



*Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste*

**Enquête sur le vécu des patients concernant la formulation d'une
demande de soins orthophoniques et l'obtention d'une prescription
médicale conforme**

par **Saskia BENOIST**

Sous la direction de :

Claire DUC

Aurélie JOSSE

Composition du jury :

Julie GORNES

Cécile MOUYSSET

Juin 2022

Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III

Faculté de médecine Toulouse Rangueil

Enseignement des techniques de réadaptation

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail :

Claire Duc et Aurélie Josse, mes encadrantes, qui ont accepté d'encadrer leur premier mémoire et m'ont accompagnée avec beaucoup de bienveillance tout au long de cette année. Merci pour toutes vos relectures, vos conseils et vos encouragements.

Nicky Le Feuvre et Laurence Tain, d'avoir pris le temps au cours d'un appel visio de m'orienter sur le sujet que je souhaitais traiter.

Christophe Rives et Muriel Gabas, d'avoir pris le temps de me conseiller individuellement au cours d'entretiens et de m'avoir apporté leur expérience et leur expertise méthodologique.

Je remercie **Isabelle Vera-Santafé et Agnès Claret-Tourner** d'avoir accepté de participer à la phase de pré-test de mon questionnaire.

Merci à toutes les orthophonistes ayant partagé mon questionnaire auprès de leurs patients et sans qui ce mémoire n'aurait pas pu aboutir. Merci à tous les patients y ayant répondu.

Merci au SDORPACAC, au SOROCC et à l'URPS PACA d'avoir diffusé ce questionnaire, ainsi qu'aux administratrices des différents groupes sur les réseaux sociaux.

Merci à l'équipe pédagogique, pour leur accompagnement tout au long de ces 5 années.

Je remercie profondément toutes mes maîtres de stage, auprès desquelles j'ai tant appris, de m'avoir donné confiance en mes capacités.

Les membres du jury, **Julie Gornès et Cécile Mouysset**, pour l'attention portée à ce mémoire et leur lecture attentive.

Merci à ma famille, pour leur amour, leur bienveillance et leur humour à toute épreuve. A mes parents, de m'avoir toujours accompagnée dans tout ce que j'ai pu entreprendre.

Merci à mon frère et ma sœur, vous êtes gentils.

Un grand merci à mes amis et amies de longue date, d'être toujours là quoi qu'il arrive. Merci à toutes celles qui sont venues découvrir Toulouse pendant ces 5 ans.

Mes sœurs, d'être toujours réactives et d'offrir de si bons conseils.

A mon BN, les lumières directement reliées à mon cœur.

Les personnes que l'orthophonie m'a apportées, Nadia, Léo, Laurine, Dom, Maïwenn, Lisa, Melyne, Anna.

Merci Louis, d'être là.

Caroline, Léa, Lucille, Manon, Rebecca, Ysaline, d'avoir embelli ces 5 années. J'ai hâte de voir ce que les prochaines nous réservent !

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
TABLE DES MATIERES	2
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	5
TABLE DES ANNEXES.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	10
I. L'ORTHOPHONIE.....	10
1. Historique	10
2. Démographie	10
3. Etudes et modalités d'accès aux études d'orthophonie	10
3.1 Modalités d'accès aux études d'orthophoniste.....	10
3.2 Etudes en vue d'obtenir le Certificat de Capacité d'Orthophoniste.....	10
4. Définition du métier	11
5. Prescription par l'orthophoniste	12
6. Prescription médicale et compte-rendu	12
6.1 Evolution du contenu de la prescription médicale	12
6.2 Procédure de prescription d'orthophonie	13
II. L'ACCES AUX SOINS	14
1. Les différents types de soins	14
1.1 Les soins de santé primaires ou de premier recours.....	14
1.2 Les soins de santé secondaires.....	14
1.3 Procédure « classique » d'accès à l'orthophonie	14
1.3.1 Orientation vers l'orthophonie	15
1.3.2 Prise en soin par un orthophoniste salarié.....	15

1.3.3	Prise en soin par un orthophoniste libéral	16
2.	Compétences d'auto-soin	16
2.2	Evolution de la relation soignant-soigné	16
2.3	Education thérapeutique du patient.....	17
3.	Etudes sur l'accès aux soins en France.....	17
3.1	La conception « géographique » de l'accès aux soins	18
3.1.1	La notion de désert médical	18
3.1.2	L'indicateur d'Accessibilité Localisée	18
3.2	Les mesures de l'accès aux soins selon le point de vue des patients	19
3.3	L'accès aux soins des patients en orthophonie.....	20
	PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	22
I.	Problématique	22
II.	Hypothèses.....	23
	METHODOLOGIE.....	24
I.	Population cible.....	24
II.	Matériel	24
1.	Choix de la méthode.....	24
2.	Construction du questionnaire.....	24
2.1	Choix de la plateforme	24
2.2	Consentement et qualification des données et de leur traitement	25
2.3	Structure du questionnaire	25
2.4	Formulation des questions.....	26
2.5	Pré-test	28
2.6	Diffusion du questionnaire	28
2.7	Méthode de traitement des données	29
	RESULTATS.....	30
1.	Profil de l'échantillon	30
1.1	Profil des répondants	30

1.2	Pathologies concernées	30
1.3	Présence d'un médecin traitant et fréquence de consultation	31
1.4	Connaissances sur le métier d'orthophoniste.....	31
2.	Démarches empruntées	33
2.1	Premier contact.....	33
2.2	Avis sur l'accessibilité aux informations permettant ces démarches	33
2.3	Temporalité des démarches.....	34
2.4	Informations données par l'orthophoniste.....	36
3.	Obtention d'une prescription médicale	36
3.1	Réaction du médecin à la demande de prescription médicale	36
3.2	Temporalité de l'obtention d'une prescription médicale	37
4.	Obtention d'une prescription médicale correctement libellée	37
5.	Conclusion de nos résultats.....	38
	Discussion	39
1.	Discussion autour de l'hypothèse 1	39
1.1	Discussion autour de l'hypothèse 1a.....	39
1.2	Discussion autour de l'hypothèse 1b.....	41
2.	Discussion autour de l'hypothèse 2	41
2.1	Discussion autour de l'hypothèse 2a	42
2.2	Discussion autour de l'hypothèse 2b.....	42
3.	Biais et limites de l'étude	43
4.	Perspectives.....	44
	CONCLUSION	45
	BIBLIOGRAPHIE.....	46
	SIGNATURE DES ENCADRANTES.....	50
	ANNEXES.....	51
	RÉSUMÉ – ABSTRACT	63

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Pathologies des patients ayant répondu au questionnaire ou dont l'aidant a répondu au questionnaire	30
Figure 2 : Graphique présentant le moyen par lequel le répondant savait que l'orthophoniste prenait en charge la pathologie qui le concernait ou concernait la personne pour qui il répondait.....	32
Figure 3 : Graphique représentant le moyen par lequel le répondant a su que sa demande relevait de l'orthophonie.....	32
Figure 4 : Moyens par lesquels les répondants ont su qu'une prescription médicale était nécessaire	33
Figure 5 : Avis des répondants sur l'accessibilité aux informations sur les démarches d'accès aux soins orthophoniques.....	34
Figure 6 : Délai écoulé entre les premiers doutes et l'initiative de contacter quelqu'un.....	35
Figure 7 : Raisons pour lesquelles les répondants ont mis plus de trois semaines à contacter quelqu'un	35
Figure 8 : Indications données par les orthophonistes lors du premier appel	36
Figure 9 : Graphique représentant la réaction du médecin à la demande d'une prescription médicale pour soins orthophoniques	37
Figure 10 : Graphique présentant la proportion de prescriptions médicales correctement libellées ou incorrectement libellées.....	38

TABLE DES ANNEXES

<u>Annexe 1 : Questionnaire</u>	51
<u>Annexe 2 : Tableau de justification des questions</u>	57
<u>Annexe 3 : Notice d'information</u>	59
<u>Annexe 4 : Affiche transmise pour la diffusion du questionnaire</u>	61
<u>Annexe 5 : Structure du compte-rendu de bilan orthophonique(UNCAM & FNO, 2002)</u>	62

LISTE DES ABREVIATIONS

AMO : Acte Médical d'Orthophonie

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

CCO : Certificat de Capacité d'Orthophoniste

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DAP : Demande d'accord préalable

DREES Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FNEO : Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie

FNO : Fédération Nationale des Orthophonistes

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PMI : Protection Maternelle Infantile

SCOR : Scannérisation des ordonnances

SOROcc : Syndicat des Orthophonistes de la Région Occitanie

SDORPACAC : Syndicat des Orthophonistes de la Région Provence Alpes Côte d'Azur - Corse

URPS : Union Régionale des professionnels de santé

INTRODUCTION

L'accès au soin a souvent été étudié selon des mesures quantifiables, avec des critères d'accessibilité, comme la distance et la disponibilité. (Nguyen-Khac, 2017) Les perceptions des patients n'étaient cependant pas toujours prises en compte et ces études étaient donc incomplètes. Des chercheurs ont essayé de préciser les obstacles rencontrés par les patients et ont ainsi mis en évidence 5 propriétés à prendre en compte : la disponibilité, l'accessibilité, la commodité, la capacité financière et l'acceptabilité. (Penchansky & Thomas, 1981)

Depuis 1965, l'orthophonie se pratique sous prescription médicale. Dans le parcours de soin, les patients s'adressent à un médecin avant toute prise en soin orthophonique. Il est l'interlocuteur de première intention qui permet un premier « tri » entre les patients relevant de l'orthophonie ou non. C'est aussi souvent lui qui peut indiquer la procédure à suivre, c'est-à-dire la nécessité d'une prescription médicale pour effectuer un bilan et une rééducation si elle est nécessaire. Le rôle de l'orthophoniste a cependant été renforcé en 2002, puisque c'est maintenant elle ou lui qui décide du nombre de séances à effectuer après le bilan. (Marlier, 2004) Ainsi, médecin et orthophoniste travaillent ensemble afin de permettre l'accès à un bilan et à une rééducation aux patients qui en ont besoin.

Concernant l'accès aux soins orthophoniques, les difficultés d'accès ont pu être documentées dans une perspective démographique, avec des données quantifiables récoltées par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Une enquête intitulée « Quelles sont les conditions d'accès aux soins en orthophonie sur votre territoire ? » a été lancée en octobre 2021, menée par Joy Raynaud, docteure en géographie et spécialiste de l'accès aux soins. Elle est centrée sur le point de vue des orthophonistes exerçant en libéral et en mixte. Elle a pour objectif de « cibler les territoires les plus fragiles » à travers le vécu des orthophonistes. En effet, depuis de nombreuses années, le manque d'orthophonistes sur le territoire est ressenti par les orthophonistes eux-mêmes et elles-mêmes et par les patients. Les listes d'attente peuvent être établies sur plusieurs années dans certains territoires et même les zones bien dotées ne semblent pas échapper au grand nombre de demandes de bilan ou de soins. L'accès aux soins est donc retardé pour beaucoup de patients.

Etant donné qu'une étude est déjà menée par Joy Raynaud sur le vécu des orthophonistes quant aux conditions d'accès aux soins orthophoniques, nous nous intéresserons dans ce mémoire à

l'accès au soin du point de vue des patients, en centrant nos recherches sur les différentes façons d'accéder à l'orthophonie. Nous chercherons ainsi à nous renseigner sur les connaissances des patients sur l'orthophonie et les moyens d'y avoir accès. Nous pourrons ainsi différencier les différents parcours empruntés, notamment les différents « premiers interlocuteurs » à qui les patients s'adressent.

PARTIE THEORIQUE

I. L'ORTHOPHONIE

1. Historique

Le terme d'orthophonie a été inventé par le Dr M. Colombat de l'Isère en 1828. (Brin-Henry et al., 2018) On désigne comme évènement fondateur de l'orthophonie française la collaboration entre Suzanne Borel-Maisonny et le Dr Veau en 1926. Le Dr Veau, chirurgien maxillo-facial, voulait à l'époque que les enfants qu'il opérait puissent parler. Il a donc fait appel à Suzanne Borel-Maisonny qui, grâce à ses connaissances de linguiste, a pu élaborer la première méthode de rééducation orthophonique pour des enfants opérés de fentes palatines. (Tain, 2016, p. 85) Par la suite, Suzanne Borel-Maisonny a élargi avec ses collaboratrices son champ de compétence autour de la parole et du langage, de la communication dans son ensemble et dans ses modalités orales ou écrites. (Kremer & Lederlé, 2020, p. 7)

L'orthophonie est présentée comme « un complément au savoir médical ». (Tain, 2016, p. 24) Elle s'inscrit donc en France dans le domaine médical. C'est la raison pour laquelle on désigne les orthophonistes comme « auxiliaires médicaux » dans l'article L4341-1 du Code de la Santé Publique. (Code de la santé publique, 2000)

2. Démographie

Au 1^{er} janvier 2021, selon la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), on comptait en France 27 642 orthophonistes. 22 307 d'entre eux ont une activité libérale ou mixte (80,7%) et 2 164 sont orthophonistes hospitaliers (7,8%). (DREES, 2021) 3171 orthophonistes exercent une activité salariée autre (11,47%).

3. Etudes et modalités d'accès aux études d'orthophonie

3.1 Modalités d'accès aux études d'orthophoniste

Depuis la rentrée 2020, l'examen d'aptitudes qui permettait jusqu'alors d'accéder aux études a été supprimé. Désormais, la sélection se fait par un examen du dossier sur Parcoursup, accompagné d'une lettre de motivation et d'un oral. (Kremer & Lederlé, 2020, p. 16)

3.2 Etudes en vue d'obtenir le Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Pour pratiquer le métier d'orthophoniste, il faut être détenteur du Certificat de Capacité d'Orthophoniste (CCO), qui, depuis 2013, s'obtient après 5 années d'études (Article L4341-1 code de santé publique).

Le contenu des cours est explicité dans le référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste, publié au Journal Officiel le 5 septembre 2013. On distingue dans la nouvelle maquette douze domaines principaux, déclinés en différents enseignements au cours du cursus. (Kremer & Lederlé, 2020, p. 14) Tout au long du cursus, les étudiants ont des stages à effectuer dans divers lieux tels que des écoles, avec d'autres professionnels de santé, dans des services de pédiatrie et gériatrie, et enfin avec des orthophonistes.

4. Définition du métier

Le décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste définit l'orthophonie comme suit :

« L'orthophonie consiste :

- à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;
- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions »

L'orthophonie est régie par le code de santé publique à l'article L4341-1 (Quatrième partie, livre 3) et est reconnue comme profession de santé.

Cet article précise les compétences des orthophonistes, à savoir « la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales ». L'orthophoniste peut exercer en cabinet libéral ou en structure médico-sociale ou sanitaire.

Durant la crise du covid-19, le télésoin a été autorisé pour que les orthophonistes puissent maintenir leurs séances de rééducation en visioconférence. Cette mesure dérogatoire a été pérennisée par l'arrêté du 23 avril 2021 qui entérine l'avenant n°17 (Ministère des solidarités et de la Santé, 2021a) et tous les actes des orthophonistes inscrits à la NGAP sont réalisables en télésoin, à l'exception :

- Des bilans initiaux
- Des actes nécessitant un contact direct en présentiel avec le patient.

