



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

CFUO

Année 2020-2021

MEMOIRE
en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie
présenté par

Claire Grandin

La pratique de la liste d'attente de patients en orthophonie libérale
face aux obligations légales d'accès aux soins
et au cadre déontologique et éthique de la profession

Directeur du mémoire : Madame Marie Caillet, orthophoniste

Autres membres du jury : Madame Emeline Allard, orthophoniste
Madame Marie Guérineau, orthophoniste



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

CFUO

Année 2020-2021

MEMOIRE
en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie
présenté par

Claire Grandin

La pratique de la liste d'attente de patients en orthophonie libérale
face aux obligations légales d'accès aux soins
et au cadre déontologique et éthique de la profession

Directeur du mémoire : Madame Marie Caillet, orthophoniste

Autres membres du jury : Madame Emeline Allard, orthophoniste
Madame Marie Guérineau, orthophoniste

Remerciements

Une reconversion professionnelle nous fait peut-être goûter un peu plus la valeur des enseignements reçus et celle du travail fourni par les équipes encadrantes et les enseignants. Je souhaite remercier ici l'ensemble de l'équipe du Centre de Formation Universitaire de Poitiers et la saluer pour les adaptations mises en œuvre tout au long des cinq années et particulièrement au cours de cette période de pandémie. Les approches diverses conduites par chacun m'ont permis de me forger une conception pluraliste de la profession d'orthophoniste.

Je tiens par ailleurs à remercier les membres de ce jury : Mesdames Marie Guérineau et Emeline Allard, pour l'intérêt qu'elles ont porté à cette étude et du temps qu'elles y ont consacré. Un très grand et chaleureux merci à ma directrice de mémoire, Madame Marie Caillet, pour ses enseignements, ses conseils avisés, ainsi que pour sa patience et sa grande disponibilité tout au long de cette étude.

Je remercie également les 694 participants à l'enquête pour y avoir consacré ce temps que je sais précieux, ainsi que toutes les personnes, sollicitées dans le cadre de cette recherche, qui l'ont enrichie, et celles qui ont spontanément pris contact pour échanger sur le sujet a posteriori.

Un grand merci aux orthophonistes qui m'ont accompagnée pendant ces cinq ans en tant que maîtres de stage, pour la confiance accordée au sein de leur cabinet, et pour le partage de multiples expériences.

Mille mercis à mes camarades de promotion Gilles de la Tourette, pour leur esprit ouvert, solidaire, et leurs encouragements tout au long de ces cinq années. Que celles à venir nous voient toujours aussi coopératifs et curieux des autres lorsque nous serons collègues.

Toute ma reconnaissance aux institutions qui ont financé la reprise d'études, à savoir l'État, à travers Pôle Emploi, et le Département de la Vienne pour l'octroi d'une bourse d'études. Ma gratitude à Monsieur Guillard et Madame Massiat, qui ont grandement facilité mes démarches.

Pour finir, un immense merci à ma famille et à mes amis, pour leur soutien tout au long de ces dernières années, composées sagement autour des études.

A la mémoire de Madame Laurence Marquois, qui m'a menée sur le chemin de l'orthophonie, et de Madame Catherine Déjean, professeur de neurologie à l'Université de Poitiers.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Types de supports adoptés pour la mise en œuvre de la liste d'attente

Tableau 2 : Thématiques abordées dans le message enregistré sur répondeur

Tableau 3 : Récapitulatif des termes qualifiant l'urgence (selon les commentaires des orthophonistes)

Liste des figures

Figure 1 : Indications du message enregistré sur le répondeur (commentaires des orthophonistes)

Figure 2 : Critère spécifique pour l'intégration des patients à la liste d'attente

Figure 3 : Critère de priorité pour la prise en charge à suivre

Figure 4 : Décision de rappel des patients inscrits sur liste d'attente par les orthophonistes

Figure 5 : Motif de non-rappel du patient par l'orthophoniste

Figure 6 : Délai de prise en charge du patient inscrit le plus récemment sur la liste

Figure 7 : Caractéristique d'une « longue liste d'attente »

Figure 8 : Qualification du ressenti des orthophonistes au moment du rappel (gêne/honte)

Figure 9 : Qualification du ressenti des orthophonistes au moment du rappel (soulagement)

Figure 10 : Type de répercussion sur l'organisation générale de l'activité : impossibilité d'assurer les soins à domicile

Figure 11 : Type de répercussion sur l'organisation générale de l'activité : réduction de la durée de certaines séances

Liste des abréviations

Abréviation	Signification
A.R.S.	Agence Régionale de la Santé
A.P.P.	Aphasie Primaire Progressive
C.N.A.M.	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
C.P.A.M.	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.A.M.S.P.	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
C.I.L.	Commission Informatique et Libertés
C.N.I.L.	Commission Nationale Informatique et Libertés
D.R.E.E.S.	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
D.D.A.S.S.	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
E.H.P.A.D.	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
E.P.P.	Evaluation des Pratiques Professionnelles
F.O.F.	Fédération des Orthophonistes de France
F.N.O.	Fédération Nationale des Orthophonistes
L.E.	Langage Ecrit
L.O.	Langage Oral
L.M.	Logico-Mathématique
M.D.P.H.	Maison Départementale des Personnes Handicapées
P.E.C.	Prise En Charge
P.M.I.	Protection Maternelle et Infantile
R.G.P.D.	Règlement Général pour la Protection des Données
S.L.A.	Sclérose Latérale Amyotrophique
S.A.M.S.A.H.	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
S.A.M.E.A.D.	Service d'Aide Multiprofessionnelle aux Enfants et Adolescents en Difficulté
T.E.S.E.	Titre Emploi Service Entreprise
T.D.L.	Trouble Du Langage
T.S.A.	Trouble du Spectre Autistique

– Mémoire à orientation professionnelle –

Analyse de pratique professionnelle

La pratique de la liste d'attente de patients en orthophonie libérale face aux obligations légales d'accès aux soins et au cadre déontologique et éthique de la profession

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
PROBLEMATIQUE	6
I. Le droit, la déontologie et l'éthique en santé	6
1. Le droit	6
2. La déontologie	8
3. L'éthique	10
II. Des questionnements permanents dans la pratique de l'orthophonie	14
1. Le libre choix du praticien	15
2. Bienfaisance et non-malfaisance, envers le patient et envers soi, orthophoniste	15
3. Equité.....	16
4. Indépendance et pleine responsabilité de l'orthophoniste	16
5. La notion de priorité.....	17
6. Le droit d'accès aux soins du patient	18
III. L'orthophonie libérale en France	21
1. Démographie des orthophonistes	22
2. Répartition géographique des orthophonistes libéraux	22
3. L'apport de l'avenant 13	23
4. L'avenant 15.....	24
5. L'avenant 16.....	24
6. Une couverture en soins orthophoniques qui demeure insuffisante.....	24
7. Parmi les cas d'accès limité aux soins, le point particulier des listes d'attente.....	25
METHODE	27
I. Environnement de la recherche et population	27
1. Environnement de la recherche et schéma d'étude.....	27
2. Population	27
II. Recueil des données	27

1.Des questions nombreuses et variées	28
2.Une organisation des questions en catégories distinctes.....	28
3.Une passation aisée	29
4.La protection des données	29
5.La diffusion du questionnaire.....	30
RESULTATS.....	31
<i>I.Nombre de réponses enregistrées.....</i>	<i>31</i>
<i>II.Fiabilisation de la base de données.....</i>	<i>31</i>
<i>III. Description des données et analyse des résultats.....</i>	<i>32</i>
1.Caractéristiques des orthophonistes libéraux qui ont répondu à l'enquête	32
2.Quelle proportion d'orthophonistes dispose d'une liste d'attente de patients ?	33
3.Organisation pratique de la liste d'attente	33
4.Le délai d'attente avant la prise en charge.....	49
5.Qu'est-ce qu'une longue liste d'attente ?	51
6.Efficacité concernant le recours à une liste d'attente et satisfaction des orthophonistes.....	53
DISCUSSION.....	60
<i>I.Principaux résultats et place de l'étude dans la littérature.....</i>	<i>60</i>
1.Rappel de l'objectif de notre étude.....	60
2.Le libre choix du praticien, consacré par le Code de la santé publique	60
3.Le principe de bienfaisance.....	61
4.Le refus de soins : la non-application simultanée de tous ces principes éthiques	62
5.Trier ?.....	64
7.Ce mode de gestion de l'attente est-il efficace ?	65
<i>II.Eléments d'auto-critique.....</i>	<i>69</i>
1.Questionnements quant à la sélection des données	69
2.Questionnements sur l'analyse des données.....	71
<i>III.Pour donner suite aux résultats apportés, quelles perspectives pour la profession ?.....</i>	<i>72</i>
1.Sur la gestion de la liste d'attente, à l'échelle individuelle.....	72
2.La gestion de la demande de soins à l'échelle nationale.....	77
3.Face à cette demande de soins toujours plus importante, d'autres initiatives encore.....	81
<i>IV.Quelles perspectives pour nous, en tant que future orthophoniste ?.....</i>	<i>83</i>
1.Adapter notre pratique en fonction de la zone d'installation	83
2.Utiliser une structure hébergeuse de liste d'attente	83
3.Tenir une permanence téléphonique régulière	84
4.Prévenir les troubles du langage, de la communication et des fonctions oro-myo-faciales	84
5.Echanger avec des collègues orthophonistes	85
<i>V.Conclusion de la discussion.....</i>	<i>85</i>

CONCLUSION GENERALE.....87

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

INTRODUCTION

En France, l'accès aux soins est un problème central dans la pratique de tout professionnel médical ou paramédical. L'orthophoniste est donc concerné. La convention nationale la plus récente, qui a été conclue le trente-et-un octobre mille-neuf-cent quatre-vingt-seize, organise les rapports entre les orthophonistes et les caisses d'assurance maladie. Son préambule nous indique que « *les parties signataires se proposent dans la nouvelle Convention nationale de parvenir aux objectifs suivants : garantir à tous les assurés l'accès à des soins de qualité, maintenir l'exercice libéral de l'orthophonie et respecter le libre choix de l'auxiliaire médical par le malade (...), en prenant en considération le développement des besoins et des expériences nouvelles en la matière et l'évolution de la démographie spécifique à la profession.* » Tout étudiant en a entendu parler en classe, par un maître de stage, ou encore dans la sphère privée par une connaissance qui éprouve des difficultés de tous ordres pour trouver un orthophoniste. L'accès aux soins orthophoniques est jugé difficile par bien des personnes, au vu de l'inscription de nombreux patients sur les listes d'attente des professionnels libéraux.

