunérée pendant une période déterminée).



Montant des indemnités

1/730^e du plafond annuel de la sécurité sociale soit : 63,52 € / jour au 1^{er} janvier 2024.



Démarches

Vous devez adresser à votre caisse primaire d'assurance maladie l'attestation médicale constatant le début de votre congé maternité complétée par le professionnel de santé qui vous suit. Adressez-la à votre caisse d'assurance maladie avec une attestation sur l'honneur selon laquelle vous cessez votre activité. Ces documents subordonnent l'octroi de l'indemnité.



Durée du congé maternité

Cette indemnité est versée à l'assurée qui cesse toute activité rémunérée pendant au moins 8 semaines, dont 2 semaines avant l'accouchement, comprises dans une période commençant 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se terminant 10 semaines après.

Situation familiale	Congé prénatal	Congé postnatal	Total
Vous attendez votre 1 ^{er} enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Vous attendez 1 enfant et vous avez déjà un enfant à charge	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Vous attendez 1 enfant et vous avez déjà au moins 2 enfants à charge	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Vous attendez des triplés	24 semaines	22 semaines	46 semaines

Possibilité d'avancer le début du congé prénatal :

- de 2 semaines :
 - si vous attendez un enfant et que vous (ou votre ménage) avez déjà au moins 2 enfants à votre charge ;
 - si vous avez déjà mis au monde deux enfants nés viables.
- de 4 semaines maximum :
 - si vous attendez des jumeaux.

Dans tous les cas, la période d'indemnisation postérieure à l'accouchement s'en trouve alors réduite d'autant.



Report d'une partie du congé prénatal

Vous pouvez demander à reporter une partie de votre congé prénatal sur votre congé postnatal (les 3 premières semaines maximum).

La durée du congé prénatal non prise peut être reportée sur le congé postnatal sous certaines conditions (article L. 331-4-1 du code de la Sécurité sociale : « Par dérogation aux articles L. 331-3 et L. 331-4, la durée de la période de versement de l'indemnité journalière à laquelle l'assurée a droit avant la date présumée de l'accouchement peut être réduite à sa demande, sur prescription médicale, dans la limite de trois semaines. La durée de la période de versement postérieure à l'accouchement est augmentée d'autant »).

Toutefois, en cas de prescription d'un arrêt de travail pendant la période antérieure à la date présumée de l'accouchement dont l'assurée a demandé le report, celui-ci est annulé et l'indemnité journalière de repos est versée à compter du premier jour de l'arrêt de travail jusqu'à la date de l'accouchement. La période initialement reportée est alors réduite d'autant »).

Pour ce faire, il faut adresser une demande écrite à votre CPAM en joignant un certificat de votre médecin ou sage-femme attestant que votre état de santé le permet.

Cette demande doit être faite au plus tard 1 jour avant la date initiale du congé maternité.

Congé pathologique (période supplémentaire de 30 jours maximum)

Le code de la Sécurité sociale (article D.623-4) prévoit qu'en cas d'état pathologique résultant de la grossesse ou de l'accouchement attesté par un certificat médical (lorsque des risques ou des complications peuvent mettre en danger la santé et la vie de votre enfant, par exemple si vous souffrez d'une maladie chronique ou si vous avez déjà eu des problèmes lors d'accouchements précédents), la durée

du versement de l'indemnité peut être prolongée, à la demande de l'assurée, par une période de 30 jours maximum consécutifs fractionnables en deux périodes de quinze jours.

Les jours supplémentaires peuvent être pris à partir de la déclaration de grossesse en cas d'état pathologique et ne peuvent excéder quinze jours pendant la période d'arrêt postnatal.

Le congé pathologique en résumé

	Période prénatale	Période postnatale
Situation 1	15 jours	0 jour
Situation 2	15 jours + 15 jours	0 jour
Situation 3	30 jours	0 jour
Situation 4	0 jour	15 jours
Situation 5	15 jours	15 jours

Montant de l'indemnité du congé pathologique

1/730^e du plafond annuel de la sécurité sociale soit : 63,52 € / jour au 1^{er} janvier 2024

Démarches

Vous devez adresser à votre Caisse primaire d'assurance maladie un certificat médical attestant de l'état pathologique.

Au-delà, vous pouvez percevoir les indemnités maladie « classique » puis passés les 90 jours d'arrêt, au

titre du régime « invalidité-décès » une indemnité versée par la Carpi-mko, à la condition d'être à jour de vos cotisations et de l'obtention de l'agrément du dossier par le médecin-conseil auprès de la Carpi-mko. Cette indemnité est versée à partir du 91^e jour d'arrêt.