5. Prescription par l'orthophoniste

Depuis le décret n°2017-335 du 14 mars 2017 relatif à la prise en charge des dispositifs médicaux prescrits par les orthophonistes et les orthoptistes, les orthophonistes sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux. Les articles R. 165-1 et R. 165-34 précisent ces dispositifs. De fait, sauf indication contraire du médecin, l'orthophoniste peut prescrire :

- Des accessoires pour prothèse respiratoire
- Des accessoires pour valve automatique
- Des accessoires pour implant cochléaire

L'orthophoniste est également autorisé à renouveler une prescription médicale pour ces dispositifs ainsi que pour des canules trachéales.

6. Prescription médicale et compte-rendu

Les actes orthophoniques sont réglementés par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), au Titre IV, Chapitre II, Article 2.(UNCAM, 2022)

6.1 Evolution du contenu de la prescription médicale

La profession d'orthophoniste est officiellement reconnue par la loi n°64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste. La loi prévoit que les orthophonistes ne peuvent exercer que sur prescription médicale (art. 504-1). A cette époque, le médecin devait spécifier sur son ordonnance la nature du traitement et le nombre de séances. Il était également le seul habilité à modifier le nombre de séances. (Marlier, 2004)

Différentes lois sont venues étoffer les compétences des orthophonistes et leur conférer une plus grande autonomie depuis 1964. Une des plus marquantes est celle de 2002. En effet, l'arrêté du 25 juin 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sage-femmes et des auxiliaires médicaux prévoit que les orthophonistes peuvent décider de la nature du traitement préconisé et le nombre de séances à effectuer. Depuis cette date, les différents intitulés conformes de la prescription sont « bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire », « bilan orthophonique d'investigation » ou « bilan orthophonique de renouvellement ». Ils ne mentionnent donc plus ni la nature ni la fréquence du traitement.

Depuis 2017, l'article 25 de l'avenant 16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie autorise les orthophonistes à intervenir sans prescription médicale en cas d'urgence. (Ministère des solidarités et de la Santé, 2017)

En 2021, la loi Rist visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification a octroyé la possibilité aux orthophonistes de renouveler une ordonnance de séances si celle-ci date de moins d'un an. (Gouvernement Castex, 2021)

Fin 2021, le PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) pour 2022 a accordé la possibilité d'un accès direct aux soins en orthophonie, dans 6 départements expérimentaux. (Journal Officiel, 2021) Cet accès direct ne sera cependant pas le seul moyen d'accéder à l'orthophonie, l'orientation par un médecin avec une prescription médicale sera toujours possible. Ce projet a pour but de faciliter l'accès aux soins orthophoniques en donnant la possibilité aux orthophonistes d'effectuer un bilan et une rééducation sans prescription médicale. La coordination interprofessionnelle restera cependant présente car le compte-rendu du bilan orthophonique devra toujours être envoyé au médecin du patient.

6.2 Procédure de prescription d'orthophonie

La NGAP propose trois types de bilans : le bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire, le bilan orthophonique d'investigation et le bilan de renouvellement. (UNCAM, 2022)

A l'issue de chaque bilan, un compte-rendu indiquant le diagnostic orthophonique doit être adressé au prescripteur. Dans le cadre d'un bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire ou d'un bilan de renouvellement, le compte-rendu doit comprendre les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances. Dans le cadre d'un bilan d'investigation, il faut que le médecin prescrive une rééducation orthophonique si elle est nécessaire.

Dans tous les cas, si l'orthophoniste décide d'entamer des soins orthophoniques, il faut envoyer une Demande D'accord Préalable (DAP) à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Depuis 2014, le dispositif SCOR (SCannérisation des ORdonnances) permet aux orthophonistes de remplacer l'envoi du duplicata de l'ordonnance papier lors de la DAP par un document numérisé. (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013) Cette DAP doit être accompagnée de l'ordonnance du médecin, avec un libellé conforme. En effet, si l'ordonnance n'est pas réglementaire, la DAP peut être refusée ou l'orthophoniste peut, ultérieurement, être contraint de rembourser les paiements en lien avec cette ordonnance.

L'avenant 19, qui entrera en vigueur à partir de l'été 2022, prévoit que la DAP ne sera plus nécessaire dans le cas d'un bilan initial. (UNCAM & FNO, 2022)

Depuis, l'avenant n°18 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie datant d'octobre 2021 prévoit que les orthophonistes peuvent adapter et renouveler une prescription médicale de moins d'un an, à condition que le terme « bilan » soit bien inscrit sur l'ordonnance. (UNCAM & FNO, 2021)

Après avoir effectué le bilan, l'orthophoniste se réfère aux cotations correspondant à la pathologie prise en charge, en suivant la lettre clé AMO de la NGAP, afin de facturer les bilans et séances.

II. L'ACCES AUX SOINS

1. Les différents types de soins

1.1 Les soins de santé primaires ou de premier recours

En France, le médecin traitant a un rôle déterminant dans la prise en soins. Il est le professionnel de proximité. Historiquement, il était et est toujours parfois appelé « médecin de famille ». (Nguyen-Khac, 2017) La CPAM le définit comme suit : « Le médecin traitant assure les soins de premier recours habituels et de prévention dont a besoin son patient ». Il a un rôle de prévention, de dépistage, de suivi et d'éducation thérapeutique du patient. (Caisse Primaire d'Assurance Maladie, 2020) C'est également lui qui est le plus souvent chargé de coordonner les soins entre les différents professionnels de santé auxquels ont recours les patients. Il assure ainsi un suivi et redirige sa patientèle vers différents spécialistes en cas de besoin.

Le rôle de médecin traitant peut être assuré par n'importe quel praticien inscrit à l'ordre des médecins. (Caisse Primaire d'Assurance Maladie, 2020)

1.2 Les soins de santé secondaires

Avant de consulter des médecins spécialistes ou d'autres généralistes, les patients doivent obtenir une orientation préalable prescrite par leur médecin traitant, s'ils ne veulent pas avoir une baisse de leur remboursement. Cela signifie qu'ils devront se présenter au médecin spécialiste ou généraliste avec une lettre rédigée par leur médecin traitant.

Cependant, un certain nombre de spécialistes ne sont pas soumis à cette orientation préalable et peuvent donc être consultés en accès direct. (Caisse Primaire d'Assurance Maladie, 2020)

Ces médecins sont :

- Les gynécologues
- Les ophtalmologues
- Les psychiatres ou neuropsychiatres
- Les stomatologues

1.3 Procédure « classique » d'accès à l'orthophonie

1.3.1 Orientation vers l'orthophonie

Le médecin et l'orthophoniste doivent travailler en étroite collaboration pour offrir aux patients le meilleur suivi possible.

Kremer (2020) explique que dans la réalité, 3 types de médecins prescrivent les soins orthophoniques. Le médecin de famille est celui qui rédige dans la majorité des cas la prescription orthophonique. Il est défini ici comme le véritable « pivot » de la prévention et du dépistage en orthophonie.

Le médecin spécialiste est également amené à faire la prescription. D'après Kremer (2020), il s'agit essentiellement du pédiatre, de l'oto-rhino-laryngologiste, parfois du neurologue, du psychiatre ou du gériatre. Dans ces cas, la prescription se fait en complément d'autres examens.

Enfin, les médecins de prévention prescrivent également de l'orthophonie. Ce sont des médecins travaillant dans des institutions, notamment la protection maternelle infantile (PMI).

Néanmoins, il est important de prendre en compte les connaissances des médecins généralistes concernant les modalités de prescription de l'orthophonie. En effet, le mémoire d'orthophonie intitulé « Connaissances des médecins généralistes sur la prescription médicale en orthophonie » réalisé par Marie Boisnault (2018) a pu approcher les connaissances des médecins généralistes et internes en médecine générale à l'aide de questionnaires. Cette étude, menée auprès de 503 médecins généralistes et 152 internes en médecine générale, a pu démontrer que 82,3% des généralistes et 86,2% des internes en médecine générale interrogés ne connaissaient pas suffisamment les modalités de prescription (indication, libellé, obligation de prescription, âge de prise en charge, remboursement). Une étude similaire avait été conduite par Alice Mouranche en 2004 et arrivait aux mêmes conclusions. (Mouranche, 2004) Le mémoire de Marie Boisnault ajoute que le plus souvent, l'enseignant (91,1% des cas), la famille (62,4% des cas) ou l'orthophoniste (34,6% des cas) sont à l'initiative de la demande de prescription. Les connaissances des médecins concernant le champ de compétence des orthophonistes et les modalités de prescription restent donc à améliorer pour assurer une meilleure orientation vers l'orthophonie et par la suite une plus grande implication du médecin dans le suivi des soins orthophoniques.

1.3.2 Prise en soin par un orthophoniste salarié

Pour voir un orthophoniste salarié (en structure/hôpital), les patients doivent s'adresser à la structure dans laquelle l'orthophoniste travaille. Suivant la demande, ils seront ensuite redirigés vers chaque professionnel compétent. Pour commencer une prise en soin orthophonique, il faudra que le patient fournisse une prescription médicale à l'orthophoniste qui effectuera un bilan. Généralement,

le médecin de la structure est celui qui fait la prescription médicale, qui est ensuite directement fournie à l'orthophoniste, et ne transite donc pas par le patient. Par la suite, l'équipe pluridisciplinaire doit valider le projet, en concertation avec les patients ou leurs proches. (Kremer & Lederlé, 2020, p. 95)

1.3.3 Prise en soin par un orthophoniste libéral

Les patients doivent se rendre chez un médecin généraliste ou spécialisé qui leur donnera une prescription pour un « bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire ». Ils doivent ensuite consulter l'orthophoniste de leur choix qui effectuera ce bilan. Une fois celui-ci terminé, l'orthophoniste doit envoyer au médecin prescripteur son compte-rendu (voir annexe n°6 pour la structure réglementaire du compte-rendu) et décide si une prise en soins est préconisée. Si le choix est fait d'entamer une prise en soin, l'orthophoniste devra faire une demande d'accord préalable (DAP) auprès de la caisse d'assurance-maladie du patient. Cette demande d'accord préalable définira si une prise en charge financière est possible. La CPAM dispose de 15 jours pour notifier son refus de la prise en charge. Les séances de rééducation ne peuvent commencer qu'à l'issue de ces 15 jours. (Kremer & Lederlé, 2020, p. 95)

Il peut également s'agir d'un bilan d'investigation et dans ce cas, c'est au médecin de refaire une ordonnance de prescription de soins orthophoniques.

2. Compétences d'auto-soin

2.2 Evolution de la relation soignant-soigné

Nous parlons principalement dans ce mémoire de l'accès aux soins en termes d'accès aux professionnels de santé mais il peut être intéressant d'évoquer les compétences acquises par les patients et les formations qui leur sont proposées pour les rendre acteurs de leurs soins.

En effet, jusque dans les années 60, la relation soignant-patient se basait plutôt sur un modèle paternaliste, c'est-à-dire avec un sachant et un non-sachant. Alexandre Jaunait explique que pour justifier le paternalisme médical, plusieurs raisons sont invoquées. La première est que le médecin, par son savoir et son expérience, est plus apte à prendre des décisions pour le patient. La seconde est que le patient, par sa condition (et par son manque de connaissances dû au fait qu'il n'est pas lui-même médecin), n'est pas apte à prendre des décisions le concernant de façon éclairée. (Jaunait, 2003)

Ce modèle a évolué au fur et à mesure pour rendre la relation soignant-soigné plus horizontale : il y a le médecin et son expertise médicale ; et il y a le patient, l'expertise qu'il a de lui-

même et son expérience. On parle de « littératie en santé », qui correspond au « degré de capacité des individus à obtenir, traiter et comprendre les infos et services de santé de base nécessaires pour prendre des décisions appropriées en matière de santé ». (Lapinte & Legendre, 2021)

Le but est désormais de favoriser l'autonomie du patient et de le rendre acteur dans sa prise en soins. Cette autonomie vise à rendre plus efficaces les prises en soins et également à endiguer les difficultés d'accès aux professionnels de santé. En effet, pour certaines pathologies, une autonomie complète est possible dans les soins ou la rééducation. Certains patients sont conseillés et orientés par le professionnel de santé et peuvent ensuite ne plus avoir besoin de ce dernier. Cela ne s'applique bien sûr pas à toutes les pathologies. Cette autonomie doit être encadrée et une expertise professionnelle reste la plupart du temps nécessaire, même s'il ne s'agit par exemple que d'un seul rendez-vous, afin d'éviter de mauvais traitements ou du moins des traitements inappropriés ou inefficaces.

2.3 Education thérapeutique du patient

Depuis 2009, la loi HPST a inscrit officiellement l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans son parcours de soin. (Code de la santé publique, 2009, p. 11) L'ETP « a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. » Il faut, pour créer un programme d'ETP, remplir certaines conditions (formation, personnes impliquées dans la création du programme, validation). Cependant, dans les faits, il est tout à fait possible de prodiguer des conseils pour faciliter l'autonomie du patient sans qu'on appelle pour autant cela un programme d'ETP.

3. Etudes sur l'accès aux soins en France

L'accès aux soins est un concept « multidimensionnel et normatif ». (Vergier & Chaput, 2017) En effet, de nombreux obstacles à cet accès peuvent être observés, selon des aspects spatiaux/physiques, des contraintes économiques, des considérations temporelles et organisationnelles, des dimensions sociale, symbolique et culturelle. Les critères d'évaluation qui ne prendraient en compte qu'une seule de ces dimensions sont ainsi controversés car ils ne reflètent qu'une réalité partielle de l'accès aux soins par les usagers.

En France, de nombreuses études sont menées dans le but de mesurer l'accès aux soins, en termes d'offre et de demande. Ces études se basent sur des données quantifiables comme la proximité et la densité médicale. (Nguyen-Khac, 2017) Le Code de la Santé Publique prévoit ainsi un zonage permettant d'identifier les zones où l'offre de soins (pour les professions de santé et pour les spécialités et groupes de spécialités médicales) est insuffisante ou au contraire particulièrement élevée. (Code de la santé publique, 2019) Nous détaillerons dans les parties suivantes les raisons pour

lesquelles un simple zonage ne suffit pas à refléter les réalités de l'accès aux soins. Le dernier zonage concernant les orthophonistes date de 2018.

Aujourd'hui, l'accès aux soins en France est encore largement calculé selon des critères de proximité et d'accessibilité, c'est-à-dire des critères quantifiables se rapportant à la répartition géographique des praticiens de santé.

3.1 La conception « géographique » de l'accès aux soins

3.1.1 La notion de désert médical

Le terme de « désert médical », bien que largement utilisé, reste difficile à définir. En effet, le rapport « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer » de la DREES datant de juillet 2017 (Vergier & Chaput, 2017) explique qu'aucune définition officielle n'en a été donnée. A partir de quel seuil décrète-t-on qu'un territoire est un « désert médical » ? Parle-t-on de l'accès aux médecins généralistes, aux médecins spécialistes, aux autres professions de la santé ? Quels critères sont retenus ?

Nguyen-Kac, s'appuyant sur les travaux d'Aday et Anderson, explique que la distance est un concept normatif « dont la fixation n'a rien d'une évidence ». (Nguyen-Khac, 2017) En effet, une trop grande distance ne sera pas forcément un obstacle à l'accès aux soins pour tout le monde. Pour certaines personnes, s'éloigner de son domicile permet de réduire les délais d'attente et est donc un moindre mal en vue d'obtenir des soins rapidement.