Pourtant, à ce jour, les connaissances sur l'état de la pratique des orthophonistes libéraux et sur leur ressenti sont inexistantes. Or une bonne appréhension de l'expérience en la matière permettrait non seulement aux étudiants en passe d'épouser la profession d'anticiper l'afflux de demandes et de s'organiser en conséquence, mais également à tout orthophoniste désireux de modifier sa pratique en cours de carrière de s'en inspirer. C'est pourquoi nous nous y intéresserons dans ce mémoire.

Dans un premier temps, qui constituera notre partie théorique, nous procéderons à l'exploration de la littérature en vigueur. Nous définirons ainsi le cadre légal de la profession, ainsi que les questions d'ordre déontologique et éthique qui peuvent se poser à tout orthophoniste. Dans cette même partie, nous ferons ensuite état de l'accès aux soins orthophoniques libéraux en France, avant de nous intéresser plus particulièrement à la pratique (ou non) des listes d'attente de patients.

Dans une deuxième partie, nous nous intéresserons à la réalité actuelle des vingt-mille-trois-cents orthophonistes libéraux, qui nous permettra de nous positionner sur la validité de l'hypothèse que nous émettons. Selon nous, la pratique des listes d'attente de patients n'est pas en cohérence avec les obligations légales concernant l'accès aux soins et avec la

déontologie et l'éthique de la profession. Pour cela nous étudierons la fréquence de cette pratique, les modalités qu'elle recouvre et les adaptations éventuellement mises en œuvre par les professionnels de santé au cours de leur carrière. Par ailleurs, nous enquêterons pour statuer sur le fait qu'une longue liste d'attente renvoie ou non à un sentiment particulier chez les orthophonistes, notamment celui de refus de soins, et pour déterminer leur ressenti au moment du rappel des patients inscrits sur leur liste. Enfin, l'analyse détaillée des réponses nous amènera également à révéler les actions mises en œuvre afin de faciliter l'accès aux soins orthophoniques, tant par les instances nationales que par les orthophonistes eux-mêmes.

Dans une troisième et dernière partie, après avoir discuté des résultats obtenus en regard de la littérature existante, nous nous attacherons à décrire les points forts et les faiblesses éventuelles de notre étude, ainsi que les perspectives qui s'offriront à nous et à l'ensemble de la profession, au vu des résultats de notre étude.

PROBLEMATIQUE

I. Le droit, la déontologie et l'éthique en santé

Les professions de santé (médecins et auxiliaires médicaux) sont encadrées par de nombreux textes, législatifs, déontologiques, éthiques dont il convient de préciser la valeur afin de les cerner et de les différencier. Certaines règles sont communes. C'est le cas du droit, qui constitue « *l'ensemble de règles à caractère contraignant, régissant le comportement et les rapports des hommes en société* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (C.N.R.T.L.), 2021). C'est aussi le cas de la morale. C'est « *l'ensemble des règles que chacun adopte dans sa conduite, d'après l'idée qu'il se fait de ses droits et de ses devoirs* (Centre National de Ressources Textuelles, 2021). Chaque être humain dispose d'une morale qui lui est propre, en plus de la Morale, l'ensemble des « *comportements dignes, validés, bénéfiques et utiles au groupe social* » (Amiar M., 2001) qui représente un idéal commun, normalement partagé par tous. Enfin, d'autres règles sont plus spécifiques de l'exercice médical et paramédical. Intéressons-nous respectivement à ces différents termes.

1. Le droit

La profession d'orthophoniste est encadrée par la loi depuis mille-neuf-cent-soixante-quatre (Loi n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste). **D'autres lois viennent réglementer l'exercice de cette profession, notamment la loi sur les droits des patients instaurant la liberté du patient à choisir le praticien qu'il souhaite, dite « Loi Kouchner »** (loi du quatre mars deux-mille-deux relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

En deux-mille-cinq est parue la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Celle du vingt-et-un juillet deux-mille-neuf, qui porte réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (H.P.S.T.), vient modifier la gestion territoriale du système de santé. Elle concerne autant les hôpitaux publics que les cliniques et les professionnels libéraux, et entérine la création des Agences Régionales de Santé (A.R.S.) et le développement des maisons médicales pour limiter le recours trop important aux urgences hospitalières.

Enfin, plus récemment est parue la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, 2015), puis l'année suivante la loi sur la fin de vie, dite loi Leonetti-Claeys (loi n° 2016-87 du

2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, 2016), en révision de la loi Leonetti de 2005 qui avait instauré les directives anticipées, la décision de ne pas prolonger les traitements, et la formation des professionnels de santé (Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie).

Il aura fallu attendre cinquante-et-un ans après la première loi pour que la définition de l'orthophonie paraisse dans un texte législatif. La promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé, dite « Loi Touraine », a permis, en janvier deux-mille-seize, la transposition de la définition de l'orthophonie, et la reconnaissance des missions dévolues aux orthophonistes, de leur statut et de leur degré de responsabilités, notamment l'autonomie par rapport au traitement proposé et à sa fréquence (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016). L'article L4341-1 du Code de la santé publique stipule ainsi que « *la pratique de l'orthophonie comporte 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* » (Code de la santé publique - Article L4341-1, 2012).

Enfin, la loi du vingt-quatre juillet deux-mille-dix-neuf relative à l'organisation et la transformation du système de santé prévoit la mise en œuvre des projets territoriaux de santé, avec notamment les communautés professionnelles territoriales de santé (C.P.T.S.) et la définition du télé-soin (ainsi que la modification de l'accès aux études en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique) (loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé).

Depuis, d'autres textes sont parus pour régir l'orthophonie, soit inscrits dans le Code de la santé publique, soit sous forme de décrets et d'arrêtés, notamment le décret du deux mai deux-mille-deux relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste.

En parallèle, la Convention nationale des orthophonistes a été conclue en mille-neuf-cent-quatre-vingt-seize entre les orthophonistes français, en partie représentés par la Fédération nationale des Orthophonistes (F.N.O.), et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (Convention Nationale des orthophonistes, 1996). Dix-sept avenants ont suivi, le dernier ayant été signé le 7 février 2021 (arrêté du 13 avril 2021 portant approbation de l'avenant numéro dix-sept à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie signée le 31 octobre 1996).

Si l'exercice de la profession d'orthophoniste est très réglementé, des questions se posent néanmoins à chaque praticien, au quotidien, qui ne peuvent être résolues par la loi. En effet, face à certaines situations, cette dernière ne suffit pas. Ce sont alors des valeurs et des principes qui vont guider son questionnement : « qu'est-il juste de faire pour chacun et à chaque instant ? »

2. La déontologie

a. Définition

Le premier usage du terme « déontologie » est attribué à Jérémie Bentham. Il figure dans l'ouvrage Déontologie ou science de la morale : « *Comme art, c'est faire ce qu'il est convenable de faire ; comme science, c'est connaître ce qu'il convient de faire en toute occasion* » (Bentham Jeremy, Bowring John, & Laroche Benjamin, 1834, p.11). Les racines grecques relient également le terme à "ce qu'il convient de faire" (C.N.R.T.L.). Il s'agit par extension de « l'ensemble des règles morales qui régissent l'exercice d'une profession ou les rapports sociaux de ses membres » (C.N.R.T.L.). Enfin le dictionnaire Larousse précise quant à lui que le terme déontologie recouvre « l'ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients et le public » (Larousse, 2021) Notons toutefois que dans le domaine de la santé le terme « patient » est consacré, et non pas celui de « client ».

Mais la déontologie, c'est aussi « l'ensemble des devoirs inhérents à l'exercice d'une activité professionnelle libérale, définis par un ordre professionnel » (Ermissé, 2004).

b. Les ordres professionnels

L'exercice des professions de santé requiert l'établissement d'une relation particulière avec le patient. Pour garantir que cette relation privilégiée puisse s'établir, certaines professions se sont dotées d'ordres professionnels. Leur fonction principale est de reconnaître les professionnels qui ont le droit d'exercer et de s'assurer qu'ils le font dans les règles imposées par leur profession. Les ordres professionnels disposent de l'initiative en matière déontologique. Aussi les codes de déontologie sont préparés par les conseils nationaux de chaque ordre, puis sont transmis au Premier ministre, pour édicter sous la forme d'un décret en Conseil d'État (Article L4127-1 - Code de la santé publique - Légifrance).

Un code de déontologie médicale a vu le jour en mille-neuf-cent-quarante-sept, dont la dernière parution date de février deux-mille-vingt-et-un. Ce texte figure aujourd'hui au Code de la santé publique (art. R. 4127-1 à R. 4127-112), aux côtés des codes de déontologie des chirurgiens-dentistes (art. R. 4127-201 à R. 4127-284), des sages-femmes (Chapitre VII : Déontologie-Articles R4127-1 à R4127-367), des pharmaciens (Chapitre V : Déontologie-Articles R4235-1 à R4235-77), des masseurs-kinésithérapeutes (Article L4321-21 - Code de la santé publique - Légifrance), des pédicures-podologues (Décret n° 2012-1267 du 16 novembre 2012 portant modification du code de déontologie des pédicures-podologues, Articles. R4322-31 à R322-99 du Code de la santé publique) et plus récemment des infirmiers (Chapitre II : Déontologie des infirmiers-Articles R4312-1 à R4312-92). Les autres professionnels exerçant dans le secteur sanitaire, notamment les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les diététiciens, les techniciens de laboratoire médical, les audioprothésistes, les prothésistes, les orthésistes et **les orthophonistes ne sont pas assujettis à un ordre professionnel et n'ont en conséquence pas de responsabilité professionnelle complémentaire.**

La profession médicale a ainsi été la première à se doter d'un code de déontologie, et à revendiquer son caractère coercitif : « *Aujourd'hui, la déontologie rassemble les éléments d'un discours sur les devoirs. C'est ce qui le distingue d'un recueil de principes éthiques, dont la non-application n'encourt pas d'autres sanctions que morales* » (Introduction aux commentaires du code, 2019). Ainsi, les codes de déontologie, qui trouvent leur fondement dans la loi, ont force de règlement. Ils s'imposent donc à chaque professionnel dont la profession est réglementée par un tel code.

i) Caractéristiques de la responsabilité déontologique professionnelle

Le terme « déontologie » recouvre également une troisième définition. Il s'agit de l'ensemble des sanctions définies par la loi en cas de non-respect de ces règles. La responsabilité déontologique professionnelle est donc « *l'obligation de répondre des manquements aux devoirs inhérents à l'exercice d'une activité professionnelle* » (C.N.R.T.L.). Elle ne concerne d'abord que les professions dont les instances ordinales ont été reconnues par le législateur (les « professions réglementées »). La responsabilité déontologique a pour unique objet de punir les manquements aux règles professionnelles afin de préserver les intérêts d'une profession. Elle s'administre de façon parfaitement autonome des autres ordres de

responsabilité (disciplinaire, pénale, indemnitaire). Un même fait peut donc donner lieu à une sanction pénale, indemnitaire, disciplinaire ou/et déontologique.