Durée du congé d'adoption

L'indemnité journalière est due pour la ou les périodes d'interruption d'activité se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer. Il est à noter que la durée maximale d'attribution de la prestation est égale aux $\frac{3}{4}$ de celle prévue en cas de maternité.

La durée est de 12 semaines pour une adoption simple, 25 semaines (pour des jumeaux), 34 semaines pour des triplés ou plus.

Situation	Durée maximale en semaines
Adoption d'1 enfant	12 semaines
Adoption d'1 enfant portant à 3 ou plus le nombre d'enfants à charge	19 semaines et 3 jours
Adoption de 2 enfants	25 semaines et 3 jours
Adoption de 3 enfants ou plus	34 semaines et 3 jours

Lorsque le congé est réparti entre les 2 parents, ceux-ci peuvent bénéficier de 25 jours supplémentaires de congé d'adoption (32 jours en cas d'adoption multiple).

Démarches

Pour constituer votre dossier, vous devez fournir à votre caisse d'assurance maladie des documents en fonction de l'origine de l'enfant que vous adoptez. Ces documents subordonnent l'octroi de l'indemnité.



Si vous décidez, pour des raisons personnelles, de ne pas reprendre tout de suite le travail après la fin du congé légal de maternité ou d'adoption, vous ne percevrez aucune indemnité de la CPAM ou de la Carpimko (contactez la Caf afin de vous renseigner sur un éventuel congé parental).



EN PRATIQUE

Déclarez votre grossesse au plus tôt auprès de votre caisse d'assurance maladie et de votre Caisse d'Allocations familiales. Soumettez-vous aux examens prévus pendant votre grossesse et après l'accouchement.

De même votre enfant devra bénéficier d'un certain nombre d'examens médicaux. Le défaut de production des certificats dans les délais et/ou le non-respect de ces obligations peut entraîner des pénalités et vous faire perdre vos droits à prestations.

En cas de grossesse pathologique, si vous exercez en libéral, adressez à la Carpimko une copie de vos arrêts de travail par envoi recommandé avec accusé de réception et rapprochez-vous de votre assurance prévoyance privée.

Sources Ameli.fr



Un service dédié aux orthophonistes, qui vous accompagne sur tous les aspects juridiques de votre profession.

Consultations juridiques/Rédaction et étude de contrats

Maude Premier, juriste de la FNO

27, rue des Bluets - 75011 PARIS - service.juridique@fno.fr

Permanences téléphoniques gratuites
réservées aux adhérents (sans RDV)

01 40 37 41 44



2ÈME JOURNÉE SCIENTIFIQUE DU SDO13

LA VOIX

Quoi de neuf?

— VENDREDI —
11 OCTOBRE

A PARTIR DE 9H
AU CERCLE DES NAGEURS DE MARSEILLE

AVEC L'INTERVENTION
EXCEPTIONNELLE
DU SERVICE ORL
DE L'AP-HM
LA CONCEPTION
SOUS LA COORDINATION DU
Pr GIOVANNI

ANTOINE GIOVANNI
RALPH HADDAD
ALEXIA MATTEI
EMMANUELLE ALBERT
ESTELLE BOGDANSKI
MARIE CACHI-POUYENNE
ANNABELLE CAPEL
CAMILLE GALANT
AURÉLIE LASSALLE
JOANA REVIS

ORL
ORTHOPHONISTES

SDO13
fno Bouches-du-Rhône

Ouvert à tous/ Inscription obligatoire
Contact : sdo13.fno@gmail.com



SCANNE MOI!

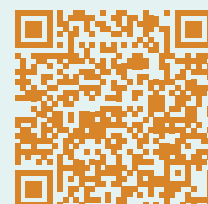


Évaluation et prise en soin orthophonique des patients présentant des troubles de la compréhension

Les objectifs de cette formation :

- fournir des données théoriques issues des études sur la compréhension orale et écrite ;
- présenter le fonctionnement de bons compreneurs, en montrant toutes les compétences qui sont mobilisées dans une tâche de compréhension afin de mieux comprendre et identifier les difficultés rencontrées par les mauvais compreneurs présentant un ou plusieurs TND ainsi que les différentes causes de ces difficultés ;
- en s'appuyant sur un cas clinique d'un patient ayant passé un test de compréhension de phrases, amener les stagiaires à observer et réfléchir sur les dysfonctionnements, les stratégies de compréhension utilisées, et aboutir à un diagnostic différentiel ;
- présenter différents modes d'intervention lors d'une prise en charge afin de viser la plus grande efficacité possible. Chaque patient est différent, l'orthophoniste doit donc adapter la prise en charge en fonction des observations faites lors du bilan.

Consultez le programme de formation



Les 7 et 8 juin 2024
de 9h00 à 18h00

27 rue des Bluets
75011 PARIS