Si nous nous fions seulement au critère de distance, 98% de la population française réside à moins de 10 minutes de route d'un médecin généraliste, selon le rapport de la DREES cité plus haut. L'accès aux soins des spécialistes montre des inégalités bien plus grandes, surtout suivant la spécialisation étudiée. Malgré tout, les trois quarts de la population ont accès à un médecin spécialiste en moins de 20 minutes, quelle que soit la spécialisation.

Ce manque de définition précise ne doit pas occulter les difficultés que rencontrent les patients pour accéder à certains soins et il est dès lors important de pouvoir compléter la mesure de la distance par d'autres critères.

3.1.2 L'indicateur d'Accessibilité Localisée

L'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée a été créé en 2012 par la DREES et l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé). Il vise à « mesurer l'adéquation

spatiale entre l'offre et la demande de soins de premiers recours à un échelon géographique fin » (DREES, 2012). Ainsi, l'objectif est ici d'affiner les mesures d'offre et de demande en opérant à un échelon communal. Auparavant, ces mesures étant faites sur des bassins de vie plus étendus, les résultats étaient moins fiables. L'APL tient ainsi compte de l'âge des usagers de la commune étudiée ainsi que de l'activité des professionnels de santé. L'indicateur fait à ce jour office de référence dans l'étude des difficultés d'accès aux soins en France car il est le plus précis.

3.2 Les mesures de l'accès aux soins selon le point de vue des patients

R. M. Andersen et A. Aday ont défini en 1974 le « modèle comportemental de l'utilisation des services de santé ». (Raynaud, 2014, p. 94) Ils ont ainsi cherché à définir les conditions d'un accès équitable par trois mesures : les caractéristiques de la population, les caractéristiques du système de santé et l'utilisation du service de soins. Selon Joy Raynaud, il s'agissait d'une manière de mesurer l'accès aux soins qui pouvait être intéressante pour en approcher la réalité globale. Cependant, elle ajoute que par la suite, R. M. Andersen a fait évoluer son modèle en 1995 pour ajouter la satisfaction des patients. Ainsi, il n'était plus seulement question de savoir si l'accès était équitable mais de savoir également s'il était efficace, selon les patients. Cette nouvelle prise en compte de la satisfaction des patients permet ainsi de décrire plus finement l'accès aux soins, l'objectif principal étant que les pouvoirs publics puissent agir en fonction de ces études de terrain.

En 1981, R. Penchansky et J. W. Thomas ont développé un autre modèle de mesure de l'accès aux soins. (Raynaud, 2014, p. 100) Dans cette approche, l'accès se situe « entre la volonté et la capacité d'un consommateur à obtenir des soins ». Ainsi, on n'interroge pas la satisfaction des usagers mais leurs attentes et leur éventuelle adéquation avec les services de soins. Ils définissent alors cinq concepts pour cerner l'accès aux soins :

- La disponibilité, qui correspond à l'adéquation entre l'offre et la demande.
- L'accessibilité, c'est-à-dire la localisation des soins et notamment leur proximité.
- La commodité, c'est-à-dire les horaires d'ouverture, le temps d'attente, le système de paiement, etc.
- La capacité financière, qui correspond à la capacité du patient à payer, qu'il s'agisse des soins ou de tous les frais engendrés par ces soins (le transport par exemple).
- L'acceptabilité, qui évalue la capacité à rejeter d'éventuelles barrières socioculturelles qui empêcheraient le soin.

Ainsi, les mesures d'accès aux soins ont évolué au fil des années, pour essayer de prendre en compte les évolutions de la société et s'approcher le plus possible de la réalité des patients. Il en résulte

que nous ne pouvons plus aujourd'hui nous baser simplement sur le critère de la distance pour estimer que des patients ont facilement accès à des soins ou non. La notion « d'espace vécu » développée par Armand Frémont (Forzy et al., 2021, p. 18) pourrait être considérée comme plus pertinente pour prendre en compte la façon dont les individus vivent les distances les séparant des différentes structures de soins côtoyées. L'aspect temporel (temps d'attente pour avoir un rendez-vous ou même une fois sur place), le coût (du trajet notamment), la réputation du professionnel de santé et la relation bâtie, les barrières socioculturelles, l'âge, la nature des soins, la fréquence des soins, les difficultés rencontrées dans les démarches d'accès à ces soins, les contraintes d'organisation sont, entre autres, autant de facteurs à prendre en compte dans ces études. L'APL, citée plus haut, permet également une meilleure prise en compte de l'offre et de la demande de soins selon des critères plus variés.

3.3 L'accès aux soins des patients en orthophonie

La difficulté d'accès aux soins en orthophonie est un sujet très présent dans la profession depuis plusieurs années. En effet, la demande de soins orthophoniques se fait de plus en plus grande mais le nombre d'orthophonistes présents sur le territoire n'augmente que très peu chaque année. L'arrêté du 25 juin 2021 (Ministère des solidarités et de la Santé, 2021b, p. 202) fixe le nombre d'étudiants à admettre pour l'année 2021-2022 à 912. Ce nombre augmente peu et de façon fluctuante d'année en année, malgré une forte demande de la profession.

Actuellement, nous comptons 27 642 orthophonistes en France, au 1^{er} janvier 2021, selon la DREES. Nous n'avons pas trouvé de données précises sur le nombre de patients suivis en orthophonie. Cependant, nous savons que les listes d'attente ne font qu'augmenter et une enquête de Joy Raynaud, docteure en géographie et aménagement du territoire a été menée fin 2021 afin de pouvoir quantifier la tension entre l'offre et la demande de soins orthophoniques. Les conclusions de cette étude sont que l'accès aux soins orthophoniques est saturé dans tous les types de territoire en France (que ce soit urbain, littoral, rural). 90% des orthophonistes interrogées n'ont pas de disponibilité pour proposer un bilan au moment de l'enquête et il faut en moyenne 43 jours pour obtenir un bilan (jusqu'à 81 en zone sous-dotée). De plus, 73% des orthophonistes estiment ne pas proposer assez de séances aux patients par manque de temps, ce qui a un impact sur la pertinence de la prise en soins.

La création du site allo-ortho.com est une solution proposée par 4 collègues d'orthophonistes (la Fédération Nationale des Orthophonistes, ses syndicats régionaux, les Unions Régionales de Professionnels de Santé orthophonistes et les associations de prévention en orthophonie) pour permettre des premières réponses aux patients ou aidants en recherche d'informations. Ainsi, des articles sont disponibles gratuitement sous forme de Foire Aux Questions. Il

peut s'agir de conseils à appliquer avant d'obtenir un suivi orthophonique ou d'articles permettant d'orienter vers le professionnel de santé adéquat selon le problème rencontré. Ils sont accessibles en version longue ou résumée et également en version audio.

L'orthophonie demeure une profession relativement méconnue. C'est la raison pour laquelle les différentes instances professionnelles et étudiantes telles que la FNO avec Tous touchés, agissons ! (Fédération Nationale des Orthophonistes, s. d.) et la FNEO avec Trombinortho (Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie, 2021) lancent des campagnes d'informations sur les pathologies prises en soin en orthophonie. Cette méconnaissance n'a pas été mesurée de façon approfondie auprès de la population générale. Cependant, elle a été évoquée par Marie Boissault dans son mémoire qui a mis en lumière que certaines indications telles que l'accident vasculaire cérébral, le trouble de la lecture, les dysarthries et les maladies neurodégénératives étaient plutôt bien connues par les médecins interrogés (plus de 95% de bonnes réponses pour chaque domaine). (Boissault, 2018) D'autres pathologies telles que la presbycusie, le dysfonctionnement tubaire et le trouble de l'oralité étaient plus méconnues (moins de 35% de bonnes réponses pour chaque domaine). Nous pouvons donc imaginer que si les médecins, qui sont pourtant prescripteurs de l'orthophonie, méconnaissent certaines indications aux soins orthophoniques, des résultats similaires pourraient peut-être être observés dans la population générale.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I. Problématique

L'accès aux soins est appréhendé de façon multimodale et selon différents critères. Le critère le plus étudié, même s'il ne reflète pas le plus fidèlement le vécu des patients, est le critère spatial. Depuis plusieurs années, nous nous intéressons plus particulièrement aux expériences personnelles des patients, afin d'avoir une analyse plus qualitative des obstacles qu'ils rencontrent. (Forzy et al., 2021; Nguyen-Khac, 2017)

En orthophonie, la difficulté d'accès aux soins est calculée par rapport à la densité d'orthophonistes, grâce au zonage de 2018.

Aucune étude à ce jour n'interroge le vécu des patients quant à l'accès aux soins orthophoniques. Or, ces difficultés d'accès, au-delà de la pénurie d'orthophonistes observée en France, peuvent également être dues à une méconnaissance de la profession ainsi qu'à des difficultés d'obtention d'une prescription médicale conforme. Le parcours emprunté par les patients pour accéder aux soins en orthophonie a été évoqué brièvement dans le mémoire de Marie Boissault mais n'a pas été approfondi. Il est pourtant intéressant de savoir comment les patients sont arrivés chez l'orthophoniste : quelles connaissances avaient-ils des pathologies prises en charge ? Comment les avaient-ils acquises ? Vers qui se sont-ils tournés en premier lieu ? Ont-ils rencontré des difficultés pour obtenir une prescription médicale ? Ce dernier point est particulièrement important, sachant que nous avons pu voir dans le mémoire de Marie Boissault que 45,7% des médecins généralistes et 70,4% des internes ne savaient pas que la prescription médicale était obligatoire. Est-ce que l'intitulé de la prescription était conforme ? Ici encore, le mémoire précédemment cité indiquait que 53% des médecins généralistes et 79% des internes ne connaissaient pas le libellé officiel, datant de 2002.

Nous nous demandons alors :

« Quelles sont les difficultés majeures rencontrées par les patients ayant une demande de soins relevant de l'orthophonie non orientée par un médecin pour formuler cette demande auprès du professionnel adéquat et obtenir une prescription conforme ? »

Nous nous intéressons ici aux demandes de soins qui n'ont pas été orientées au préalable par un médecin ou un autre professionnel de santé. En effet, il est fort probable qu'une demande formulée par un professionnel de santé soit accompagnée d'indications permettant de connaître les démarches à effectuer.

II. Hypothèses

Pour répondre à notre problématique, nous émettons ces hypothèses :

Hypothèse 1 : La formulation d'une demande d'accès aux soins orthophoniques auprès du médecin en l'absence d'orientation médicale préalable n'est pas toujours immédiate.

H1a : *La formulation d'une demande d'accès aux soins orthophoniques auprès du médecin en l'absence d'orientation médicale préalable n'est pas toujours immédiate par méconnaissance du champ de compétences des orthophonistes.*

H1b : *La formulation d'une demande d'accès aux soins orthophoniques auprès du médecin en l'absence d'orientation médicale préalable n'est pas toujours immédiate par méconnaissance de la nécessité d'une prescription médicale.*

Hypothèse 2 : Les patients rencontrent des difficultés d'accès aux soins liées à l'obtention d'une prescription médicale adéquate :

H2a : *Les patients rencontrent des difficultés d'accès aux soins liées au délai d'obtention d'une prescription médicale.*

H2b : *Les patients rencontrent des difficultés d'accès aux soins liées à l'obtention d'une prescription médicale correctement libellée.*

METHODOLOGIE

Afin de réaliser un état des lieux des difficultés rencontrées par ces patients, nous avons décidé d'effectuer une enquête quantitative par questionnaire auto-administré en ligne.

I. Population cible

Notre enquête sollicite des patients bénéficiant ou ayant bénéficié ces 5 dernières années de soins orthophoniques, en libéral. Nous avons choisi de limiter à ces 5 dernières années en raison des différents changements apportés par les avenants 17, 18 et la loi RIST qui ont pu impacter l'accès aux soins. Cette limitation temporelle permet également de limiter des oublis de la part de patients dont la demande initiale de soins daterait de plus de 5 ans. La demande de soins des patients ne doit pas avoir été exprimée en premier lieu par un professionnel de santé. En effet, nous cherchons à savoir comment se renseignent les patients ou aidants qui veulent exprimer une demande de soins relevant de l'orthophonie. Il ne faut donc pas que cette demande soit exprimée par un professionnel de santé car on suppose que celui-ci connaîtra et indiquera les démarches au patient ou à l'aidant.

Les critères d'exclusion pour cette étude sont donc :

- Être suivi en structure (médico-sociale, sanitaire ou autre)
- Ne pas avoir exprimé soi-même la demande auprès d'un professionnel de santé

II. Matériel

1. Choix de la méthode

Nous avons choisi pour répondre à nos hypothèses d'avoir recours à un questionnaire auto-administré en ligne. En effet, nous avons pensé que c'était un moyen qui permettait d'avoir un maximum de réponses en peu de temps.

2. Construction du questionnaire

Le questionnaire est disponible en intégralité en annexe (annexe n°1).

2.1 Choix de la plateforme

Le référentiel de protection et sécurité des données élaboré par le délégué à la protection des données de l'Université Paul Sabatier préconise l'utilisation de la plateforme EU Survey. Cette

plateforme permet une collecte et un stockage de données sécurisés, nous avons donc choisi de l'utiliser.

2.2 Consentement et qualification des données et de leur traitement

Cette étude est qualifiée de « recherche en santé hors contexte médical » selon le référentiel de protection et sécurité des données. (Ragot, 2021) De ce fait, le recueil du consentement des participants était nécessaire. En début de questionnaire, une notice d'information (annexe n°3) a été transmise aux participants afin de les informer de l'objectif de l'enquête et de leurs droits en matière de récolte et protection des données. Après avoir consulté cette notice, les participants choisissaient ou non de participer à l'enquête. La phrase « En poursuivant ce questionnaire, vous consentez à participer à cette étude. » a été intégrée au début du questionnaire et les participants, s'ils choisissaient de continuer à répondre, donnaient ainsi leur consentement pour que les données récoltées soient exploitées. Ils étaient informés que ces données seront effacées une fois l'enquête terminée, aucune poursuite de cette enquête n'étant prévue.

Le questionnaire était anonyme et seules des données indirectement identifiantes ont été recueillies. (Ragot, 2021) Les participants pouvaient choisir d'envoyer un mail en complément du questionnaire s'ils avaient des questions ou s'ils voulaient connaître les résultats de l'étude. Les processus de sécurité et confidentialité telles que l'anonymisation ou la sécurité des espaces de stockage des données préconisées par le délégué à la protection des données ont été effectués.

2.3 Structure du questionnaire

Le questionnaire comporte 25 questions divisées en 6 parties, comme suit :

1. Introduction : elle sert à rappeler les objectifs de l'étude, la durée du questionnaire, transmettre la notice d'information et signifier le consentement du participant s'il choisit de poursuivre.
2. Profil et connaissances du métier d'orthophoniste : Nous cherchons ici à cerner plus précisément les caractéristiques de notre population et à savoir quelles connaissances elle a du métier d'orthophoniste.
3. Démarches : cette partie s'intéresse au parcours emprunté par le participant à partir du moment où il a formulé sa demande de soins et qu'il cherche à l'exprimer au professionnel compétent. Nous nous intéressons ici aux délais, aux interlocuteurs sollicités et au ressenti du patient quant à la difficulté d'accéder aux informations nécessaires à la formulation d'une demande de soins.