Comme l'affirmait Cayla en deux-mille-treize, « *le cadre déontologique équipe et protège.* » Du reste, il est des situations dans lesquelles la déontologie ne suffit pas à outiller l'orthophoniste dans sa prise de décision, notamment lorsqu'il est confronté à des situations difficiles, contradictoires et/ou conflictuelles dans sa pratique. A. Lamothe-Corneloup, orthophoniste, affirme que « *la déontologie, c'est la mise en application de valeurs morales et de normes éthiques qui vont permettre de définir un certain nombre d'exigences et de règles propres à un domaine particulier ou à une profession* » (Lamothe-Corneloup, 2018).

Or, en France, comme nous l'avons vu précédemment, il n'existe pas de règles déontologiques appliquées à l'orthophonie, ni d'Ordre spécifique représentant les orthophonistes. Les règles professionnelles sont en attente de validation par le Conseil d'Etat. La pratique orthophonique oblige donc en partie le passage par une démarche éthique. A ce sujet, Mireille Kerlan nous livre ceci : « *Nous attendons depuis plusieurs années la parution des règles professionnelles déjà annoncées dans le Code de la santé publique et qui énonceraient des règles d'ordre déontologique. Comme toute déontologie ou toute loi, ce sont des principes ou valeurs éthiques qui permettent d'abord le débat avant l'écriture de ces textes à valeur juridique* » (Kerlan, 2016).

3. L'éthique

a. Définition de l'éthique

Le terme « éthique » renvoie à « èthos » en grec, qui signifie « moeurs, habitude ». Ainsi, selon le Littré, il désigne la science de la morale (Littré, 2021). Il ne s'agit pas d'un ensemble de valeurs ni de principes en particulier, mais plutôt d'une « réflexion argumentée en vue du bien-agir ». L'éthique n'impose pas, elle « propose de s'interroger sur les valeurs morales et les principes moraux qui devraient orienter nos actions, dans différentes situations, dans le but d'agir conformément à ceux-ci » (Lamothe-Corneloup, 2018). En l'absence d'événement particulier, l'éthique n'émerge pas. Car « *c'est d'abord une réflexion critique à l'égard de situations humaines intenable au regard de ces principes moraux qui apparaissent comme inapplicables dans telle situation singulière* » (Lamothe-Corneloup, 2018). Aussi, selon elle, « *l'éthique cherche non pas le Bien, qui est le but de la morale, mais le cheminement possible ici et maintenant vers une vie humaine rendue à sa dignité* ». Elle se construit autour des

questions que les membres d'une équipe de soignants est amenée à discuter en collégialité, en s'imaginant à la place du patient, et notamment autour de celle-ci : « comment voudrais-je être traité ? » (Lamothe-Corneloup, 2018). Ainsi la démarche éthique se veut nécessairement collégiale. La question se pose alors de savoir comment un orthophoniste peut opérer pour cheminer dans sa réflexion éthique lorsqu'il exerce seul en cabinet libéral.

b. Des valeurs pérennes depuis Hippocrate

L'éthique clinique s'est construite sur des valeurs prônées depuis Hippocrate (460-377 av. J.-C.) et Aristote (384-322 av. J.-C.). Devant les multiples progrès scientifiques réalisés dans l'après-Seconde Guerre mondiale, un autre pan de l'éthique a pris naissance. Il s'agissait alors de penser l'éthique du vivant : la « bioéthique ».

Un comité international a plus tard été créé, qui a donné naissance à la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, adoptée en deux-mille-cinq (U.N.E.S.C.O., Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme). Dix-sept principes y figurent : dignité humaine, effets bénéfiques et effets nocifs, autonomie et responsabilité, consentement, protection des personnes incapables d'exprimer leur consentement, respect de la vulnérabilité humaine et intégrité de la personne, vie privée et confidentialité, égalité, justice et équité, non-discrimination et non stigmatisation, respect de la diversité culturelle et du pluralisme, solidarité et coopération, responsabilité sociale et santé, partage des bienfaits, protection des générations futures, protection de l'environnement, de la biosphère et de la biodiversité.

Parmi tous ces principes, nous pouvons en retenir quatre sur lesquels s'appuie la théorie du principisme, portée par Tom Beauchamp et James Childress (Beauchamp Tom L. & Childress James F., 2007), et qui peuvent s'appliquer quotidiennement dans l'exercice de l'orthophonie. Nous nous proposons maintenant de les décrire.

c. Quatre grands principes éthiques

Le premier principe applicable est **la non-malfaisance** (« *D'abord ne pas nuire* »). Parfois il peut arriver que le soignant, pensant bien agir, engendre des effets négatifs pour le patient, qui ne font pas sens pour lui. Il convient d'épargner au patient ces préjudices ou ces souffrances.

Appliquer le deuxième principe, celui de **l'autonomie**, revient à faire participer le patient au processus décisionnel. Cela implique donc **un consentement partagé, libre et éclairé de sa part**.

Le principe de **bienfaisance** se traduit quant à lui par l'accomplissement, au profit du patient, d'un bien qu'il puisse reconnaître en tant que tel. Le soignant doit donc faire au mieux pour lui et notamment le respecter, soulager sa souffrance, préserver sa santé, lui procurer des bienfaits. Cela nécessite donc de mettre en œuvre les moyens et les techniques les plus appropriés et les plus performants du moment.

Le quatrième principe retenu par Beauchamp et Childress est **l'équité** (ou la justice). Il consiste à partager entre tous les patients les ressources disponibles (en temps, en argent, en énergie) sans aucune discrimination. **Par conséquent, tous les patients ont les mêmes droits et devraient avoir accès à la même qualité de soin**. Ces quatre principes nous intéresseront particulièrement dans la partie pratique de notre étude.

d. Ethique de conviction et éthique de responsabilité

« *Mais même à l'intérieur de cette démarche intime du choix éthique, il existe des tensions et des contradictions* » (Cayla, 2013). Nos valeurs et nos choix très personnels interfèrent et viennent influencer nos démarches professionnelles. A cet égard, la distinction que fait Max Weber dans Le savant et le politique (Weber, 1919) entre éthique de conviction et éthique de responsabilité nous éclaire. « *L'éthique de conviction* » est conçue sur des principes intangibles, sur l'affirmation de valeurs qui donnent un sens à l'action, sans examiner les conséquences de la décision prise, du choix opéré. Tandis que « *l'éthique de responsabilité* » se questionne sur les fins, les moyens et les conséquences des décisions et des actes. Elle peut engendrer le compromis.

« On aura compris que ces deux éthiques, apparemment contradictoires, peuvent et doivent s'interpeller, se féconder, s'enrichir mutuellement. Une éthique de conviction qui oublierait de se laisser interpeller par l'éthique de responsabilité conduirait à la tyrannie, mais il serait de la plus haute imprudence de laisser seule à l'œuvre l'éthique de responsabilité, car elle oublierait la conviction qui est pourtant le levier décisif de l'action moralement acceptable. »

En d'autres termes, « *d'une part, l'équipe mobilise une éthique déontologique, lorsqu'elle se préoccupe de la conformité de la solution envisagée à des principes plus généraux* (l'éthique

de conviction]). *D'autre part, elle se réfère aussi à une éthique conséquentialiste* » (ou éthique de responsabilité) selon laquelle ce sont les effets du traitement qui justifient sa dimension morale. En pratique, face à une situation particulière, les discussions oscillent en permanence entre ces deux éthiques.

e. L'éthique de situation

« *L'éthique au quotidien émerge, par définition, sur la toile de fond de la pratique ordinaire* » (Brodwin, 2013, cité dans Velpry, L., Vidal-Naquet, P.-A., 2019, p.29). Comment les acteurs de santé se saisissent de ces orientations éthiques ?

D'une part, leurs interventions doivent concilier les éventuelles contradictions liées aux orientations éthiques elles-mêmes. Velpry et Vidal-Naquet affirment que « *devant des situations difficiles ou impossibles, ne pouvant suspendre l'action, [nous nous résolvons] malgré tout à agir à l'encontre de [nos] propres valeurs* » (Dans l'ordinaire de l'aide et du soin : la prudence éthique, 2019, p.3).

D'autre part, les situations concrètes « *conduisent ces acteurs à procéder à des arrangements qui sont constitutifs de 'l'éthique de situation'* » (Velpry L., Vidal-Naquet P.-A., 2019, p.2). Ils se doivent de tenir compte d'autres dimensions de leur travail, telles que les contraintes économiques, organisationnelles ou encore administratives, qui ne se présentent pas - a priori du moins - comme relevant de l'éthique. « *La conciliation de ces dimensions amène ainsi les protagonistes d'une situation à procéder à une multitude de petites accommodations* ». Amenés à composer entre le « *désirable et le possible* » quand ils s'interrogent sur la dimension morale de leur action concrète, « *les professionnels élaborent ainsi 'une éthique inscrite au coeur des outils du travail'* ». Ils cherchent « *le bon outil de travail, où 'bon' porte une signification double : d'efficacité technique et de justification éthique* » (Brodwin, 2013, cité dans Velpry, L., Vidal-Naquet, P.-A., 2019, p.180).

f. Trois notions parfois très intriquées

i) Droit et éthique

« *La distinction entre l'éthique et le droit semble relativement claire. Le droit renvoie à la régulation des comportements par la loi alors que l'éthique fait référence, de manière plus large, (...) à ce qu'il convient de faire indépendamment ou au-delà de nos obligations strictement légales* » (Lamothe-Corneloup, 2018). L'auteure constate que « *malgré cette distinction apparemment claire des deux champs, le droit se tourne fréquemment vers*

l'éthique et l'éthique vers le droit ». En effet, le droit fait référence à l'éthique quand il s'agit de juger « *au cas par cas dans un cadre plus souple* », un cas pouvant alors faire jurisprudence. À l'inverse, « *certaines mouvements associatifs attendent que le droit mette au service de leurs revendications éthiques sa force contraignante pour donner corps à leurs aspirations* » (L'Orthophoniste, 2018).

g. Déontologie et éthique

La limite est également parfois infime entre l'éthique et la déontologie. Delassus critique ainsi la théorie du principisme et nous éclaire sur cette différence de sens tenue entre les deux : « *Les principes d'autonomie et de justice peuvent être considérés comme étant plutôt d'origine déontologique étant donné que quelles que soient les conséquences de l'acte médical, il est considéré comme étant du devoir du médecin ou du soignant de respecter l'autonomie du patient et de répondre à une certaine exigence de justice dans la manière de prodiguer les soins et les traitements. En revanche, la non-malfaisance et la bienfaisance relèvent plutôt du conséquentialisme dans la mesure où ils invitent à se soucier des effets de l'acte effectué sur la vie et la qualité de vie du patient* » (Delassus, 2017).