4. Obtention de la prescription médicale : cette partie permet de connaître les délais et démarches effectuées pour obtenir la prescription.
5. Exactitude de la prescription médicale : cette partie permet de savoir s'il y a eu des anomalies dans l'intitulé de la prescription.
6. Remerciements : remerciements pour la participation à l'étude et transmission d'une adresse mail s'ils souhaitent connaître les résultats qui en découlent ou exprimer des remarques/requêtes.

2.4 Formulation des questions

Pour formuler nos questions, nous avons choisi de proposer une majorité de questions fermées, afin de faciliter le traitement des données. François de Singly explique que « le mieux est d'adopter un compromis entre question ouverte et question fermée, le primat étant accordé aux dernières, avant tout, pour des raisons d'économie ». (De Singly, 2020)

Ainsi, après avoir lu des articles et études ayant alimenté notre partie théorique, nous avons tenté de sélectionner des questions pertinentes répondant à nos hypothèses. Selon François de Singly, « la première version d'un questionnaire doit inclure après le libellé la justification de chaque question ». Nous avons donc utilisé un code couleur pour rattacher chaque question à une hypothèse.

Concernant le profil du participant, nous avons utilisé des indicateurs assez précis, tels que le niveau d'étude ou le lieu de résidence, afin de pouvoir par la suite avoir autant de données que possible à analyser. En effet, si des différences significatives étaient observées dans les réponses des participants selon leur profil, notre analyse n'en aurait été que plus complète et nous souhaitons ne pas nous limiter.

Le questionnaire compte 14 questions fermées, 10 questions mixtes (avec un item « autre » parmi les réponses) et 8 questions ouvertes. Parmi les questions ouvertes, une seule est une « vraie » question ouverte et il n'était pas obligatoire d'y répondre. Il s'agit de la question « Pouvez-vous, en quelques lignes, expliquer pourquoi ? » qui fait suite à la question « Comment définiriez-vous l'accès aux informations pour connaître les étapes à effectuer en vue d'obtenir un bilan d'orthophonie ? ». 7 des questions ouvertes amènent à une réponse chiffrée et ont simplement été utilisées car le menu déroulant de la plateforme EU Survey était trop contraignant et que la complexité du questionnaire était déjà forte. En effet, EU survey nous informe lorsque notre questionnaire est trop complexe et que cela risque de ralentir l'ouverture, voire le remplissage du questionnaire par les participants. Nous avons donc essayé de réduire au maximum cette complexité.

Sur cette plateforme, les questions semi-fermées, c'est-à-dire avec à la fois des réponses sous forme de QCM et des réponses rédigées n'étaient pas possibles.

Prenons pour exemple la question 3, « Vous êtes :

- Un.e patient.e
- Un.e aidant.e
- Autre :

Il n'était pas possible ici de cocher « autre » et de rédiger notre réponse dans le même temps. Nous avons donc dû à chaque fois créer une nouvelle question qui n'apparaissait que lorsque le répondant cochait « autre » et qui permettait de rédiger une réponse.

Nous avons essayé de limiter le nombre de questions afin que le questionnaire ne soit pas trop long à remplir. Pour cela, le fait de rattacher chaque question (hormis celles de la partie « profil ») à une hypothèse nous a permis de nous assurer que chacune d'elle était bien utile et serait exploitable par la suite.

Nous avons proposé une question d'opinion « Comment définiriez-vous l'accès aux informations pour connaître les étapes à effectuer en vue d'obtenir un bilan d'orthophonie ? » afin de pouvoir approcher les ressentis des patients. Pour cette question, nous avons proposé 4 réponses :

- Faciles d'accès
- Plutôt faciles d'accès
- Plutôt difficiles d'accès
- Difficiles d'accès
- Non concerné.e

Selon F. de Singly, « il n'y a pas de consensus sur le fait de savoir s'il faut ou non des réponses « centristes », c'est-à-dire occupant une place centrale dans le continuum des modalités de réponse ». Nous avons cependant proposé une réponse « non concerné.e. » afin de laisser la possibilité aux répondants de ne pas exprimer d'opinion.

La question n°11 « En général, diriez-vous que vous (ou la personne pour qui vous remplissez ce questionnaire) vous rendez chez le médecin » questionnait la fréquence de rendez-vous chez le médecin. C'est une question qui provient initialement de l'étude « Accès aux soins et pratiques de recours – étude sur le vécu des patients ». (Forzy et al., 2021) Elle nous a semblé pertinente pour interroger le rapport des répondants à la santé et faire éventuellement un lien entre leur réponse à cette question et la question sur le temps écoulé entre les premiers doutes et les premières démarches. En effet, quelqu'un qui ne va jamais ou rarement chez le médecin pourrait logiquement mettre plus de temps à entreprendre des démarches pour obtenir des soins orthophoniques.

2.5 Pré-test

Pour commencer, le questionnaire a été testé par les directrices de cette étude afin qu'elles puissent apporter des points de vue divers sur la formulation des questions. Le questionnaire a été modifié plusieurs fois pour être le plus clair possible.

Ensuite, le pré-test a été effectué sur 4 personnes, à savoir 2 aidants et 2 patients. Il leur a été proposé par des orthophonistes. Nous avons prévenu les participants qu'ils devraient se chronométrer durant cette phase de réponse au questionnaire afin de pouvoir estimer la durée moyenne du questionnaire. Un second questionnaire était proposé afin d'avoir un retour structuré de l'expérience des répondants. Les retours des participants ont pu être recueillis et des modifications ont été effectuées.

Cette phase de pré-test était destinée à nous assurer dans un premier temps que l'accès au questionnaire était aisé et qu'il n'y avait pas de problème « technique ».

Nous avons également questionné les participants sur la clarté des questions et la cohérence dans l'ordre de celles-ci.

Nous avons enfin demandé aux participants combien de temps il leur avait fallu pour y répondre et s'ils avaient repéré des fautes d'orthographe ou de frappe. A l'issue de cette phase, nous avons fait une moyenne du temps de réponse et sommes arrivées à la conclusion qu'il fallait environ 10 minutes pour répondre au questionnaire.

2.6 Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé entre le 6 février et le 31 mars 2022.

Nous l'avons dans un premier temps transmis aux orthophonistes de notre entourage ainsi qu'à différentes URPS. L'URPS PACA, le SDORPAPAC et le SOROCC ont diffusé le questionnaire.

Afin d'obtenir un maximum de réponses, nous avons par la suite diffusé le questionnaire sur le groupe Facebook « Mémoires en orthophonie », le groupe « Orthophonistes du Loir-et-Cher » par l'intermédiaire d'une ancienne maître de stage et le groupe « ortho-infos ». Cette diffusion était également destinée à toucher une population étendue géographiquement.

Pour la diffusion du questionnaire, nous avons choisi de proposer une affiche (annexe n°4) aux orthophonistes, contenant un QR code qui, s'il était scanné, amenait au questionnaire. Cette méthode était destinée à faciliter la diffusion du questionnaire auprès des patients et éviter des échanges de mails trop contraignants.

2.7 Méthode de traitement des données

Après avoir clôturé le questionnaire sur EU Survey, nous avons pu exporter toutes nos données sur Excel. Pour faciliter le traitement de celles-ci, chaque question a été reliée à une hypothèse.

Nous trouvons ce découpage (annexe n°2) :

- Q1, 2, 3, 4, 4bis, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 10bis, 11, 12 : profil du répondant
- Q13, 13bis, 14, 17, 17bis : connaissances du répondant sur le métier d'orthophoniste, hypothèse 1a
- Q15, 15bis, 18 : connaissances sur la nécessité d'une prescription médicale pour effectuer des soins orthophoniques, hypothèse 1b
- Q19,20,21, 22, 23 : questions sur le délai d'obtention d'une prescription médicale, hypothèse 2a
- Q24, 24bis, 25 : question sur l'intitulé de la prescription médicale, hypothèse 2b

Après avoir exporté nos données sur un document Excel, nous avons effectué un tri à plat de celles-ci. Pour chaque question, nous avons recueilli les données brutes et les avons retravaillées afin d'obtenir des pourcentages et de pouvoir créer des graphiques. Nous avons également opéré un tri des réponses à la seule question ouverte du questionnaire.

La réponse « autre » présente dans certaines questions a été intégrée au reste des réponses. En effet, nous l'avons proposée afin de ne pas « bloquer » les participants, si jamais leur situation ne correspondait à aucune des réponses proposées. Celle-ci ayant rarement été utilisée, nous n'avons pas eu de difficulté à l'intégrer aux autres réponses.

Notre questionnaire contenant beaucoup de questions fermées, nous avons pu obtenir des données quantitatives et avons choisi de faire une analyse statistique descriptive. Notre échantillon était cependant beaucoup plus petit que ce que nous avons imaginé, comme expliqué ultérieurement dans la partie « Biais et limites de l'étude », nous n'avons donc pas pu effectuer de tests statistiques, qui n'auraient pas été significatifs. Nous avons donc dû mettre de côté certaines questions. En effet, durant l'élaboration du questionnaire, nous avons préféré demander un grand nombre d'informations aux participants pour établir un profil assez précis. Cependant, certaines données ne nous sont pas apparues intéressantes en raison du faible échantillon, comme par exemple le lieu d'habitation ou l'âge des participants.

RESULTATS

1. Profil de l'échantillon

L'échantillon compte 23 réponses au questionnaire. 3 réponses ont dû être écartées car les répondants ont indiqué avoir été dirigés initialement vers l'orthophonie par un médecin, ce qui constitue un critère d'exclusion.

1.1 Profil des répondants

Parmi nos répondants, 90% sont des femmes et 10% sont des hommes. De plus, 90% des répondants sont des aidants et 10% sont des patients. Parmi les aidants, un seul était l'aidant de son parent. Tous les autres répondaient pour leur enfant.

1.2 Pathologies concernées

Nous avons souhaité connaître les pathologies des répondants. Certains ont répondu en choisissant plusieurs items. C'est la raison pour laquelle tous les pourcentages cumulés ne donnent pas un résultat de 100%. Parmi ces répondants, nous observons une majorité de patients suivis pour des troubles du langage oral et/ou écrit.

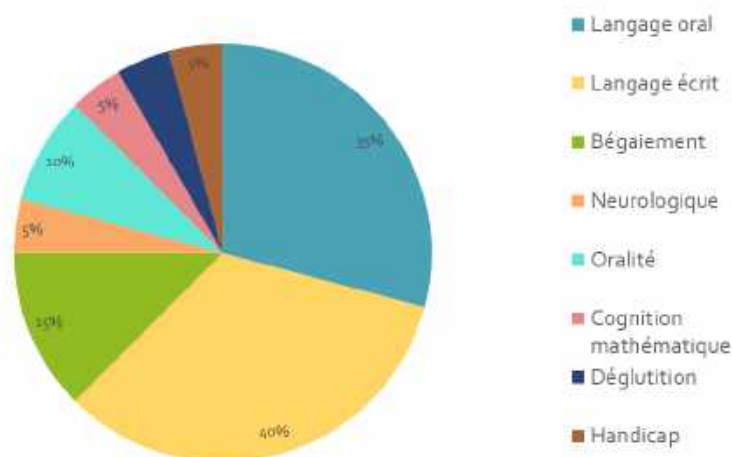


Figure 1 : Pathologies des patients ayant répondu au questionnaire ou dont l'aidant a répondu au questionnaire

Ces résultats concordent avec le fait que le questionnaire a majoritairement concerné des enfants, entre l'âge de 4 et 15 ans (concerne 17 des participants). Ce sont des résultats auxquels nous nous attendions, étant donné nos critères d'exclusion. En effet, nous pouvons supposer que le fait de ne pas inclure les patients initialement orientés par des médecins réduisait les chances d'avoir des

patients avec des pathologies neurologiques ou phonatoires, qui dans le premier cas font souvent partie d'un tableau clinique plus global ou dans le deuxième cas sont généralement l'objet d'une première visite chez l'ORL.

1.3 Présence d'un médecin traitant et fréquence de consultation

Nous avons voulu savoir si les répondants avaient déclaré un médecin traitant. En effet, si nous avons eu suffisamment de données, le but était de faire le lien entre le fait de ne pas avoir de médecin traitant et la durée d'obtention d'un rendez-vous et d'une prescription médicale. Sur cette question, 95% des répondants ont indiqué avoir un médecin traitant. La seule personne qui n'en avait pas a indiqué avoir déménagé récemment et n'avoir pas trouvé de médecin.

Nous avons également demandé aux participants leur fréquence de rendez-vous chez le médecin, avec des réponses allant de « pas assez » à « souvent ». 95% des répondants ont indiqué se rendre chez le médecin seulement lorsqu'ils en avaient besoin.

1.4 Connaissances sur le métier d'orthophoniste

Nous avons demandé aux participants s'ils savaient, avant leur suivi orthophonique, que l'orthophoniste prenait en charge la pathologie qui les concernait. 75% ont répondu par l'affirmative, 15% ont répondu par la négative et 10% ont répondu qu'ils ne se souvenaient pas. En cas de réponse affirmative, nous avons voulu savoir comment ils avaient acquis cette connaissance. Il en ressort que 44% des participants avaient un proche ou quelqu'un qu'ils connaissaient qui avait été suivi en orthophonie. 31% ont répondu que leur expérience professionnelle leur avait permis cette connaissance.



Figure 2 : Graphique présentant le moyen par lequel le répondant savait que l'orthophoniste prenait en charge la pathologie qui le concernait ou concernait la personne pour qui il répondait

Nous avons ensuite voulu nuancer cette connaissance en demandant aux répondants comment ils avaient su que leur demande spécifique relevait de l'orthophonie. En effet, nous avons estimé qu'il était possible de savoir que l'orthophoniste prenait en charge cette pathologie sans pour autant avoir identifié que leur demande relevait de cette pathologie.

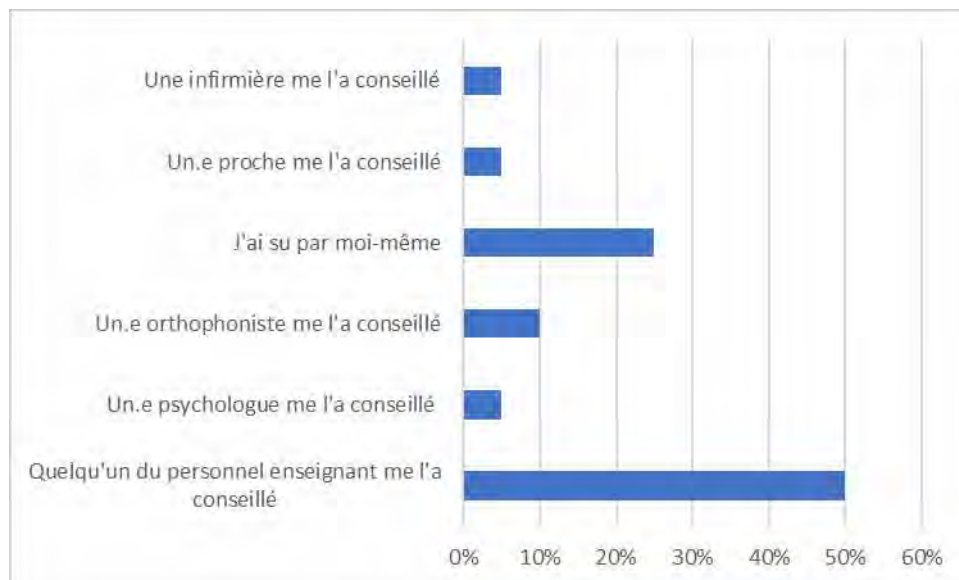


Figure 3 : Graphique représentant le moyen par lequel le répondant a su que sa demande relevait de l'orthophonie

Il apparaît que 50% des répondants ont été conseillés par quelqu'un du personnel enseignant. Ainsi, nous pouvons noter que le corps enseignant demeure un des premiers interlocuteurs à conseiller l'orthophonie, notamment en cas de trouble du langage écrit et/ou du langage oral.