Nous pouvons finalement simplifier les concepts comme ceci : l'**éthique** est l'exercice de la réflexion sur le plan moral concernant différents problèmes, alors que la **déontologie** est la codification issue des réflexions éthiques collectives émises et validées par une autorité de la profession. **La déontologie serait une, quand l'éthique est nécessairement « 'plusieurs', tant elle est intime** » (Cayla, 2013). Eclairés par cette définition du droit, de la déontologie et de l'éthique, nous allons maintenant nous intéresser aux interrogations que peuvent connaître les orthophonistes dans leur pratique quotidienne.

II. Des questionnements permanents dans la pratique de l'orthophonie

L'orthophonie est une profession dont l'objectif premier est le soin (prévention, diagnostic, réhabilitation, accompagnement). Malgré les connaissances, les lois et les normes sanitaires, scientifiques et institutionnelles, soigner une personne nous confronte à des questionnements, par rapport à d'autres normes de tous ordres qui peuvent entrer en conflit, et aussi par rapport à des situations vécues ou encore des profils différents de patients.

Nous l'avons vu : la démarche éthique est au cœur de l'activité de l'orthophoniste. La place de chacun dans la relation thérapeutique interroge également : quelle est la position de l'orthophoniste vis-à-vis du patient, des familles, de sa hiérarchie (quand il en a une), des institutions, et vis-à-vis de certains impératifs ? Doit-il imposer un traitement ? Qui décide de l'arrêt de la rééducation ? Peut-il donner une priorité ? A qui ? Qu'est-ce qui justifie cette priorité ? Quelle réponse donner aux autres patients ? Nous devons également tenir compte de l'environnement social et culturel du patient, de son histoire par rapport à la maladie, au trouble ou au handicap, de ses valeurs, et interagir au mieux.

Les valeurs partagées, les principes éthiques que nous avons abordés précédemment, peuvent guider les orthophonistes. De manière consensuelle ? Toutes ces interrogations ont conduit la fédération représentative des orthophonistes français à éditer une charte éthique (F.N.O., 2017) en s'inspirant des chartes en santé de France, en Europe et à l'international ainsi que des chartes spécifiques à l'orthophonie en Europe et à l'international.

En tout cas, le patient est au centre du dispositif de santé et ce d'autant plus depuis la loi de deux-mille-deux. Cela se traduit par des mesures prises en son sens et des questions pratiques de plusieurs ordres pour les orthophonistes.

1. Le libre choix du praticien

L'article deux de la Convention nationale, stipule que : « *les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les orthophonistes légalement autorisés à exercer en France et placés sous le régime de la présente convention* » (1997).

2. Bienfaisance et non-malfaisance, envers le patient et l'orthophoniste lui-même

Parmi les responsabilités éthiques communes aux orthophonistes figure celle d'agir dans l'intérêt du patient. Cela se caractérise notamment par une décision de soins partagée, libre et éclairée. Le professionnel de santé se doit ainsi d'être clair et précis dans les informations qu'il donne au patient.

Pour respecter le principe de bienfaisance, prendre le temps de dialoguer, expliquer et donner des perspectives sont nécessaires. Le dialogue permettra de répondre aux interrogations du patient, de mieux connaître le contexte de sa demande, les répercussions de la pathologie sur sa vie quotidienne et les capacités de chacun. Ce principe de bienfaisance s'accompagne d'autres droits fondamentaux parmi lesquels le respect et la dignité, qui induisent nécessairement que les données sensibles échangées restent confidentielles.

3. Équité

Si un orthophoniste veut respecter le principe d'équité (ou de justice), il ne peut favoriser un patient au détriment d'un autre. Il faut donc trouver des critères de raisonnement clinique afin de décider de ce qui peut être réalisé vis-à-vis de plusieurs demandes tout aussi importantes. Il ne s'agirait pas de répondre à tout prix à un certain nombre de patients, au risque de se mettre en difficulté (maltraitance vis-à-vis de soi-même). Prendre le temps d'évaluer la situation de chaque patient permettra de juger de l'urgence ou non de mettre en place des actions pour chacun.

4. Indépendance et pleine responsabilité de l'orthophoniste

« *L'orthophoniste exerce en toute indépendance et pleine responsabilité, conformément aux règles professionnelles prévues à l'article L. 4341-9. Il établit en autonomie son diagnostic et décide des soins orthophoniques à mettre en œuvre* » (Article L4341-1 - Code de la santé publique - Légifrance, s. d.). Néanmoins cette loi induit deux corollaires : la non-malfaisance et les devoirs envers la profession. « *Notre comportement et notre conduite influent sur la capacité de la profession à poursuivre son travail au bénéfice du patient. Ces besoins se traduisent notamment dans (...) le comportement personnel dans son exercice professionnel* ». Les règles professionnelles n'étant pas encore parues, nous pouvons nous en remettre uniquement à une démarche éthique pour statuer. Prenons le cas d'un orthophoniste qui ferait le choix de ne pas faire figurer son numéro dans un répertoire national. Certes il n'existe pas d'obligation légale à le faire. Pour autant, cette mesure ferait peser le poids d'un certain nombre d'appels de patients en attente de soin sur les autres orthophonistes géographiquement proches de lui, qui, eux, seront répertoriés dans cet annuaire. Cela peut avoir pour effet d'induire une pression (au moins téléphonique) sur ces derniers et une augmentation de leur liste d'attente s'ils en utilisent une. Voilà bien un exemple d'éthique de situation : un questionnement sur l'arrangement de la vie quotidienne à cause d'une contrainte importante. En l'occurrence, la contrainte se matérialise par les demandes, trop nombreuses, d'accès aux soins orthophoniques.

5. La notion de priorité

Wells (1995) affirmait qu'il y avait une pénurie d'informations dans la littérature concernant les implications éthiques de l'utilisation de critères spécifiques pour prioriser les soins. Donner une priorité ? A qui ? Qu'est-ce qui justifie cette priorité ? De plus, à la

notion de priorité vient s'accoler nécessairement celle d'urgence, que nous allons définir maintenant.

a. Qu'est-ce que l'urgence ?

« *Quel est le sens de la demande du patient ? De quoi est-il vraiment question ?* » se questionne N. Eckert (Estimer l'urgence, on sait faire, mais comment le vit-on ?, 2013). S'agit-il de l'urgence d'une réponse à un appel à l'aide, qui pourrait se traduire par un rappel téléphonique ou un courriel dans les heures/jours suivant la demande, pour signifier sa prise en compte ? S'agit-il de l'urgence d'une passation de bilan ? De celle d'un diagnostic ? Ou encore de l'urgence d'une intervention de l'orthophoniste, à travers un certain nombre de séances (Fogarty & Cronin, 2008) ?

i) De l'urgence d'un soin

La loi Touraine offre aussi la possibilité d'agir dans l'urgence sans prescription médicale. L'article L.4341-1 du Code de la santé publique stipule qu'en « ***cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, l'orthophoniste est habilité à accomplir les soins nécessaires en orthophonie en dehors d'une prescription médicale*** ». Néanmoins la notion d'urgence n'a pas été définie et n'a pas encore trouvé sa transposition dans les mesures réglementaires.

ii) Urgence vitale, urgence fonctionnelle, urgence ressentie

En matière de soins, la définition de l'urgence est complexe. Elle n'est pas limitée à la seule notion d'urgence dite « vitale », celle qui mettrait en cause la vie du patient. L'urgence peut ainsi être fonctionnelle ou encore ressentie. Cette dernière nous questionne. S'il est question ici d'une urgence ressentie par le patient, quid de celle ressentie par l'orthophoniste ?

Par ailleurs, la notion d'urgence peut être influencée de diverses manières, et notamment par le point de vue des personnes qui en sont actrices, qu'il s'agisse des professionnels de santé ou des patients. En effet, si l'urgence consiste en « *ce qui requiert une action, une décision immédiate* » (C.N.R.T.L.), alors chacun aura en tête sa propre conception, que ce soit le patient ou le professionnel de santé, cela pour deux raisons. D'abord par le fait de la relation soignant-soigné, laquelle met en jeu deux individus qui vivent nécessairement deux réalités différentes. Ensuite, car « *l'urgence se définit nécessairement dans un rapport au temps* » (Kerlan M., 2019). Et ce rapport au temps est différent entre le patient et le soignant, chacun vivant son propre rapport au temps. De là découle cette question : « *Devrait-on définir une*

situation d'urgence comme une situation où le paramètre « temps » influe sur le paramètre « gravité » et où ce paramètre « temps » est primordial dans la capacité de réaction ? »

Le monde de la santé tout entier connaît une évolution du périmètre de l'urgence, l'orthophonie n'y fait pas exception, d'autant plus que les orthophonistes doivent faire face à un accroissement important des demandes pour des interventions urgentes. Deux hypothèses pour éclairer cette augmentation : la modification du comportement des patients par rapport à la prise en charge des soins, et l'insuffisance de l'offre de soins.

Qu'en pensent les orthophonistes ? Et quelle vision de l'urgence ont-ils ? Une enquête réalisée en deux-mille-dix-huit auprès de deux cents orthophonistes nous apporte des réponses à ce sujet (Kerlan M., 2019). Certaines demandes sont bien considérées comme relevant de l'urgence : ainsi les suites d'accident vasculaire cérébral, et ce par tous les orthophonistes qui se sont exprimés. Puis, le bégaiement, la dysphagie, l'absence de langage chez l'enfant (pas de notion d'âge exprimée) sont considérés comme urgents par plus de la moitié des répondants. Viennent ensuite les pathologies O.R.L., avant ou après chirurgie en cancérologie, et les troubles de l'oralité. A noter que, toutes les pathologies sont citées, dans des proportions plus faibles.