2. Démarches empruntées

2.1 Premier contact

Nous avons ensuite cherché à savoir qui les répondants avaient contacté en premier. En effet, comme dit précédemment, les patients doivent s'adresser en premier lieu au médecin afin d'obtenir une prescription médicale. Il apparaît que seuls 30% d'entre eux ont emprunté ce parcours, contre 60% qui ont appelé un ou une orthophoniste et 5% qui ont appelé une association.

Les répondants qui n'avaient pas contacté de médecin en premier lieu étaient redirigés vers une question afin de savoir comment ils avaient su qu'il fallait obtenir une prescription médicale. Pour la plupart des répondants, c'est l'orthophoniste qui leur a indiqué la procédure (57%). Deux personnes (14%) ont demandé conseil à un proche ou un membre de l'équipe pédagogique. Le reste des répondants avaient déjà cette connaissance, grâce à un suivi antérieur ou au suivi d'un proche.

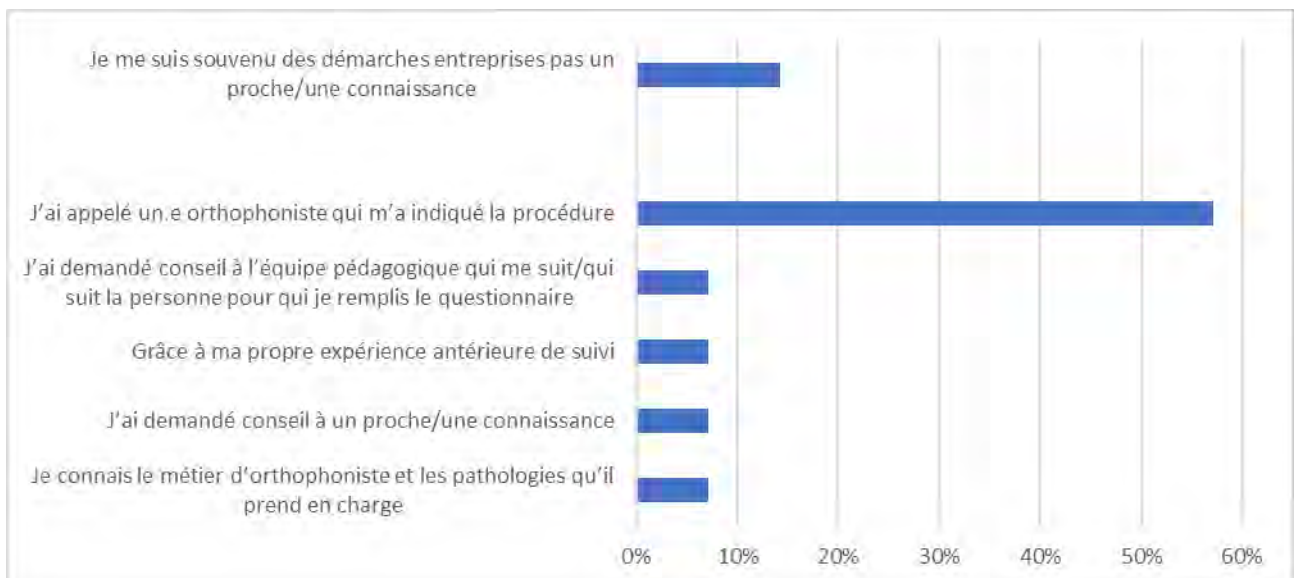


Figure 4 : Moyens par lesquels les répondants ont su qu'une prescription médicale était nécessaire

2.2 Avis sur l'accessibilité aux informations permettant ces démarches

Nous avons souhaité proposer une question afin d'aborder l'avis des patients concernant l'accessibilité aux informations sur les démarches d'accès aux soins orthophoniques. Nous avons pour cela utilisé une échelle allant de « difficiles d'accès » à « faciles d'accès ». Il en ressort que 75% des participants ont trouvé ces démarches faciles ou plutôt faciles d'accès. 25% les ont trouvées plutôt difficiles et aucun répondant ne les a trouvées difficiles.

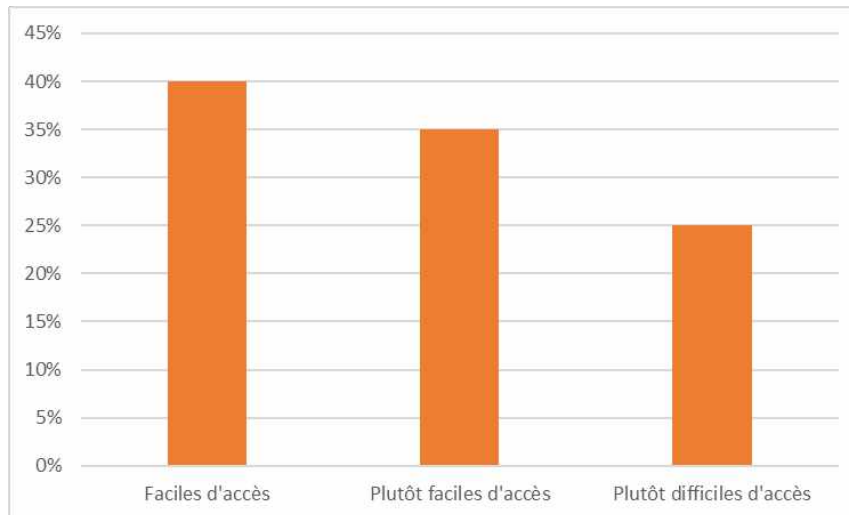


Figure 5 : Avis des répondants sur l'accessibilité aux informations sur les démarches d'accès aux soins orthophoniques

Nous avons ensuite proposé une question ouverte afin que les répondants puissent expliquer leur réponse. Une phase de codage a été nécessaire afin de rassembler les réponses similaires.

Ainsi, chez les personnes ayant trouvé l'accès aux informations sur les démarches d'accès aux soins orthophoniques facile ou plutôt facile, plusieurs raisons ont été évoquées par les répondants. 3 d'entre eux ont apprécié la disponibilité de leur médecin ainsi que ses explications. 3 d'entre eux se sont adressés à un ou une orthophoniste et ont pu obtenir les informations nécessaires. 2 d'entre eux ont pu se renseigner sur Internet et 1 a pu s'appuyer sur quelqu'un du corps enseignant.

Parmi les personnes ayant trouvé l'accessibilité aux informations plutôt difficile, deux ont exprimé la difficulté de trouver un ou une orthophoniste en raison de la demande. Ce n'était pas exactement ce que nous cherchions à savoir, notre mémoire n'ayant pas pour vocation d'évaluer la pénurie d'orthophonistes mais cela reste malgré tout un ressenti à prendre en compte. 2 personnes ont expliqué qu'elles ne s'étaient pas senties à l'aise dans le fait d'aller voir leur médecin pour évoquer un problème que celui-ci n'avait pas détecté. Enfin, 1 personne a expliqué que les difficultés en langage écrit n'avaient pas été détectées par le corps enseignant et qu'il avait donc été plus difficile de les caractériser.

2.3 Temporalité des démarches

Nous avons demandé aux patients combien de temps s'était passé entre leurs premiers « doutes » et l'initiative de contacter quelqu'un, qu'il s'agisse d'un ou d'une orthophoniste, de leur médecin ou de quelqu'un du corps enseignant.

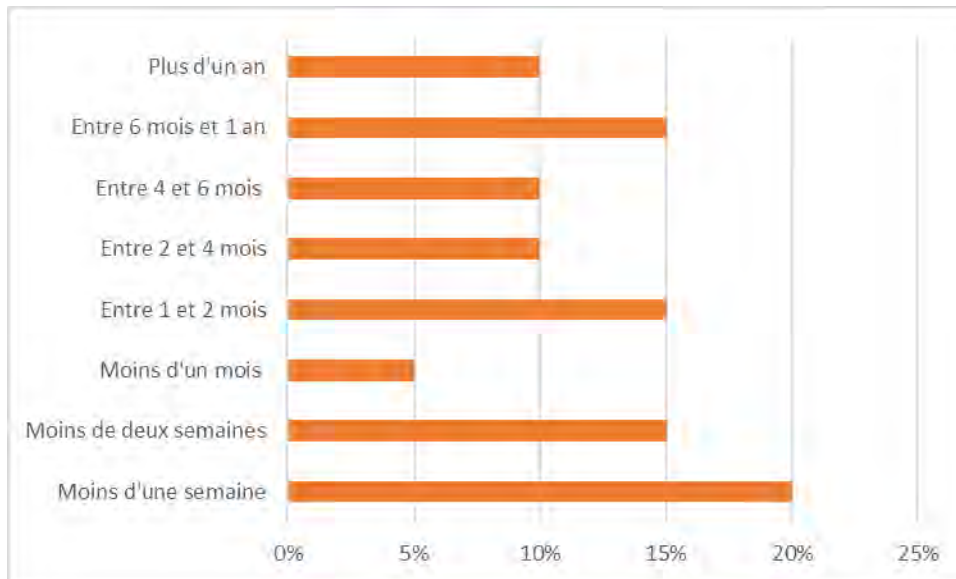


Figure 6 : Délai écoulé entre les premiers doutes et l'initiative de contacter quelqu'un

Ainsi, 20% ont répondu avoir mis moins d'une semaine à contacter quelqu'un, 15% ont mis deux semaines et 5% ont mis moins d'un mois. 60% en tout ont mis plus d'un mois, avec 10% des participants ayant mis plus d'un an.

Nous avons également demandé aux répondants qui avaient indiqué avoir mis plus de trois semaines les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas engagé des démarches plus tôt. Ici, les répondants avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses. Ainsi, il apparaît que 77% des répondants ont indiqué n'avoir pas pensé que cette prise en soin était urgente et 31% ont exprimé comme raison le fait de ne pas avoir pris conscience de la nécessité d'une prise en soins.



Figure 7 : Raisons pour lesquelles les répondants ont mis plus de trois semaines à contacter quelqu'un

2.4 Informations données par l'orthophoniste

Par la suite, nous avons voulu savoir quelles indications les orthophonistes concernées avaient pu donner aux répondants lors de leur premier appel. Plusieurs réponses étaient possibles. 55% des orthophonistes ont rappelé aux patients les procédures à effectuer et les documents nécessaires (prescription médicale, carte Vitale, carte mutuelle). 55% ont donné un rendez-vous aux patients en indiquant qu'une ordonnance était nécessaire. 15% ont également pu donner des préconisations en attendant que les patients aillent chez le médecin. Enfin, 10% ont indiqué ne plus avoir de place et parmi elles, une orthophoniste a inscrit le patient sur liste d'attente et une autre orthophoniste a donné le nom d'un confrère.



Figure 8 : Indications données par les orthophonistes lors du premier appel

3. Obtention d'une prescription médicale

3.1 Réaction du médecin à la demande de prescription médicale

Nous avons interrogé les participants concernant l'obtention d'une prescription médicale pour soins orthophoniques. Nous souhaitions savoir si le fait de demander soi-même une prescription impliquait un examen plus approfondi de la part du médecin ou non. Il apparaît que dans 50% des cas, le médecin a dans un premier temps posé plus de questions pour connaître la plainte. Dans 10% des cas, il a effectué un examen plus approfondi. Cependant, dans 40% des cas, aucune justification n'a été demandée au patient.

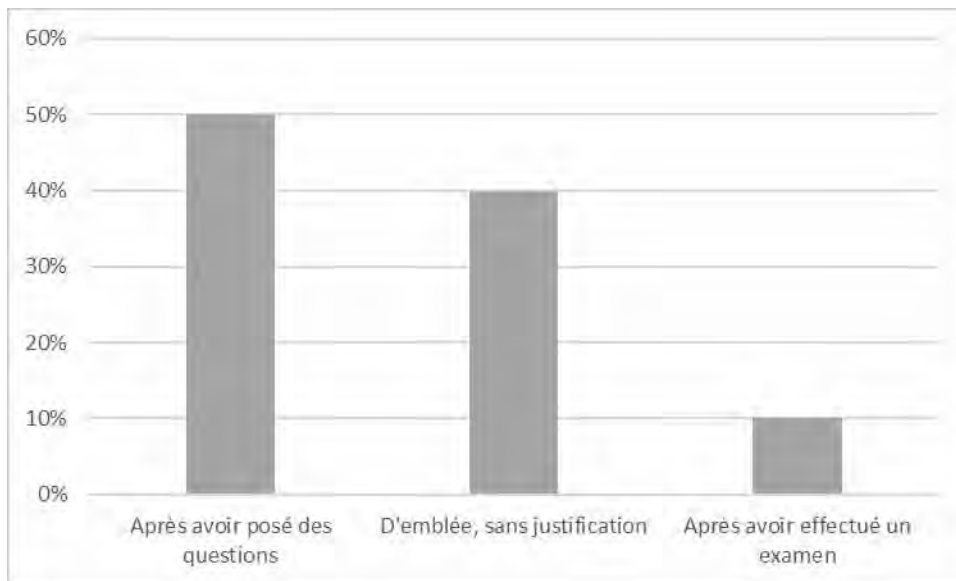


Figure 9 : Graphique représentant la réaction du médecin à la demande d'une prescription médicale pour soins orthophoniques

3.2 Temporalité de l'obtention d'une prescription médicale

Nous avons ensuite souhaité savoir combien de temps s'était écoulé entre le moment où le répondant savait qu'il lui fallait une ordonnance et le moment où il l'a obtenue. Pour 70% des participants, moins d'une semaine s'est écoulée. Pour 20% d'entre eux, moins de deux semaines se sont écoulées et pour 5%, moins de trois semaines. 5% ont répondu avoir mis entre 1 et 2 mois. Cependant, nous n'avons pas demandé les raisons de ces délais et n'aurons donc pas d'explication qualitative à apporter.

Nous avons ensuite demandé aux répondants à combien de rendez-vous cela correspondait. Pour 90% d'entre eux, cela correspond à 1 rendez-vous et pour 10%, il a fallu 2 rendez-vous. En aucun cas le médecin n'a effectué les démarches (autrement dit contacter l'orthophoniste) à la place du patient.

4. Obtention d'une prescription médicale correctement libellée

Nous avons ensuite cherché des informations sur la conformité du libellé de la prescription médicale. En effet, l'étude menée par Marie Boisnault montrait que 53% des médecins généralistes ne connaissaient pas l'intitulé exact du bilan d'orthophonie. (Boisnault, 2018) Or, comme nous l'avons vu, l'intitulé de la prescription médicale de bilan orthophonique et de rééducation est précis et le risque, si les éléments obligatoires ne sont pas présents, est que le bilan ou la rééducation soient repoussés. Ainsi, dans 80% des cas, les répondants ont indiqué que la prescription médicale était conforme. 10% ne savaient pas, ce qui indique qu'ils n'ont pas eu à redemander de prescription de toute façon. 5%

ont répondu que la prescription médicale n'était pas conforme. Pour ces 5% cependant, cela n'a pas retardé le bilan pour autant.