6. Le droit d'accès aux soins du patient

a. Définition

« Garantissant la liberté d'exercice des professionnels, la politique de santé vise également à garantir à toutes les personnes une égalité dans l'accès aux soins et elle se donne l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé » (Résoudre les refus de soins, 2010). L'article L. 1411-1-1 du Code de la santé publique stipule que « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ». Des dispositifs de protection sociale, comme la couverture maladie universelle (C.M.U.), ont été institués en mille-neuf-cent-quatre-vingt-dix-neuf pour permettre à des personnes démunies d'accéder aux mêmes soins que le reste de la population, ayant un effet à la baisse sur le renoncement aux soins de ces personnes.

b. Le droit d'accès du patient face au refus de l'orthophoniste

i) Définition du refus de soins

Nous l'avons vu, parmi les principes éthiques figure celui de non-discrimination, qui doit néanmoins se conjuguer avec la liberté d'exercice du professionnel de santé et la relation contractuelle qu'il noue avec son patient. Le Code de la santé publique (C.S.P.) dispose qu'il est possible pour un professionnel de santé de refuser des soins (Article L1110-3 - Code de la santé publique - Légifrance). Ainsi le médecin se voit reconnaître la possibilité de refuser de dispenser ses soins comme le rappelle expressément l'alinéa deux de l'article R. 4127-47 du C.S.P. : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* » (Article R4127-47 - Code de la santé publique - Légifrance)

Mais cette possibilité n'est légitime que dans certaines conditions : le refus de soins doit être fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle « *essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins* » (Article L1110-3-1 - Code de la santé publique - Légifrance). Cela laisse une importante marge de manœuvre quant à la définition d'un refus de soin, qui, de plus, s'inscrit dans un cadre juridique complexe relevant de plusieurs codes : Code de la consommation (Code de la consommation - Légifrance), Code de la santé publique (Code de la santé publique - Légifrance), Code de la sécurité sociale (Code de la sécurité sociale - Légifrance).

Une analyse précise est nécessaire et indispensable pour déceler le refus de soins licite du refus de soins illicite. Le refus de soins s'entend de façon large, par tout type de comportement qui conduirait, directement ou indirectement, à une absence de soins ou de traitements adaptés au patient. « *Ainsi, ce sont aussi bien les comportements des médecins que ceux d'autres professionnels de santé, tels les pharmaciens et les auxiliaires médicaux, qui sont [concernés]* » (Institut Droit et santé, 2010). De même, la notion de soins est entendue largement, puisqu'elle inclut les soins proprement dits, tout comme les actes de prévention.

Deux questions majeures se posent alors. La première est celle de savoir ce qui, en pratique, constitue un refus de soins. Autrement dit, quelles sont les pratiques des professionnels qui peuvent s'analyser en un refus de soins ? La deuxième question est celle de définir les motifs pouvant conduire un professionnel à refuser de prodiguer des soins à un patient : quels sont ces motifs ?

ii) Pratiques qui peuvent s'analyser en un refus de soins

Dans les comportements qui peuvent être assimilés à des refus de soins, citons en premier lieu les refus explicites ou directs. Il peut s'agir du refus de recevoir un patient (par exemple ne pas rappeler un patient ayant laissé plusieurs messages téléphoniques). Cela peut aussi être le refus de poursuivre la prise en charge sans assurer la continuité des soins, notamment lorsqu'une infirmière abandonne brutalement les soins qu'elle dispensait à une patiente souffrant d'une pathologie très lourde, sans prévenir et sans fournir la liste d'autres infirmiers (Conseil national de l'ordre des médecins, Section des assurances sociales, 13 avril 2006).

À côté des refus explicites prennent place les refus implicites (ou indirects) dont les manifestations sont variées. Parmi ces dernières, le refus de diriger le patient vers un confrère compétent, des exigences administratives importantes, ou encore l'absence du dispositif de prise en compte de la carte vitale conduisant à un renoncement aux soins du patient. Un « *délai d'attente prohibitif/indéterminé, soit un rendez-vous accordé avec plusieurs mois d'attente* » est également considéré comme un refus de soins implicite (Institut Droit et santé, 2010). Cette situation se veut courante dans les cabinets d'orthophonie si l'on en croit les témoignages abondants des orthophonistes, de leurs stagiaires et des patients. A fortiori, pourrions-nous donc convenir qu'une inscription sur liste d'attente avant un rappel de l'orthophoniste pour une prise de rendez-vous peut constituer un refus implicite ? En tout cas, « *des praticiens sont débordés au point de ne pas pouvoir accroître leur [patientèle] et ils sont conduits à refuser des rendez-vous sans attitude de discrimination* » (Institut Droit et santé, 2010). Comment cela se traduit-il en réalité ? Quelle proportion d'orthophonistes est concernée par cette situation de débordement ? Nous l'étudierons plus loin.

iii) Motifs des professionnels pouvant conduire à un refus de soins

Il nous faut distinguer les motifs liés à la personne même du patient de ceux non liés à sa personne. Parmi les motifs liés à la personne du patient, nous retrouvons par exemple un refus lié au comportement ou à la situation économique du patient, à sa condition sociale (prisonnier par exemple), à l'état de santé (personne porteuse du V.I.H.) ou à son orientation sexuelle.

Au sein des motifs non liés à la personne du patient nous retrouvons un défaut de document administratif, la situation géographique du patient, la personne du professionnel ou son activité (« *médecin en grève, patientèle surchargée* ») ; ou encore des raisons économiques, par exemple un refus de prescrire pour des raisons d'économie de l'assurance maladie

(Conseil d'Etat, 26 févr. 2007, n°297084) ; ou un refus lié à des évènements extérieurs indépendants de la volonté du médecin (mauvaises conditions climatiques, médecin qui refuserait de se déplacer en raison d'un climat d'insécurité : émeutes).

Après avoir défini les refus de soins explicites et implicites, il convient de faire la distinction entre les refus de soins licites et ceux jugés illicites. Il arrive que, dans certaines circonstances, le professionnel soit dans l'obligation de soigner, et que son refus de le faire soit de ce fait sanctionnable. A l'inverse, dans d'autres cas, le praticien dispose d'une faculté de refus ou se voit même imposer une obligation de ne pas intervenir.

Maintenant que nous avons défini le contexte légal, déontologique et éthique de la pratique de l'orthophonie, consacrons-nous à la description de l'orthophonie libérale en France. Comment le paysage français se dessine-t-il ? Quelles sont ses particularités ? Comment évolue-t-il ?

III. L'orthophonie libérale en France

Le besoin en soins orthophoniques s'accroît constamment. En premier lieu, le champ de compétences de l'orthophoniste s'élargit. Le texte conventionnel aura fait l'objet, en vingt-deux ans, de dix-sept avenants successifs afin d'accompagner l'évolution de l'exercice de la profession. Le nombre de pathologies qui figurent dans la nomenclature générale des actes professionnels est en hausse (N.G.A.P., mai 2021). Prenons l'exemple des troubles des apprentissages. L'orthophoniste participe largement au processus d'accompagnement des patients concernés par ceux-ci désormais. Ainsi, pour qu'un patient bénéficie d'une reconnaissance de ses difficultés et d'un aménagement spécifique de ses conditions de travail, avec ou sans intervention de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (dite désormais Maison de l'Autonomie dans certaines régions). Créé par la loi d'orientation et de programmation pour la Refondation de l'école de la République, en juillet deux-mille-treize, le projet d'accompagnement personnalisé s'adresse aux enfants dont les difficultés scolaires sont durables (Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République). A fortiori, une reconnaissance de handicap via la M.D.P.H. nécessite également la production d'un bilan orthophonique qui doit accompagner le guide d'évaluation scolaire (G.E.V.A.S.C.O.), sur lequel le médecin scolaire va s'appuyer pour effectuer la demande.

Les troubles des apprentissages sont mieux connus, l'orientation vers un orthophoniste est donc plus fréquente qu'auparavant dans ce domaine. Il permet le dépistage de ces troubles puis participe à l'accompagnement du patient-élève dans son parcours scolaire.

Enfin la profession, qui existe depuis plus de cinquante ans (le premier diplôme ayant été délivré en mille-neuf-cent-soixante-cinq), devrait être de plus en plus connue par les professionnels de santé, par le public, par l'Education Nationale et par le grand public.

1. Démographie des orthophonistes

En janvier deux-mille-dix-neuf, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (D.R.E.E.S.) dénombrait vingt-cinq-mille-six-cent-sept orthophonistes en France : vingt-mille-sept-cent-quatre-vingt-sept libéraux ou mixtes, mille-huit-cent-soixante-seize hospitaliers et deux-mille-huit-cent-soixante-huit autres salariés, dont sept-cent-soixante-dix-neuf dans les départements et régions d'outre-mer (F.N.O., 2019). Elle indiquait également une densité moyenne de trente-huit orthophonistes pour cent-mille habitants, contre vingt-six en 2004. A noter donc : une forte augmentation de la densité en cinq ans.

Notons également que les régions de Montpellier, de Marseille, de Nice, de Paris et de Lyon dépassent largement ce nombre avec plus de quarante-cinq orthophonistes pour cent-mille habitants, alors que dans la Creuse ou dans l'Allier la densité s'élève à dix orthophonistes libéraux pour cent-mille habitants, marquant une répartition disparate sur le territoire national. La croissance des effectifs est habituellement de l'ordre de quatre pour cent par an, en corrélation avec le nombre de places ouvertes en formation initiale en orthophonie. Près de neuf-cents nouveaux diplômés issus des vingt centres de formation universitaires français épousent la profession d'orthophoniste chaque année et environ quatre-cents autres, formés au sein de l'Union Européenne, principalement en Belgique (Le Monde, 2017) et en Suisse, sont autorisés à exercer en France. A noter qu'en deux-mille-dix-huit, la croissance n'a été que d'un demi-point en raison du passage de la durée de la formation initiale de quatre à cinq ans (F.N.O., 2019, p. 1).

2. Répartition géographique des orthophonistes libéraux

La répartition des orthophonistes est inégale sur le territoire français, tous types d'exercice confondus. Dans le secteur libéral, nous retrouvons cette même inégalité de

répartition. La densité moyenne s'élève à vingt-neuf orthophonistes libéraux pour cent mille habitants, et, à titre d'exemples, à neuf dans la Creuse, douze dans les Deux-Sèvres, contre cinquante-trois à Paris et cinquante-deux dans l'Hérault. A ce sujet, l'article premier de l'avenant treize à la convention nationale des orthophonistes, pour l'amélioration des conditions d'accès aux soins en orthophonie stipule que :

« [l]es parties signataires constatent qu'il existe des disparités géographiques d'offre de soins en orthophonie d'un facteur de 1 à 12 selon les départements, qui peuvent conduire, dans les zones à faible densité, à des difficultés d'accès aux soins rencontrées par les patients, associées à une dégradation des conditions de travail des orthophonistes. »

3. L'apport de l'avenant treize

L'avenant treize portait sur l'amélioration de l'accès aux soins en orthophonie des assurés. Il a mis en place, à partir du six novembre deux-mille-douze et pour trois ans, un dispositif expérimental qui visait à rééquilibrer l'offre de soins en orthophonie grâce à une meilleure adéquation des installations sur le territoire par rapport aux besoins de soins.