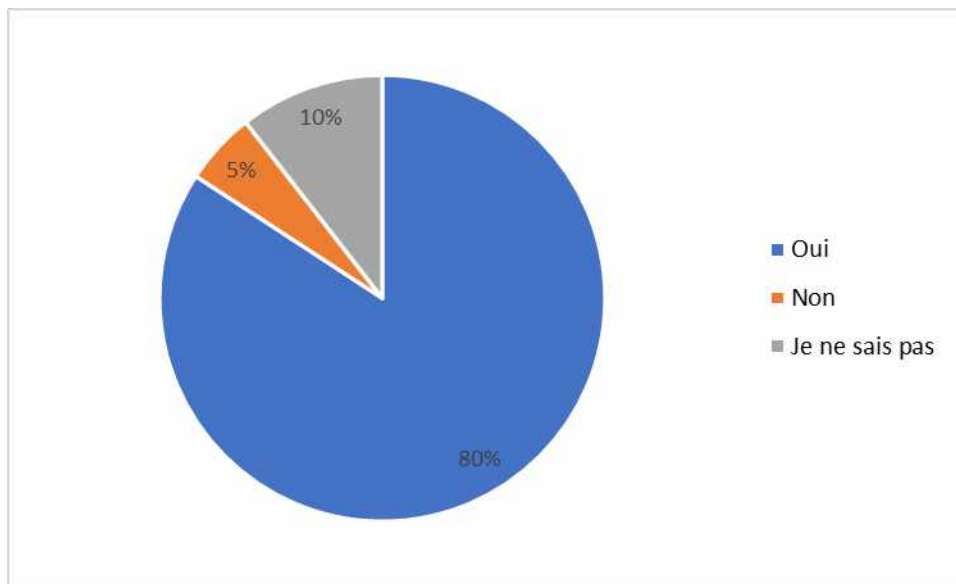


Figure 10 : Graphique présentant la proportion de prescriptions médicales correctement libellées ou incorrectement libellées

Enfin, nous avons demandé aux participants si l'orthophoniste avait contacté elle ou lui-même le médecin afin d'obtenir une nouvelle prescription conforme. 2 personnes ont indiqué avoir contacté elles-mêmes le médecin et une a indiqué que l'orthophoniste s'en était chargée.

5. Conclusion de nos résultats

Les résultats importants à retenir sont :

- La majorité des répondants connaissait la compétence de l'orthophoniste pour le domaine qui les concernait grâce à un proche ou leur expérience professionnelle.
- Le personnel enseignant est un interlocuteur important pour orienter vers l'orthophonie.
- Les orthophonistes sont dans la majorité des cas appelées avant le médecin et sont les personnes qui expliquent les démarches à effectuer (obtention d'une prescription médicale, nécessité d'amener la carte Vitale) aux patients.
- La majorité des répondants a mis plus d'un mois avant de contacter quelqu'un après avoir identifié des difficultés.
- Les médecins font généralement un examen ou posent au moins des questions lorsqu'une prescription médicale pour soins orthophoniques leur est demandée.
- Les patients n'ont pas eu de difficultés pour obtenir une prescription médicale conforme.

Discussion

1. Discussion autour de l'hypothèse 1

L'hypothèse 1 postulait que la formulation d'une demande de soins orthophoniques auprès du médecin en l'absence d'orientation médicale préalable n'était pas toujours immédiate. Ici, 60% des participants à l'étude ont mis plus d'un mois à contacter quelqu'un à partir du moment où ils ont exprimé des doutes. Nous pouvons donc considérer que pour plus de la majorité des participants, la formulation d'une demande d'accès aux soins orthophoniques auprès du médecin en l'absence d'orientation médicale préalable n'est pas toujours immédiate. En effet, nous avons fixé un seuil à 3 semaines pour estimer que la demande n'était pas immédiate. Le délai décrit par les répondants pouvait aller de 1 mois à plus d'1 an.

Ici, la question sur la fréquence des rendez-vous chez le médecin aurait pu être intéressante pour l'analyse mais malheureusement, nos données ne sont pas significatives. Cependant, nous pouvons expliquer le choix de cette question. Il aurait été intéressant de voir si un lien pouvait être établi entre les personnes qui avaient par exemple répondu « seulement quand vous en avez besoin » ou « pas assez » à la question de fréquences de soins et les personnes qui avaient mis plus de 3 semaines à contacter quelqu'un. Est-ce que ce délai s'inscrivait dans une cohérence par rapport à la fréquence des soins, peu importe le domaine, ou est-ce que ce délai était spécifique à l'orthophonie ? La plupart des répondants ayant indiqué aller chez le médecin seulement quand ils en avaient besoin, aucun lien ne peut être établi.

L'hypothèse générale 1 est vérifiée.

1.1 Discussion autour de l'hypothèse 1a

Notre hypothèse 1a postulait qu'une des raisons pour lesquelles la demande d'accès aux soins orthophoniques auprès du médecin n'était pas toujours immédiate était par méconnaissance du champ de compétences des orthophonistes. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons donc posé une question afin de savoir si les répondants savaient que l'orthophoniste prenait en soin cette pathologie avant d'avoir à formuler leur demande. Il s'avère que la 75% des répondants en avaient connaissance. Pour 44% d'entre eux, quelqu'un qu'ils connaissaient avait été suivi en orthophonie. Pour 31% d'entre eux, c'est leur expérience professionnelle qui leur avait permis d'avoir ces connaissances. Pour une personne seulement, un suivi antérieur avait été effectué.

Nous avons ensuite demandé aux patients comment ils avaient su que leur demande spécifique relevait de l'orthophonie. S'ils répondaient que le médecin le leur avait indiqué, le

questionnaire était terminé pour eux. En effet, nous avons fait ce choix car nous avons estimé qu'un médecin qui explicitait une plainte en indiquant une prise en soin orthophonique fournissait d'emblée une prescription médicale. Or, nous souhaitons étudier le parcours de patients ayant dû effectuer toutes les démarches à partir du moment où ils détectent des difficultés, afin d'évaluer la complexité pour formuler une demande de soins et d'obtenir ladite prescription. A cette question, 50% des répondants ont indiqué que quelqu'un du personnel enseignant le leur avait conseillé. 25% l'ont su par eux-mêmes. Nous aurions dû ici proposer de préciser cette réponse : le savaient-ils grâce à leurs connaissances antérieures ou ont-ils fait des recherches ?

Nous avons par la suite demandé aux patients qui avaient mis plus de trois semaines à contacter quelqu'un les raisons expliquant ce délai. L'idée était ici d'inclure des réponses qui impliquaient une méconnaissance des compétences de l'orthophoniste, telles que « je ne savais pas à qui m'adresser » ou « je pensais que ce n'était pas remboursé ». Il s'avère que 77% des répondants ont indiqué qu'ils n'avaient pas estimé que cette prise en soin était urgente. Nous ne pouvons pas tirer la conclusion qu'il s'agit d'une méconnaissance du champ de compétences étant donné que certaines pathologies ne sont effectivement pas urgentes à prendre en charge. En effet, bien que les recommandations de bonne pratique, en langage écrit ou en langage oral par exemple, soient une évaluation précoce (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2001, p. 9; Haute Autorité de Santé, 2017, p. 14), tout dépend de l'âge du patient et de la pathologie. 31% des répondants ont indiqué n'avoir pas pris conscience de la nécessité d'une prise en soins. Cette réponse ne nous permet pas d'émettre de conclusions non plus. En effet, si les répondants ont répondu au questionnaire, cela signifie qu'il y avait en effet nécessité d'une prise en soins. Cependant, peut-être que la nécessité de cette prise en soin n'était pas pour autant immédiate. Notre hypothèse 1a n'est donc pas vérifiée.

Nous pouvons ajouter que notre questionnaire ayant touché une population de parents dont les enfants étaient pris en soin pour des demandes de langage écrit ou oral principalement, les résultats obtenus peuvent s'expliquer. En effet, ces domaines font partie des compétences des orthophonistes les mieux connues de la population générale. Si nous avions eu un échantillon plus important et plus hétérogène dans les pathologies traitées, peut-être qu'une méconnaissance plus marquée des champs de compétences des orthophonistes aurait pu être mise en avant, comme par exemple les troubles de l'oralité intégrés à la NGAP plus récemment par l'avenant 16. (Ministère des solidarités et de la Santé, 2017, p. 10)

1.2 Discussion autour de l'hypothèse 1b

Notre hypothèse 1b postulait qu'une autre raison pour laquelle la demande auprès du médecin n'était pas toujours immédiate était la méconnaissance de la nécessité d'une prescription médicale. Nous avons pour cela demandé aux répondants qui ils avaient contacté en premier. En effet, contacter l'orthophoniste ou quelqu'un d'autre en premier signifiait que le patient n'avait pas connaissance du parcours « classique » d'accès aux soins orthophoniques. 60% des répondants ont contacté l'orthophoniste avant de contacter le médecin, qui leur a indiqué la procédure. Notre hypothèse 1b est donc validée.

Nous pouvons ajouter que pour ces patients qui ont contacté un ou une orthophoniste en premier, dans 57% des cas c'est l'orthophoniste qui leur a rappelé la nécessité d'une prescription médicale. Ainsi, pour ces patients, l'orthophoniste était le professionnel de premier recours. Nous pouvons nous demander si les patients souhaitaient appeler l'orthophoniste avant le médecin car ils savaient que les délais d'obtention d'un rendez-vous peuvent être longs et ne voulaient pas perdre de temps.

Nous pouvons cependant nuancer en ajoutant que, bien que la demande ne soit pas immédiatement faite auprès du médecin, cela ne signifie pas pour autant que l'accès aux soins est retardé. En effet, dans 55% des cas, les orthophonistes ont malgré tout proposé un rendez-vous en précisant qu'une prescription médicale était nécessaire. Ainsi, les orthophonistes sont en mesure de proposer un rendez-vous en attendant que les patients obtiennent une ordonnance. Néanmoins, le fait de devoir expliquer aux patients toutes les démarches à effectuer peut impliquer une charge de travail supplémentaire. En effet, les orthophonistes n'ont généralement pas de secrétariat et doivent donc dédier une partie de leur temps de travail aux démarches administratives. Cela signifie donc que pendant ce temps, les consultations sont impactées car l'orthophoniste sera contraint de répondre au téléphone en séance ou de prévoir un temps particulier au cours de sa journée pour s'y consacrer.

2. Discussion autour de l'hypothèse 2

Nous avons posé comme deuxième hypothèse que les patients rencontraient des difficultés d'accès aux soins liées à l'obtention d'une prescription médicale conforme. En effet, nous avons basé cette hypothèse en partie sur l'expérience des orthophonistes que nous avons rencontrées au cours de nos études mais également sur le mémoire de Marie Boisnault. Etant donné que 53% des médecins généralistes et 79% des internes en médecine générale ne connaissent pas l'intitulé exact de la prescription médicale de bilan et de soins orthophoniques, nous avons supposé que cette méconnaissance aurait des répercussions sur les patients. (Boisnault, 2018, p. 69)

Nous avons choisi de préciser cette hypothèse en deux sous-hypothèses.

2.1 Discussion autour de l'hypothèse 2a

Ainsi, nous avons émis comme sous-hypothèse 2a que les patients rencontraient des difficultés d'accès aux soins liées dans un premier temps au délai d'obtention d'une prescription médicale. Cette question était également un moyen de faire un lien avec l'accessibilité au médecin généraliste dans un contexte de difficultés globales d'accès aux soins en France (Forzy et al., 2021; Nguyen-Khac, 2017). Nous leur avons ainsi demandé combien de temps il leur avait fallu pour obtenir cette prescription et à combien de rendez-vous cela correspondait-il. Pour 70% des répondants, moins d'une semaine a été nécessaire. Pour 20% des répondants, moins de deux semaines se sont écoulées et pour 5% moins de 3 semaines. Les 5% restants ont mis entre 1 et 2 mois. Cela correspondait pour 90% à un seul rendez-vous et pour 10% à deux rendez-vous.

Notre hypothèse selon laquelle les patients rencontrent des difficultés d'accès aux soins liées au délai d'obtention d'une prescription médicale conforme n'est donc pas validée.

2.2 Discussion autour de l'hypothèse 2b

Nous avons ensuite formulé l'hypothèse selon laquelle les patients rencontraient des difficultés d'accès aux soins liées à l'obtention d'une prescription médicale correctement libellée, c'est-à-dire avec le bon intitulé. 80% des répondants ont indiqué que l'intitulé de la prescription était bon, contre 5% pour qui il ne l'était pas. 10% ont indiqué ne pas savoir. Cependant, nous pouvons estimer que si l'intitulé n'avait pas été bon, il aurait été fort probable d'avoir à retourner chez le médecin, sauf si l'orthophoniste a effectué les démarches de demande de modification à la place du patient. Pour 1 personne parmi celles qui avaient indiqué que l'intitulé n'était pas le bon, l'orthophoniste a en effet effectué les démarches auprès du médecin.

Nous pouvons néanmoins supposer que, l'orthophoniste ayant été contacté avant le médecin dans la plupart des cas, elle ou il a pu donner d'emblée l'intitulé exact de l'ordonnance afin d'éviter toute erreur.

Il est intéressant de noter que l'orthophoniste prend ainsi parfois le temps d'effectuer les démarches à la place du patient. Il est possible de considérer cela comme un ajout de travail pour l'orthophoniste. Comme dit précédemment, le nombre de patients pris en consultation peut ainsi être réduit, car l'orthophoniste devra passer plus de temps à effectuer des démarches administratives. Il est cependant également possible de considérer cela comme une opportunité d'échanger plus profondément avec le médecin au sujet du patient en question. Il serait intéressant de recueillir les avis des orthophonistes concernées à ce sujet.

3. Biais et limites de l'étude

Un certain nombre de biais et limites peuvent être notés dans cette étude, afin de nuancer les résultats.

Ainsi, le premier biais est la taille de l'échantillon. En effet, nous espérions beaucoup plus de réponses que nous n'en avons reçues, nous avons surestimé le nombre de patients concernés. Nous avons pourtant mis en place différents moyens afin de toucher le plus de monde possible : diffusion auprès des orthophonistes que nous connaissions, accompagnée d'une affiche pour faciliter la transmission du questionnaire mais également sur les réseaux sociaux et par certaines URPS ou syndicats. Les orthophonistes auprès desquelles nous avons pu directement le diffuser et échanger nous ont indiqué que les critères étaient trop restrictifs. Beaucoup de leurs patients, notamment dans le domaine des pathologies neurologiques, de la phonation ou du handicap venaient sur indication du médecin. Certaines ont également indiqué que le niveau de français de beaucoup de leurs patients n'était pas suffisant pour répondre au questionnaire.

Il aurait été intéressant d'ouvrir le questionnaire à tous les patients, même ceux dont la plainte avait été explicitée par le médecin. En effet, nous aurions pu avoir un comparatif de données et voir combien de patients venaient sur indication du médecin et combien venaient par eux-mêmes. Le fait d'interroger les patients à travers les orthophonistes ajoutait une difficulté supplémentaire. Il fallait que l'orthophoniste soit disponible pour diffuser le questionnaire, alors même que beaucoup de questionnaires sont partagés par les syndicats, URPS, réseaux sociaux sur cette période de l'année pour nos mémoires de fin d'étude. Il était impossible pour nous de nous assurer que les patients à qui avait été transmis le questionnaire y répondraient.