Les orthophonistes libéraux installés ou souhaitant s'installer dans une zone « très sous-dotée » pouvaient adhérer au « contrat incitatif orthophoniste ». Celui-ci permettait à l'orthophoniste libéral conventionné avec la C.N.A.M. de bénéficier d'une prise en charge des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales, et s'il s'agissait d'une nouvelle installation dans la zone, de percevoir une aide forfaitaire à l'équipement du cabinet.

L'avenant treize prévoyait par ailleurs la création de commissions paritaires au niveau régional afin de suivre l'évolution de la profession, notamment sa démographie. Les agences régionales de santé et l'assurance-maladie ont élaboré conjointement un zonage afin de définir les territoires sous-dotés ou surdotés en professionnels, en vue de tenter d'améliorer l'accès aux soins dans toutes les régions. Au sujet de l'avancée réalisée depuis lors, Kremer témoignait ainsi en deux-mille-seize : « *on manque aujourd'hui d'orthophonistes, partout, dans tous les secteurs, même si ce déficit est plus cruel dans les zones rurales* » (L'orthophonie en France, p. 30). Il venait confirmer le manque d'orthophonistes dans ces zones et le besoin de prolonger ce dispositif, disposition qui sera entérinée par l'avenant quinze (Journal Officiel de la République Française, 2016).

4. L'avenant quinze

Conclu en deux-mille-seize entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et la F.N.O., l'avenant quinze a prolongé ce dispositif expérimental, pour une durée de deux ans à compter de son entrée en vigueur, selon les mêmes modalités et les mêmes objectifs que l'avenant treize.

5. L'avenant seize

Conclu en juillet deux mille dix-sept, il visait encore une fois à renforcer l'accès aux soins orthophoniques, ainsi qu'à soutenir l'implication des orthophonistes dans certaines prises en charge. Cet accord prévoyait notamment une méthodologie de zonage modifiée et quatre nouveaux contrats incitatifs dans les zones très sous-dotées (qui se substitueront aux contrats en vigueur auparavant) pour favoriser l'installation et le maintien des orthophonistes dans ces zones. Il encadrait également la valorisation de l'activité des orthophonistes, avec notamment celle des bilans (avec une valorisation intervenant au premier avril deux-mille-dix-huit et au premier janvier deux-mille-dix-neuf), celle des actes de rééducation des orthophonistes (onze actes valorisés au premier avril deux-mille-dix-huit), et enfin la valorisation de la prise en charge des enfants de trois ans à six ans (au premier juillet deux-mille-dix-neuf). Par ailleurs l'avenant instaurait la mise en place de forfaits et de majoration (au premier juillet deux-mille-dix-neuf) pour la prise en charge des patients en situation de handicap, des enfants de moins de trois ans, des patients en post-hospitalisation liée à un A.V.C., à une pathologie cancéreuse ou à une maladie neurologique grave entraînant une dysphagie sévère et/ou des troubles de la voix.

6. Une couverture en soins orthophoniques qui demeure insuffisante

Toutes ces dispositions, et l'augmentation des installations de quatre à cinq pour cent par an depuis une dizaine d'années, ne suffisent pas à couvrir la totalité des besoins en soins orthophoniques. Cela peut s'expliquer par des difficultés d'accès aux études, principalement en lien avec un numérus clausus limitant le nombre d'étudiants admis dans chaque centre. Par ailleurs, le recours aux professionnels libéraux par les établissements de santé, ainsi que l'externalisation croissante des soins, viennent encore renforcer ce phénomène d'embouteillage dans le secteur libéral. En conséquence, l'accès aux soins orthophoniques est inégal sur notre territoire pour tous les habitants. Par ailleurs, du fait du manque d'orthophonistes libéraux en France, une autre conséquence, la plus évidente, est l'attente du

patient. En effet, le flot d'appels de patients qui ont besoin de recourir à un orthophoniste est plus important que l'offre de soins orthophoniques elle-même. Comment les orthophonistes libéraux gèrent-ils ce flux de sollicitations ? Quel est leur ressenti sur leur pratique et sur le système de soins ?

7. Parmi les cas d'accès limité aux soins, le point particulier des listes d'attente

En pratique, comme nous l'avons vu, l'accès aux soins peut être limité dans certaines zones par le manque d'orthophonistes. Le principe de libre choix du praticien est donc difficilement applicable. Les patients choisissent en réalité l'orthophoniste disponible, celui qui pourra les inscrire sur sa liste d'attente. Les listes d'attente apparaissent souvent, dans le domaine de la santé, « *lorsque la demande de soins excède l'offre et que les ressources limitées disponibles doivent être rationnées* » (Martin et al., 2003). L'utilisation de ce type de liste n'est pas encadrée par la loi. **Aucun texte ne les autorise, ni ne les interdit.** Ce thème n'est pas encore exploré dans la littérature scientifique, et pourtant il questionne beaucoup. Certains mémoires de fin d'études en orthophonie y font d'ailleurs référence, comme celui de Julie Soenen qui indique qu'en Vienne, « *les orthophonistes libéraux sont débordés et leur liste d'attente s'allonge constamment. Les patients avec des difficultés de lecture sont donc contraints d'attendre entre 6 et 18 mois avant d'être pris en charge* » même si nous manquons de statistiques précises sur ce sujet. « *La profession est excédée, les patients sont en mal de soins* », nous indique la F.N.O (Conventions avec les établissements : où en est-on ? – Fédération Nationale des Orthophonistes, 2019). Pour continuer à améliorer l'action en faveur de l'accès aux soins, l'Assurance Maladie et ODENORE ont organisé en juin deux-mille-dix-neuf un colloque afin d'appréhender les freins et d'identifier collectivement des pistes pour travailler différemment (ODENORE-C.P.A.M., 2019). Cela vient confirmer le caractère préoccupant de l'attente pour le système de santé français.

Nous avons explicité dans un premier temps le cadre législatif, déontologique et éthique de la profession d'orthophoniste. De la réalité décrite par certains orthophonistes rencontrés, et des questionnements qui en émergent pour nous, a découlé notre envie d'explorer la pratique -les pratiques- des orthophonistes de France en matière de gestion des demandes, et notre besoin de connaître leurs manières de procéder pour accueillir le patient, leur utilisation (ou non) de la liste d'attente, et de déterminer l'impact de cette pratique particulière en termes de gestion quotidienne, en touchant du doigt leur ressenti en la matière.

Cela nous permettra de répondre à cette question : **la pratique des listes d'attente en cabinet libéral est-elle en cohérence avec la déontologie et l'éthique de la profession ?** Plus précisément, voici ce qui nous questionne notamment : une liste d'attente très longue entraîne-t-elle un sentiment particulier chez les orthophonistes ? Est-elle vécue comme un refus de soins par les orthophonistes et par les patients ? Ne pas/ne plus en tenir une donne-t-il ce même sentiment à certains orthophonistes ? La pratique varie-t-elle en fonction de la durée de la carrière, ou selon la zone où l'orthophoniste est installé (que cette zone soit étiquetée comme étant sous-dotée ou très sur-dotée) ? Cette étude que nous allons mener, en plus d'un état des lieux jamais réalisé auparavant, se veut également être un point d'appui pour une réflexion personnelle et partagée sur les conditions d'installation et d'exercice des orthophonistes libéraux.

METHODE

Comment les orthophonistes gèrent-ils l'afflux de demandes et comment vivent-ils les procédures mises en place ? Les jugent-ils satisfaisantes ou non ? La pratique des listes d'attente en cabinet libéral est-elle totalement en cohérence avec le droit, la déontologie et l'éthique de la profession ? C'est ce que nous nous sommes attachée à étudier.

I. Environnement de la recherche et population

1. Environnement de la recherche et schéma d'étude

L'étude a porté sur le comportement et le ressenti des orthophonistes libéraux français sur l'ensemble du territoire national (métropole et outre-mer). Cette étude observationnelle s'est voulue à la fois analytique et descriptive. L'analyse statistique des données a notamment compris une recherche de corrélations entre des variables et s'est doublée d'une description qualitative des réponses ouvertes données par les participants.

2. Population

L'étude visait à rendre compte de la pratique et du ressenti des orthophonistes libéraux français, soit 20 300 professionnels, ceux exerçant en cabinet individuel ou collectif (en maisons de santé et centres de soins). Il n'a pas été établi de critères d'inclusion autres que ce statut d'orthophoniste libéral français.

La définition des sujets éligibles conditionne la validité externe des résultats de l'étude, c'est-à-dire son caractère généralisable et sa représentativité. Plus un échantillon est grand, meilleure sera la représentation de la population étudiée. Alors, afin que notre étude bénéficie d'une validité externe importante, nous avons prêté un grand soin à ce que l'échantillon de sondés soit conséquent. Faute de données précises dans la littérature à ce sujet, il a été fait appel aux professeurs de statistiques de l'Université de Poitiers pour en définir précisément la taille. 1% de la population totale, soit 200 répondants, a été arrêté comme le panel nécessaire et suffisant pour représenter l'ensemble des orthophonistes libéraux français.

II. Recueil des données

Pour récolter les données, le questionnaire auto-administré s'est révélé constituer l'outil le plus adapté. En effet, « *les enquêtes auto-administrées réduisent les biais liés à la présence d'un enquêteur et présentent l'avantage de coûts de passation moindres. Et sur des*

sujets sensibles, elles sont parfois vécues comme moins indiscrettes » (Fenneteau, 2015). Or notre enquête pouvait justement traiter de sujets sensibles. En effet il était prévu de questionner les orthophonistes sur leur ressenti, et notamment sur le sentiment d'exercer ou non un refus de soins.

« Inversement, ces enquêtes supposent que les enquêtés puissent lire et comprendre les consignes indiquant comment répondre – en sachant en outre qu'aucun enquêteur n'est présent pour redresser d'éventuelles incompréhensions » (Parizot, 2012). Il allait donc falloir rédiger les questions de manière simple et détaillée, et pallier notre absence au moment de la passation.

Une réflexion consécutive sur les items a été menée sur une longue période (plusieurs semaines), enrichie par les échanges avec nos maîtres de stage. Une fois le socle de questions établi (annexe A), il a été proposé à la relecture et à l'amendement de quatre orthophonistes d'âge, de durée de carrière et d'environnement de travail variés pour être encore enrichi. Enfin après validation du directeur de mémoire, il a été mis à disposition de l'ensemble des orthophonistes libéraux français sous sa forme définitive.