De plus, l'homogénéité des pathologies rencontrées restreint également la diversité des expériences. Les répondants étaient majoritairement des parents d'enfants suivis en langage oral et en langage écrit. Or, ces pathologies sont communément associées au métier d'orthophoniste et il est souvent plus facile de caractériser ces types de plaintes, notamment grâce au rôle des enseignants. Malgré cela, des différences d'expérience sont bien sûr observables, mais il aurait été intéressant d'obtenir des témoignages de personnes concernées par des pathologies moins « courantes ».

Concernant la diffusion du questionnaire, le fait qu'il soit auto-administré constitue également un biais. En effet, il aurait pu être intéressant d'accompagner les répondants pour avoir un témoignage plus précis et moins biaisé. Malheureusement, par manque de moyens et de temps cela n'a pas été possible.

Une autre limite à cette étude est l'évolution des modalités d'accès aux soins orthophoniques qui ont lieu ces dernières années. En effet, les différents avenants signés ces dernières années ont modifié cet accès, sur le papier. Pour autant, nous n'avons pas pu obtenir le recul sur ces nouvelles modalités, étant donné qu'elles sont parfois trop récentes pour que les orthophonistes aient pu les mettre en place. C'est le cas par exemple de la possibilité de renouvellement d'une ordonnance de moins d'un an.

4. Perspectives

Il serait intéressant, dans une enquête de plus grande envergure, d'interroger la population générale sur les connaissances qu'elle a du champ de compétences des orthophonistes. En effet, celui-ci s'étant élargi au fur et à mesure ces 20 dernières années, de plus en plus de personnes peuvent être amenées à en avoir besoin. Or, le mémoire de Marie Boissault datant de 2018 montrait que bon nombre de médecins et internes en médecine générale n'avaient pas connaissance de toutes les pathologies nécessitant une prise en soin orthophonique. (Boissault, 2018) Le médecin étant prescripteur, nous pouvons supposer que des patients nécessitant de l'orthophonie ne sont parfois pas orientés en ce sens. Une meilleure formation des médecins est donc nécessaire mais, parallèlement, il serait aussi intéressant de réfléchir à des moyens de prévention et d'information efficaces et de grande envergure. Ainsi, les patients pourront peut-être plus facilement identifier le professionnel adéquat pour les difficultés qu'ils rencontrent et pourront d'eux-mêmes contacter leur médecin ou un orthophoniste.

Les évolutions de l'accès aux soins orthophoniques apportées par les différents avenants de ces dernières années modifient les démarches à effectuer. Il sera intéressant à l'avenir de mesurer l'impact de ces nouveautés qui visent à améliorer l'accès aux soins et à soulager la charge de travail des orthophonistes. L'accès direct, qui sera bientôt expérimenté dans 6 départements, pourra faire l'objet d'études auprès des orthophonistes notamment afin d'obtenir un retour d'expérience.

CONCLUSION

Notre recherche avait pour but de connaître les parcours empruntés par les patients non orientés par un médecin pour formuler une demande de soins orthophoniques et obtenir une prescription médicale conforme. Nous avons pour cela créé un questionnaire à destination de patients suivis en libéral au cours de ces 5 dernières années. Ces patients ne devaient pas avoir été orientés par un médecin, qui leur aurait indiqué les procédures à suivre. Nous souhaitions interroger des patients qui avaient dû se renseigner par eux-mêmes pour formuler une demande de soins et obtenir un suivi orthophonique, afin de déceler d'éventuelles difficultés dans leur parcours.

Parmi les personnes interrogées, une majorité a mis plus d'un mois avant de contacter quelqu'un après avoir exprimé des doutes, quant à leurs difficultés ou aux difficultés de leur enfant ou parent. Nous avons émis deux sous-hypothèses, à savoir que ce délai pouvait être dû à une méconnaissance du champ de compétence des orthophonistes ou à une méconnaissance de la nécessité d'une prescription médicale. La première sous-hypothèse n'a pas été vérifiée par notre étude. Cependant, une majorité de répondants a contacté un ou une orthophoniste avant de contacter un ou une médecin pour obtenir une prescription. Le parcours de soin « attendu », qui consiste à voir le médecin avant de contacter l'orthophoniste n'était donc pas le plus emprunté.

Concernant l'obtention d'une prescription médicale, nous avons supposé qu'elle pouvait être compliquée à obtenir. Nous avons donc interrogé les répondants sur le délai d'obtention qui pouvait être allongé et sur la conformité du libellé. Les répondants n'ont pas eu de difficultés à obtenir une prescription correctement libellée rapidement. Ainsi, notre hypothèse n'a pas été validée. La taille de notre échantillon ne nous a pas permis des analyses aussi poussées que ce que nous espérions.

Il serait intéressant de pouvoir par la suite évaluer les connaissances de la population sur le champ de compétences des orthophonistes. En effet, ce n'était pas l'objet de notre étude mais nous pouvons supposer que plus la population connaîtra les indications de soins orthophoniques, plus la formulation d'une demande de soins auprès du bon professionnel en sera aisée.

De plus, les expérimentations d'accès direct aux soins pourront être étudiées afin d'en mesurer les effets.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2001). L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. *Acta Endoscopica*, 28(2), 151-155. <https://doi.org/10.1007/BF03019434>
- Boisnault, M. (2018). *Connaissances des médecins généralistes sur la prescription de l'orthophonie* [Faculté de médecine de Nice]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01831620>
- Brin-Henry et al. (2018). *Dictionnaire d'orthophonie* (Ortho Edition).
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie. (2020, décembre 29). *Le dispositif du médecin traitant*. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
- Code de la santé publique. (2000, juin 22). *Articles L4301-1 à L4394-4*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515659/
- Code de la santé publique. (2009). *Article L1161-1*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042536629
- Code de la santé publique. (2019). *Article L1434-4*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041397774/
- De Singly, F. (2020). *Le questionnaire* (5ème édition). Armand Colin.
- DREES. (2012). *L'Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée aux principaux professionnels de soins de premier recours.pdf*. DREES.
- DREES. (2021). *Démographie des professionnels de santé—DREES*. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie. (2021). *Campagne de sensibilisation à l'orthophonie : TrombinOrtho*. <https://www.fneo.fr/campagnes/trombinortho/>
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (s. d.). *Accès aux soins orthophoniques, tous touchés, agissons!* <https://www.fno.fr/acces-aux-soins/>

- Forzy, L., Titli, L., & Carpezat, M. (2021). *Accès aux soins et pratiques de recours : Étude sur le vécu des patients* (p. 66). DREES.
- Gouvernement Castex. (2021). *Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*.
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages* (p. 61). https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages
- Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 11(3), 59. <https://doi.org/10.3917/rai.011.0059>
- Journal Officiel. (2021). *Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022*. LEGICOM. <http://www.cairn.info/revue-legicom-2007-2-page-81.htm>
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2020). *L'orthophonie en France* (Que sais-je). Presses Universitaires de France.
- Lapinte, A., & Legendre, B. (2021). *Renoncement aux soins—La faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres*. DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur>
- Marlier, N. (2004). La nouvelle procédure de prescription d'orthophonie. *La lettre du neurologue*, Volume VIII(n°8), 2.
- Ministère des affaires sociales et de la santé. (2013). *Avis relatif à l'avenant n°14 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie signée le 31 octobre 1996*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000028333875/>
- Ministère des solidarités et de la Santé. (2017, octobre 26). *Avis relatif à l'avenant n°16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035880652>

- Ministère des solidarités et de la Santé. (2021a). *Arrêté du 23 avril 2021 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie du covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043415897>
- Ministère des solidarités et de la Santé. (2021b, juin 26). *Arrêté du 25 juin 2021 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste et d'orthoptiste et au diplôme d'Etat d'audioprothésiste au titre de l'année universitaire 2021-2022*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043703121>
- Mouranche, A. (2004). *Evaluation des connaissances des médecins sur la prescription médicale en orthophonie*. Faculté de médecine de Nancy.
- Nguyen-Khac, A. (2017). Mesures de l'accès aux soins : L'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 187. <https://doi.org/10.3917/rfas.171.0187>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access : Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Ragot, N. (2021). *Référentiel protection de sécurité des données*. 60.
- Raynaud, J. (2014). *L'accès aux soins : Des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : Concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable* [Université Paul Valéry - Montpellier 3]. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00967067>
- Tain, L. (2016). *Le métier d'orthophoniste—Langage, genre et profession*. Presses de l'école des hautes études en santé publique.
- UNCAM. (2022). *Nomenclature Générale des Actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005*. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP%2001.04.2022_defBIS.pdf

UNCAM, & FNO. (2002, décembre 18). *Avenant à la convention nationale des orthophonistes—
Structure rédactionnelle du bilan initial.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000601792/>

UNCAM, & FNO. (2021, octobre 28). *Avis du 28 octobre 2021 relatif à l'avenant n°18 à la convention
nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044272502>

UNCAM, & FNO. (2022, février 25). *Avenant n°19 à la convention nationale organisant les rapports
entre les orthophonistes et l'assurance maladie signée le 31 octobre 1996.*

<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/avenant-19-orthophoniste.pdf>

Vergier, N., & Chaput, H. (2017). *Déserts médicaux : Comment les définir ? Comment les mesurer?*

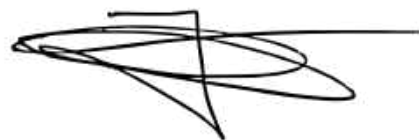
<https://www.ars.sante.fr/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>

SIGNATURE DES ENCADRANTES

Claire Duc



Aurélie Josse



ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Introduction

Je suis étudiante en 5ème année d'orthophonie au Centre de Formation Universitaire de Toulouse. Afin d'obtenir mon Certificat de Capacité d'Orthophoniste, je suis amenée à effectuer un mémoire encadré par Claire Duc et Aurélie Josse, orthophonistes.

Nous nous intéressons aux expériences et au vécu des patients bénéficiant de soins orthophoniques dans leur recherche de rendez-vous. Nous cherchons également à savoir si l'obtention d'une prescription médicale adéquate a été compliquée.

L'objectif de cette étude est de déterminer quelles difficultés majeures les patients rencontrent lors de ces démarches. La difficulté d'accès à un.e orthophoniste en raison des listes d'attente n'est pas traitée dans ce mémoire, seul l'aspect « administratif » des démarches est traité.

La durée du questionnaire est d'environ 10 minutes.

Une notice d'information est mise à votre disposition afin de prendre connaissance de cette étude, de son déroulement et de la manière dont vos informations personnelles seront traitées.

En poursuivant ce questionnaire, vous consentez à participer à cette étude.

Je vous remercie d'avance de votre participation.

Saskia Benoist, étudiante en 5ème année au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Toulouse

Notice d'information - participation à l'étude

[Notice d'information - participation à l'étude.pdf](#)

Suivant

Profil et connaissances du métier d'orthophoniste

*** 1) Vous êtes :**

pas valide - 1 choix

- Un homme
- Une femme
- Autre

*** 2) Indiquez votre âge :**

Sous la forme d'un nombre

*** 3) Vous êtes :**

- Un.e patient.e
- Un.e aidant.e (parent, conjoint.e, enfant...)
- Autre

*** 4) Si vous n'êtes pas un.e patient.e, indiquez pour qui vous remplissez ce questionnaire :**

- Mon enfant
- Un parent
- Un autre membre de ma famille
- Quelqu'un de mon entourage
- Quelqu'un avec qui je travaille
- Autre

*** 4bis) Si vous n'êtes pas un.e patient.e, indiquez l'âge de la personne pour qui vous remplissez ce questionnaire**

Sous la forme d'un nombre

*** 5) Cocher le ou les domaines de pathologie qui vous concerne(nt) / concerne(nt) la personne pour qui vous remplissez ce questionnaire :**
(choix multiples)

- Neurologique : AVC, maladie neuroévolutive, traumatisme crânien
- Langage écrit
- Langage oral
- Déglutition
- ORL - surdité
- ORL - otologie
- Handicap : TSA, polyhandicap, syndromes génétiques
- Cognition mathématique
- Déglutition
- Orallité
- Voix
- Parésie faciale
- Autre

*** 6) Vous habitez en milieu :**

- Rural
- Urbain

*** 7) Indiquez la ville dans laquelle vous habitez :**

*** 8) Indiquez le département dans lequel vous habitez :**

Ecrivez sous la forme d'un nombre

*** 9) Indiquez votre niveau d'études :**

Le code proposé est inspiré des nomenclatures de l'INSEE

- Premier niveau (aucun diplôme déclaré, CEP, BEPC seul)
- Deuxième niveau (CAP, BEP seul / CAP, BEP et BEPC)
- Troisième niveau (brevet professionnel / bac de technicien sans Bac Général / Bac général seul / Brevet supérieur / Bac Général et diplôme secondaire technique)
- Quatrième niveau (paramédical ou social / BTS / DUT / premier cycle universitaire)
- Cinquième niveau (Licence, maîtrise ou master / Doctorat / CAPES / grande école / diplôme d'ingénieur)

10) Avez-vous un.e médecin traitant ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

10bis) Si non, pourquoi ?

- Il n'y a pas de médecin à proximité de chez moi
- Je ne m'en suis pas préoccupé.e
- J'ai été vu(e) jamais chez le médecin
- Mon/ma médecin est parti.e et n'a pas été remplacé.e
- Je n'ai pas de moyen de me déplacer chez le médecin
- Autre

11) En général, diriez-vous que vous vous rendez chez le médecin :

- Souvent
- De temps en temps
- Seulement quand vous en avez besoin
- Pas assez
- Non concerné.e

* 12) Depuis combien de temps êtes-vous (ou la personne pour qui vous remplissez ce questionnaire) suivi.e en orthophonie ?

Ecrivez la réponse sous forme de nombre, en précisant mois ou an(s).

* 13) Saviez-vous avant votre suivi orthophonique que l'orthophoniste prenait en soin cette pathologie ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas

* 13bis) Si oui, comment ?

- J'ai été suivi.e en orthophonie
- Un.e proche/quelqu'un que je connais a été suivi en orthophonie
- J'en ai entendu parler aux informations/dans le journal
- J'en ai entendu parler sur les réseaux sociaux
- Par mon expérience professionnelle
- Autre

Précédent

Suivant

Démarches

* 14) Comment avez-vous su que votre demande relevait de l'orthophonie ?

- J'ai su par moi-même
- Un.e proche me l'a conseillé
- Un.e orthophoniste me l'a conseillé
- Quelqu'un du personnel enseignant me l'a conseillé
- Un.e médecin me l'a conseillé
- Autre

* 15) Une fois que vous avez su que vos difficultés (ou les difficultés de la personne pour qui vous remplissez le questionnaire) relevaient de l'orthophonie, qui avez-vous contacté en premier ?

- Un.e proche (non orthophoniste)

* 16) Comment définissez-vous l'accès aux informations pour connaître les étapes à effectuer en vue d'obtenir un bilan d'orthophonie ?

- Difficiles d'accès
- Plutôt difficiles d'accès
- Plutôt faciles d'accès
- Faciles d'accès
- Non concerné.e

16bis) Pouvez-vous, en quelques mots, expliquer pourquoi ?

* 17) Combien de temps s'est-il passé entre les premiers « doutes » et l'initiative de contacter quelqu'un (orthophoniste, médecin) ?