1. Des questions nombreuses et variées

Ce sondage, pour qu'il soit le plus complet et le plus précis possible quant à la pratique des orthophonistes libéraux, est riche en nombre de questions (45). Dans l'objectif de maintenir l'attention et l'intérêt des enquêtés tout au long de la passation, il a été décidé de proposer des questions de types différents : d'une part des questions fermées, avec une seule réponse attendue de type oui/non, demandant une réponse rapide et sans longue réflexion ; et d'autre part des questions ouvertes, amenant jusqu'à 5 réponses possibles, qui nécessitaient davantage de temps de lecture et d'analyse. Cela valait d'autant plus pour les items présentant un champ libre d'expression en supplément. En outre, afin de ne pas orienter la réponse de l'orthophoniste, il a été décidé l'alternance de formulations à connotation positive et de formulations à connotation négative.

2. Une organisation des questions en catégories distinctes

Au total, le sondage (annexe B) comportait 45 questions qui ont été réparties en 5 catégories pour donner aux enquêtés de la visibilité sur l'organisation et leur avancement dans la passation. Cela devait permettre de soutenir leur attention et leur motivation tout du long.

La première catégorie (« Faisons connaissance ») détaillait la durée de leur exercice, l'environnement de travail (commune rurale ou ville), le type de zone établi par l'A.R.S. en fonction de la dotation en orthophonistes sur le secteur. Ensuite, le deuxième groupe de questions (« Au quotidien ») s'intéressait précisément à la pratique en matière de liste d'attente. Il s'agissait de définir si l'orthophoniste en utilisait une pour noter les informations concernant la demande des patients. Quand les orthophonistes disposaient d'une liste d'attente, les questions suivantes ont été prévues pour explorer, comment, très concrètement, elle était mise en œuvre et utilisée au quotidien : sur quel support, par combien d'utilisateurs, les critères spécifiques définis pour l'intégrer, le caractère urgent attribué ou non à une demande, les délais d'attente pratiqués et communiqués au patient, l'utilisation d'un message dédié sur le répondeur ou par le secrétariat. Le troisième bloc (« Quand la liste de patients s'allonge ») concernait le concept de « longue liste d'attente » et le ressenti des orthophonistes au moment de recontacter les personnes inscrites depuis longtemps sur leur liste d'attente.

Nous nous sommes intéressée aussi aux adaptations mises en œuvre par l'orthophoniste en lien avec une longue liste, et une éventuelle modulation des manières de pratiquer au cours de la carrière (4^e groupe). Enfin, le dernier groupe (« Une autre gestion des listes d'attente ? ») venait les interroger sur leur satisfaction quant à l'utilisation de cette liste, leur souhait et leurs propositions d'amélioration.

3. Une passation aisée

Si la passation se révélait trop longue pour certains répondants, ils pouvaient pré-enregistrer leurs réponses et y revenir à un autre moment. Par ailleurs, parce que nous anticipions un éventuel défaut de fonctionnement du site LimeSurvey et des remarques qui pourraient émerger après la passation, une adresse électronique a été fournie afin que les personnes concernées puissent nous contacter. Il devait aussi être possible de consulter les statistiques publiques.

4. La protection des données

Le Règlement Général sur la Protection des Données (R.G.P.D., 2018) nous a amenée à effectuer des démarches auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés via le Correspondant de l'Université de Poitiers, contacté afin de déclarer la recherche. Une fiche de présentation synthétique de l'enquête a été produite (annexe C), ainsi qu'une fiche de conformité de traitement des données personnelles (annexe D), validée par le délégué à la protection des données.

5. La diffusion du questionnaire

Le questionnaire, anonyme, était disponible sur le site Internet LimeSurvey (limesurvey.org), dont l'utilisation était préconisée par l'Université de Poitiers. Chacun pouvait y accéder à partir d'un lien public (<http://survey.appli.univ-poitiers.fr/879216?lang=fr>). Afin de multiplier les chances de réponse, il a été envoyé au plus grand nombre via les deux fédérations d'orthophonistes de France : la Fédération Nationale des Orthophonistes (F.N.O.) et la Fédération des Orthophonistes de France (F.O.F.), qui l'ont transmis aux syndicats régionaux. Il a également été communiqué à Guillaume Lefebvre, orthophoniste qui rédige une newsletter très suivie, et partagé sur la page « Les Clés de la réussite orthophonique » sur le réseau social Facebook. Enfin les 110 étudiants du Centre de Formation Universitaire de Poitiers ont eux aussi été sollicités pour faire connaître l'enquête auprès de leurs maîtres de stage.

Le questionnaire est resté accessible pendant une période d'un mois et demi (25 janvier-15 mars 2021). Une seule relance a été effectuée, auprès des quelques syndicats régionaux de la F.N.O. qui n'avaient pas répondu à la demande initiale. Les données ont été régulièrement transférées vers le logiciel Excel de Windows, à partir duquel le codage puis le traitement des données de chaque questionnaire a été mené à bien. Chaque participant, anonyme, était repéré dans la base par un identifiant (id).

RESULTATS

Nous présentons ci-après les données obtenues via l'administration du questionnaire auprès des 694 orthophonistes libéraux.

I. Nombre de réponses enregistrées

Au total, 1226 questionnaires ont été renseignés. LimeSurvey indiquait 694 exemplaires complets et 532 formulaires incomplets. Une fois extraite sur Excel, la base de données a effectivement fait apparaître des formulaires totalement vierges ainsi qu'un certain nombre de cellules vides.

II. Fiabilisation de la base de données

LimeSurvey a procédé en partie à la fiabilisation de la base, en supprimant d'office 258 lignes vierges. Dans un deuxième temps, il a fallu identifier les cellules vides et tâche d'expliquer ce phénomène. Il est apparu que leur quantité correspondait au nombre de personnes n'ayant pas répondu à la question « Disposez-vous d'une liste d'attente ? (...) ». Ces professionnels ont donc répondu aux 8 premières questions du sondage, mais ensuite pas à celle qui renseignait sur la pratique (ou non) de la liste d'attente (ni aux questions suivantes). Les données fournies par ces participants dans les réponses du premier groupe n'auraient été d'aucune utilité pour la suite de la recherche analytique, car elles n'auraient pas renseigné sur la pratique de la liste d'attente et n'auraient ainsi pas permis de répondre à la question principale de notre étude. Elles ont donc été retirées de l'étude. A la marge, certains répondants avaient participé jusqu'à des questions plus lointaines, mais pas à la totalité du questionnaire. Leurs données ont donc également été retirées. Signalons également que la Nouvelle-Calédonie n'apparaissait pas sur la carte mise à disposition par CartoSanté (*CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques*, 2018) intégrée dans le questionnaire. Deux participants se sont manifestés à ce sujet. La C.P.A.M. et la D.D.A.S.S. de Nouvelle-Calédonie (homologues de l'A.R.S.) ont été contactées pour qu'elles nous expliquent le fonctionnement particulier sur ce territoire. Mais elles n'ont pas apporté de réponse. Quatre participations pré-enregistrées par les orthophonistes régionales n'ont donc pas pu être validées définitivement ni prises en compte dans le total.

Au total, l'analyse a donc porté sur les réponses de 694 participants, soit 3,4% des orthophonistes libéraux français, un pourcentage plus conséquent encore que celui que nous nous étions fixés pour bénéficier d'une validité externe importante, à savoir 1%.

III. Description des données et analyse des résultats

Les données collectées nous ont permis de décrire de manière précise le profil des répondants, d'analyser leur pratique en matière de gestion de liste d'attente, ainsi que l'efficacité de ce type de procédure d'après eux. Par ailleurs, nous avons obtenu des données sur leur ressenti et sur les réactions des patients.

Nous avons analysé ces résultats en vue de valider ou d'infirmer notre hypothèse qui est la suivante : la pratique des orthophonistes libéraux n'est pas en cohérence avec le droit et les principes déontologiques et éthiques liés à la profession. Pour cela, nous nous intéresserons aux principes évoqués dans la partie Problématique, à savoir les principes de non-discrimination et de libre choix du praticien qui figurent au Code de la santé publique, ainsi que les principes éthiques de bienfaisance, de non-malfaisance et d'équité.

L'ensemble des résultats figure en annexe E. Nous avons fait le choix dans la suite de ce développement de présenter des résultats synthétisés et argumentés.

1. Caractéristiques des orthophonistes libéraux qui ont répondu à l'enquête

80,1 % des orthophonistes libéraux qui ont témoigné ont au moins 5 ans d'expérience. Cela nous a laissé penser à première vue que les commentaires déposés allaient être nombreux et riches. **Les trois quarts des répondants (76,5%) ont déclaré exercer en zone urbaine (au moins 2 000 habitants).** Selon le zonage disponible sur le site cartosante.atlasante.fr, leur cabinet se situe en zone intermédiaire pour un peu plus de la moitié d'entre eux (52,4%), en zone très sous-dotée en orthophonistes pour 12,7%, en zone sous-dotée pour 8,5%, en zone sur-dotée dans un cas sur cinq (19,3%), et enfin en zone très sur-dotée dans 3,9% des cas. **Plus de 55% des répondants ont déclaré ne pas connaître les critères de définition de ces zones. Pour 56% des orthophonistes, une adaptation des textes législatifs sur l'accès aux soins est nécessaire,** sans apporter de commentaire complémentaire à ce sujet.

2. Quelle proportion d'orthophonistes dispose d'une liste d'attente de patients ?

Plus de 4 orthophonistes sur 5 (82,2%), soit une très grande majorité, ont déclaré tenir une liste d'attente, sur laquelle ils inscrivent les patients qu'ils ne peuvent pas recevoir immédiatement.

Les commentaires apportés font apparaître plusieurs points intéressants chez ceux qui ne pratiquent pas de liste (14,9% des répondants). Pour eux, cela « *n'a pas de sens* » ou « *ne rime à rien* » (26 occurrences de l'une ou l'autre phrase ont été relevées parmi les 103 commentaires). L'idée que « *les patients ne nous appartiennent pas* » (id979) a été émise par un répondant. Il s'agirait donc de ne pas « *capter* » les patients. Une professionnelle témoigne d'une deuxième raison qui l'a incitée à ne pas tenir de liste d'attente : « *les orthophonistes du quartier (...) s'étaient mises d'accord pour ne pas faire de liste d'attente pour éviter de se faire concurrence* ». Parce que les inscriptions sur liste « *bloquent la fluidité des demandes* », une orthophoniste n'en a jamais utilisé en 37 ans de pratique libérale (id979). Un autre répondant considère que la liste d'attente n'est pas un mode de gestion de l'attente approprié à notre profession. Selon lui, en effet, « *les urgences, sorties d'hôpital, de clinique ou de centres de rééducation ne peuvent [y] figurer* » (id1046). La question de l'urgence d'une prise en soins est de ce fait déjà posée par les participants. Cela vient donc légitimer notre choix d'interroger cette notion dans notre étude et d'y avoir consacré plusieurs questions. Enfin, comme motif justifiant le fait de ne pas tenir de liste, un participant mentionne le stress du patient dans l'attente : « *je pense inadéquat de faire attendre les gens dans un stress éventuel probable sans avoir pris contact pour un bilan* » (id832).