- Moins d'une semaine
- Moins de deux semaines
- Moins de trois semaines
- Moins d'un mois
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 2 et 4 mois
- Entre 4 et 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Plus d'un an

17bis) Si vous avez mis plus de trois semaines, pourquoi ?

- Je ne savais pas à qui m'adresser
- Je ne savais pas comment me renseigner sur la personne à qui m'adresser pour avoir des informations
- J'avais peur qu'on ne m'aide pas
- J'appréhendais les délais d'attente
- Je me suis dit que ce n'était pas urgent
- Je savais que je ne pourrais pas m'organiser pour aller en séance
- Je pensais que ce n'était pas remboursé
- Je n'avais pas la possibilité de me déplacer (coût, incapacité, etc.)
- Je n'avais pas pris conscience de la nécessité d'une prise en soin
- Autre

* 18) Lorsque vous avez contacté l'orthophoniste, que vous a-t-elle dit ?

- Elle/il a demandé des informations
- Elle/il vous a dit qu'elle/il n'avait plus de place
- Elle/il vous a inscrit sur liste d'attente
- Elle/il vous a informé des procédures et des documents nécessaires au début d'une prise en soin (visite chez le médecin, ordonnance, carte Vitale, carte mutuelle)
- Elle/il vous a donné des préconisations en attendant que vous alliez voir le médecin
- Elle/il vous a donné un rendez-vous en prévenant qu'une ordonnance serait nécessaire
- Je n'ai pas réussi à joindre d'orthophoniste
- Autre

Précédent

Suivant

Obtention de la prescription médicale

* 19) Lorsque vous avez vu le médecin, vous a-t-il/elle fait l'ordonnance ?

- Après avoir posé des questions
- Après avoir effectué un examen
- Après vous avoir préconisé des examens complémentaires
- D'emblée, sans justification
- Non

* 20) Au final, qui vous a fourni la prescription médicale ?

- Le médecin que j'avais initialement consulté
- Un autre médecin

* 21) Combien de temps vous a-t-il fallu pour obtenir cette ordonnance, entre le moment où vous avez su qu'il vous en fallait une et le moment où vous l'avez obtenue ?

- Moins d'une semaine
- Moins de deux semaines
- Moins de trois semaines
- Moins d'un mois
- Entre 1 mois et 2 mois
- Entre 2 mois et 4 mois
- Entre 4 et 6 mois
- Plus de 6 mois

* 22) A combien de rendez-vous ce délai correspond-il ?

Répondez par un nombre

* 23) Est-ce que le médecin a fait les démarches pour vous (contacter l'orthophoniste à votre place) ?

- Oui
- Non

Exactitude de la prescription médicale

* 24) Une fois que vous avez eu un rendez-vous avec l'orthophoniste, est-ce que l'intitulé de la prescription médicale était le bon ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

24bis) Si non, est-ce que ça a retardé le bilan ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

* 25) A-t-il fallu une intervention de l'orthophoniste pour obtenir la bonne prescription ?

- Oui, elle a elle-même contacté le médecin
- Oui, elle m'a aidé à reprendre rendez-vous chez le médecin
- Non, je me suis occupé d'obtenir une nouvelle ordonnance

Précédent

Suivant

Fin du questionnaire

Le questionnaire est maintenant terminé pour vous. Merci pour votre participation !

N'oubliez pas de faire "soumettre" pour que vos réponses soient prises en compte.

N'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante si vous souhaitez de plus amples informations ou si vous souhaitez connaître les résultats de cette enquête : saskia.benoist@univ-lise3.fr

Précédent

Soumettre

Annexe 2 : Tableau de justification des questions

Question	Justification
1) Vous êtes :	Profil
2) Indiquez votre âge :	Profil
3) Vous êtes :	Profil
4) Si vous n'êtes pas un.e patient.e, indiquez pour qui vous remplissez ce questionnaire :	Profil
4bis) Si vous n'êtes pas un.e patient.e, indiquez l'âge de la personne pour qui vous remplissez ce questionnaire	Profil
5) Cocher la ou les domaines de pathologie qui vous concerne(nt)/concerne(nt) la personne pour qui vous remplissez ce questionnaire	Profil
6) Vous habitez en milieu	Profil
7) Indiquez la ville dans laquelle vous habitez	Profil
8) Indiquez le département dans lequel vous habitez	Profil
9) Indiquez votre niveau d'études	Profil
10) Avez-vous un médecin traitant ?	Profil
10bis) Si non, pourquoi ?	Profil
11) En général, diriez-vous que vous (ou la personne pour qui vous remplissez le questionnaire) vous rendez chez le médecin :	Profil
12) Depuis combien de temps êtes-vous (ou la personne pour qui vous remplissez ce questionnaire) suivi ?	Profil
13) Saviez-vous avant votre suivi orthophonique que l'orthophoniste prenait en soin cette pathologie ?	Hypothèse 1a
13bis) Si oui, comment ?	Hypothèse 1a
14) Comment avez-vous su que votre démarche relevait de l'orthophonie ?	Hypothèse 1a
15) Une fois que vous avez su que vos difficultés (ou celles de la personne pour qui vous remplissez ce questionnaire) relevaient de l'orthophonie, qui avez-vous contacté en premier ?	Hypothèse 1b
15bis) Comment avez-vous su qu'il fallait vous adresser à un.e médecin et obtenir une prescription médicale dans un premier temps ?	Hypothèse 1b
16) Comment définiriez-vous l'accès aux informations pour connaître les étapes à effectuer en vue d'obtenir un bilan d'orthophonie ?	Ressenti

16bis) Pouvez-vous, en quelques lignes, expliquer pourquoi ?	Question qualitative sur le ressenti
17) Combien de temps s'est-il passé entre les premiers « doutes » et l'initiative de contacter quelqu'un (orthophoniste, enseignant) ?	Hypothèse 1a
17bis) Si vous avez mis plus de trois semaines, pourquoi ?	Hypothèse 1a
18) Lorsque vous avez contacté l'orthophoniste, que vous a-t-il/elle dit ?	Hypothèse 1b
19) Lorsque vous avez vu le médecin, vous a-t-il/elle fait l'ordonnance :	Hypothèse 2a
20) Au final, qui vous a fourni la prescription médicale ?	Hypothèse 2a
21) Combien de temps vous a-t-il fallu pour obtenir cette ordonnance, entre le moment où vous avez su qu'il vous en fallait une et le moment où vous l'avez obtenue ?	Hypothèse 2a
22) A combien de rendez-vous cela correspond-il ?	Hypothèse 2a
23) Est-ce que le médecin a fait les démarches pour vous (contacter l'orthophoniste à votre place) ?	Hypothèse 2a
24) Une fois que vous avez eu un rendez-vous avec l'orthophoniste, est-ce que l'intitulé de la prescription médicale était le bon ?	Hypothèse 2b
24bis) Si non, est-ce que ça a retardé le bilan ?	Hypothèse 2b
25) A-t-il fallu une intervention de l'orthophoniste pour obtenir la bonne prescription ?	Hypothèse 2b

Annexe 3 : Notice d'information



NOTE D'INFORMATION POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE :
« Enquête sur le vécu des patients concernant la formulation d'une
demande de soins orthophoniques et l'obtention d'une prescription
médicale adéquate »

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Saskia Benoist dans le cadre de son mémoire d'orthophonie, dirigé par Claire Duc et Aurélie Josse, et encadré par l'Université Toulouse III – Paul Sabatier.

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer et répond aux questions que vous êtes susceptible de vous poser à partir des informations actuellement disponibles.

Avant de choisir d'y participer ou non, il est important que vous preniez connaissance du but de cette étude et de ce qu'elle implique.

*

1. Pourquoi vous propose-t-on de participer à cette étude ?

Cette étude vous est proposée car vous êtes un.e patient ou l'aideant d'un.e patient.e suivi.e en orthophonie en libéral.

2. Quels sont les objectifs de l'étude ?

L'objectif principal de cette étude est de déterminer quelles difficultés majeures sont rencontrées par des personnes souhaitant accéder à des soins orthophoniques dans la formulation de la demande de soin et dans l'obtention d'une prescription médicale adéquate.

3. Quels sont les bénéfices attendus de votre participation à l'étude ?

Votre participation à cette étude permettra d'obtenir une variété d'expériences quant aux difficultés rencontrées par les patients dans les démarches d'accès aux soins orthophoniques.

4. Votre participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières ?

Non, votre participation à l'étude ne comporte pas de risques ou de contraintes particulières.

5. Comment va se dérouler l'étude ?

Un questionnaire auto-administré est adressé aux personnes répondant à l'enquête. Les réponses seront ensuite analysées et discutées.

6. Quels sont vos droits en tant que participant à la recherche ?

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier, et sans que cela n'entraîne de conséquence pour vous.

Note d'information pour la participation à une étude		
Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression de vos données ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement. En cas de non-respect, vous disposez du droit de porter plainte à la CNIL.		
Base légale: Consentement	Responsable : Université Toulouse III – Paul Sabatier	Délégué à la protection des données : dpo@univ-tlse3.fr

Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision en adressant un e-mail à saskia.benoist@univ-tlse3.fr.

7. Cette étude implique-t-elle un traitement de vos données à caractère personnel ?

Votre participation à cette étude nécessite de réaliser un traitement de données à caractère personnel.

Ce traitement poursuit une finalité de recherche universitaire et a pour base légale votre consentement, que vous pouvez exprimer en remplissant le questionnaire ci-joint.

La responsabilité du traitement relève de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier, 118 route de Narbonne, 31062 Toulouse.

Vos données sont traitées par l'étudiante porteuse de l'étude et, éventuellement, par ses directrices de mémoire.

Un processus de tri et d'anonymisation sera mis en œuvre afin qu'au terme de l'étude seules les informations anonymisées et d'intérêt scientifique soient conservées pour rédiger le rapport d'étude et évaluer le travail universitaire effectué.

Dans le cas où les directrices de l'étude souhaiteraient conserver tout ou partie de vos données afin de les réutiliser pour une étude ultérieure, votre autorisation doit leur être remise via un formulaire de réutilisation spécifique.

8. Quels sont vos droits à l'égard de vos données à caractère personnel ?

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression, et de portabilité de vos données ; ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement.

L'exercice de vos droits doit être adressé par e-mail au Délégué à la protection des données de l'université à dpo@univ-tlse3.fr

Il vous est également possible de porter toute réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

*

Merci de votre participation.

Note d'information pour la participation à une étude		
Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression de vos données ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement.		
En cas de non-respect, vous disposez du droit de porter plainte à la CNIL.		
Base légale : Consentement	Responsable : Université Toulouse III - Paul Sabatier	Délégué à la protection des données : dpo@univ-tlse3.fr

Annexe 4 : Affiche transmise pour la diffusion du questionnaire

Mémoire d'orthophonie

Enquête sur le vécu des patients concernant la formulation d'une demande de soins orthophoniques et l'obtention d'une prescription médicale adéquate

Par Saskia Benoist - dirigé par Claire Duc et Aurélie Josse

Questionnaire anonyme en ligne

Pour qui ?

- Les patients ou aidants de patients suivis en orthophonie (en libéral) dans les 5 dernières années
- Les patients ou aidants de patients qui ont eux-mêmes pris la décision de demander une prescription médicale à leur médecin en vue d'effectuer des soins orthophoniques

Durée : 10 minutes



Il vous suffit de scanner le QR code pour avoir accès au questionnaire !

Si vous avez des questions, contacter : saskia.benoist@univ-tlse3.fr



Annexe 5 : Structure du compte-rendu de bilan orthophonique(UNCAM & FNO, 2002)

I. - Objet du bilan

Données administratives : nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de sécurité sociale ;
Plaintes du patient et/ou de son entourage (maladie ou symptôme pour lequel la rééducation est entreprise).

II. - Anamnèse

Comprenant notamment :

- le cursus scolaire et/ou professionnel ;
- et éventuellement :
- les antécédents familiaux, médicaux et/ou psychologiques nécessaires à l'étude du cas du patient et de sa plainte ;
- les autres traitements et prises en charge en cours ;
- le comportement socio-psycho-affectif du patient.

III. - Bilan (en reprenant la typologie inscrite à la nomenclature)

Domaine(s) exploré(s).

Synthèse des explorations réalisées, et des tests et épreuves utilisés, suivie des résultats.

IV. - Le diagnostic orthophonique

Avec correspondance du libellé de la NGAP, relatif au trouble.

V. - Projet thérapeutique

Objectifs de la rééducation.

Plan de soins proposé ou envisagé.

Examen(s) complémentaire(s) proposé(s).

RÉSUMÉ – ABSTRACT

Enquête sur le vécu des patients concernant la formulation d'une demande de soins orthophoniques et l'obtention d'une prescription médicale conforme

L'accès aux soins en France est un sujet de politique de santé publique préoccupant depuis quelques années. En effet, la notion de « désert médical » désigne la réalité de nombreux Français qui n'ont pas ou difficilement accès à des professionnels de santé à proximité de leur domicile. Les études menées sont souvent centrées sur des aspects objectifs, telle que la densité de professionnels. Cependant, de plus en plus d'enquêtes tentent d'interroger le vécu des patients. L'objectif de notre étude était de savoir si les patients souhaitant bénéficier de soins orthophoniques rencontraient des difficultés pour formuler une demande de soins et pour obtenir une prescription médicale conforme. Au-delà des considérations de pénurie de professionnels, le champ de compétence des orthophonistes et les démarches à effectuer ne sont pas forcément connus du grand public. Pour cela, nous avons donc créé un questionnaire à destination de patients suivis en orthophonie en libéral et n'ayant pas été orientés initialement par un médecin. L'hypothèse selon laquelle la formulation d'une demande de soins orthophoniques n'est pas immédiate a été validée. Notre enquête n'a pas montré que cela était dû à un manque de connaissances du champ de compétence mais la nécessité d'une prescription médicale préalable n'était pas connue de tous les répondants. Concernant les difficultés d'obtention d'une ordonnance rapidement et correctement libellée, notre hypothèse n'a pas été validée.

En conclusion, il serait intéressant d'effectuer une enquête de plus large envergure sur les difficultés rencontrées par les patients pour obtenir des soins orthophoniques.

Mots clés : Accès aux soins, prescription médicale, demande de soins, vécu des patients

Study on the experience of patients regarding the formulation of a request for speech therapy and the obtainment of a compliant medical prescription

Access to care in France has been a preoccupant subject for healthcare politics for a few years. Indeed, the notion of « medical desert » is the reality of many French people who don't or hardly have access to healthcare professionals near their home. Studies are often centered on objective aspects, such as the density of professionals. However, more studies try to interrogate the experience of patients. The goal of our study was to know if patients who wanted to benefit from speech therapy sessions had difficulties to formulate a request and to obtain a compliant medical prescription. If we put aside the concerns about the lack of professionals, speech therapists' fields of skills and procedures may not be known from people in general. We have created a survey for patients who see a speech therapist in a private practice and who have not been oriented by their doctor. The hypothesis according to which the formulation of a request was not immediate has been validated. Our survey has not shown that it was due to a lack of knowledge on speech therapists' fields of skills. Most of the patients didn't know however that a medical prescription was needed. Regarding the difficulties to quickly obtain a prescription that was correctly written, our hypothesis was not validated.

In conclusion, a wider study on the difficulties that patients meet to obtain speech therapy sessions would be interesting.

Keywords : Access to care, medical prescription, care request, patients' experience