3. Organisation pratique de la liste d'attente

Comment s'organisent ceux qui utilisent une liste d'attente ? Quel support mettent-ils en place ? Comment sécurisent-ils les données concernant les patients ? Les informations suivantes vont nous éclairer sur ces sujets.

a. Quel(s) support(s) pour la liste d'attente ?

L'analyse des réponses a mis en évidence une variété importante de supports. La moitié des répondants utilisent le papier (cahier, fiches, notes repositionnables de type Post-it®). Dans ce cas, elle est parfois mise sous clé, fait la navette entre les bureaux, ou se trouve dans une salle partagée, dans les cabinets de groupe qui réalisent une liste d'attente

commune. Deux des personnes interrogées utilisent le support papier précisément pour éviter la fuite de données sur internet. **1 orthophoniste sur 4 préfère utiliser un tableur informatique** (de type Windows Excel, Libre office Calc, ...) par commodité (pour pouvoir par exemple trier les données ou faire une recherche par date, nom ou numéro de téléphone), **ou un module intégré à son logiciel de gestion et de télétransmission** (onglet Tâches). Néanmoins ce fonctionnement présente une limite importante : quand la liste est partagée, ce fichier doit d'abord être remis à jour avant d'être transmis. Id1002 témoigne ainsi que « *c'est une contrainte.* » Certains assurent cette navette via leur messagerie électronique ou une clé USB (avec ou sans code d'accès). **8% ont adopté d'autres solutions encore**, qui figurent dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Types de supports adoptés pour la mise en œuvre de la liste d'attente

Types de support	Nombre
■ Ne nécessitant pas de connexion à Internet	
Tableau Velleda	2
Logiciel de traitement de texte	4
One Note	1
■ Nécessitant une connexion à Internet	
Dossier dédié dans leur boîte électronique	1
● Gratuits	
DropBox et Google Drive sans précision du type de document	7
Google Sheet	11
Google Doc	1
Google Keep	1
Orthofoliste (gratuit et fermé fin janvier 2021)	8
Badoue	2
● Tarifés	
¹ Ortholiste	12
Docorga	4
Monbilanortho (mais un module basique gratuit)	2
Trello (mais un module basique gratuit)	2
Gorendezvous	1
Medilibre (OrgaVita)	1
Total	39

¹

Créé pour suppléer la disparition du site internet Orthofoliste.

Les supports utilisés peuvent prendre des formes variées. La distinction s'opère en termes de nécessité (ou non) d'une connexion Internet et de recours à un service extérieur spécifique (payant ou non). L'utilisation conjointe d'un classeur et d'un tableur numérique a été constatée (2 cas). Quelques-uns sont en transition vers le numérique. Id528 regrette d'ailleurs « *de ne pas avoir pensé à créer la liste initialement sur Excel.* »

b. Sécurisation des données

Quel que soit le type de support choisi (papier ou numérique) se pose la question de la sécurisation de données. A noter qu'un seul répondant a indiqué ne pas s'être interrogé à ce sujet.

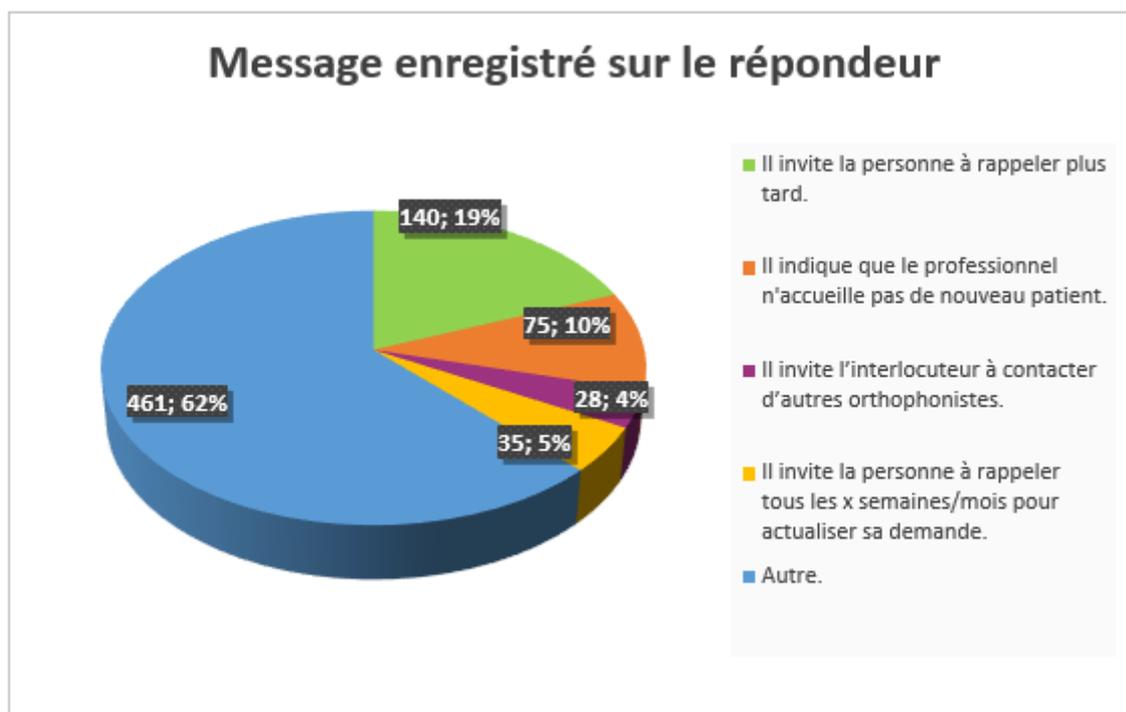
Nous pouvons penser que la sécurité des données est d'autant plus fragilisée dans le cas d'une liste numérique, du fait du piratage possible via le réseau Internet. A cet égard, trois répondants déclarent savoir que cela pose un problème de sécurisation des données ou ne pas être sûrs de leurs connaissances à ce sujet.

Dans un cabinet à plusieurs, l'utilisation d'une liste commune représente une contrainte du fait de la sécurisation des données pour seulement 10 % des répondants (quelques-uns ont même renoncé à tenir une liste d'attente à plusieurs précisément pour cette raison). Enfin une personne a déclaré utiliser un « *site internet "maison" partiellement sécurisé mais pas crypté* » (id1179). Cela nous interroge sur le niveau à atteindre dans la sécurisation des données et la manière d'y parvenir. A ce titre, certains font appel à un prestataire extérieur, quand d'autres s'y refusent parce que « *la plupart des solutions sécuritaires sont payantes* » (id 888). D'autres cherchent « *toujours une solution informatisée sécurisée pour les données de santé ET accessible financièrement* » (Id 1140).

c. Recours à un secrétaire, à un répondeur

Peu d'orthophonistes font appel à un service de secrétariat. En effet, **2,17 % des répondants disposent d'un secrétaire, sur place ou à distance, pour la gestion des appels entrants. Lorsque les orthophonistes utilisent un répondeur, qu'indique le message ?** A cette question, les répondants pouvaient effectuer un choix multiple parmi 4 propositions. Les réponses sont donc panachées. La figure 1 présente les résultats.

Figure 1 : Indications du message enregistré sur le répondeur



Cette figure illustre des réponses très variées. **Dans 19% des cas, le répondeur invite simplement l'interlocuteur à rappeler plus tard. Dans 5 % des cas, le message indique de rappeler tous les x semaines/mois pour actualiser la demande. Plus de 10% des orthophonistes signalent quant à eux qu'ils ne prennent pas de nouveau patient.** Id1105 va plus loin : « *Il n'est plus possible de me laisser de messages. Mes patients ont mon portable* ». Ajoutons que **dans seulement 4 % des cas, l'interlocuteur est invité à contacter d'autres orthophonistes.**

A noter : une grande part des réponses (62%) a été déclarée dans la catégorie « Autre ». Les commentaires correspondants ont été catégorisés et synthétisés dans ce tableau qui fait état de ce que le message demande et indique au patient.

Tableau 2 : Thématiques abordées dans le message enregistré sur répondeur

Dans le message, l'orthophoniste demande au patient :	
- de laisser un message	102
- de laisser un message en cas d'urgence uniquement	21
- ses coordonnées (nom, prénom)	114
- le motif de son appel, sa plainte	31
- ses disponibilités	8

- son secteur/lieu de vie	1
Le message indique au patient :	
- que l'orthophoniste a une liste d'attente	93
- que l'orthophoniste n'a plus de créneau disponible	15
- un délai d'attente pour la prise en soins	11
- un délai avant le rappel par l'orthophoniste	5
Le message oriente le patient vers :	
- la messagerie électronique de l'orthophoniste	41
- Allo Ortho	7
- Docorga	5
- Ortholiste	6
- Doctolib	1
Total	461

Concernant les informations demandées au patient, en plus des coordonnées, de la demande ou plainte, du lieu de résidence, des disponibilités, apparaît encore la notion d'urgence : 21 répondants indiquent au patient de laisser un message seulement en cas d'urgence. **Dans les indications données au patient** figure l'existence d'une liste d'attente (93 occurrences sur 461), le manque de créneaux disponibles (15/461) et un délai d'attente pour la prise en soins (11/461), oscillant entre 3 mois et 2 ans et demi. Nous interrogerons plus tard cette dernière donnée. Id692 témoigne quant à elle que : « *la liste d'attente est fermée en raison d'un trop grand nombre d'appels.* » **Enfin le répondeur a aussi vocation à réorienter le patient**, vers la messagerie électronique de l'orthophoniste dans la plupart des cas (41), et vers le gestionnaire de liste d'attente ou de prise de rendez-vous de l'orthophoniste dans d'autres cas : Docorga (5), Ortholiste (6), Doctolib (1, avec prise de rendez-vous ouverte sur trois mois), ou encore vers le site internet de prévention Allo Ortho² où des conseils sont prodigués (*Allo Ortho • Vous vous interrogez*, s. d.).

d. Les orthophonistes utilisent-ils plusieurs listes ?

Et si les orthophonistes utilisaient plusieurs listes d'attente ? Selon les témoignages, c'est le cas pour **plus d'un orthophoniste sur dix**. Dans ce cas comment s'organisent les professionnels ? La notion d'urgence réapparaît ici. Certains enregistrent **les cas urgents sur une première liste et les cas non urgents sur une seconde** (52,4%). Un commentaire fait alors apparaître qu'ils « *piochent une fois dans les urgences, une fois dans l'autre liste* ». Une

²

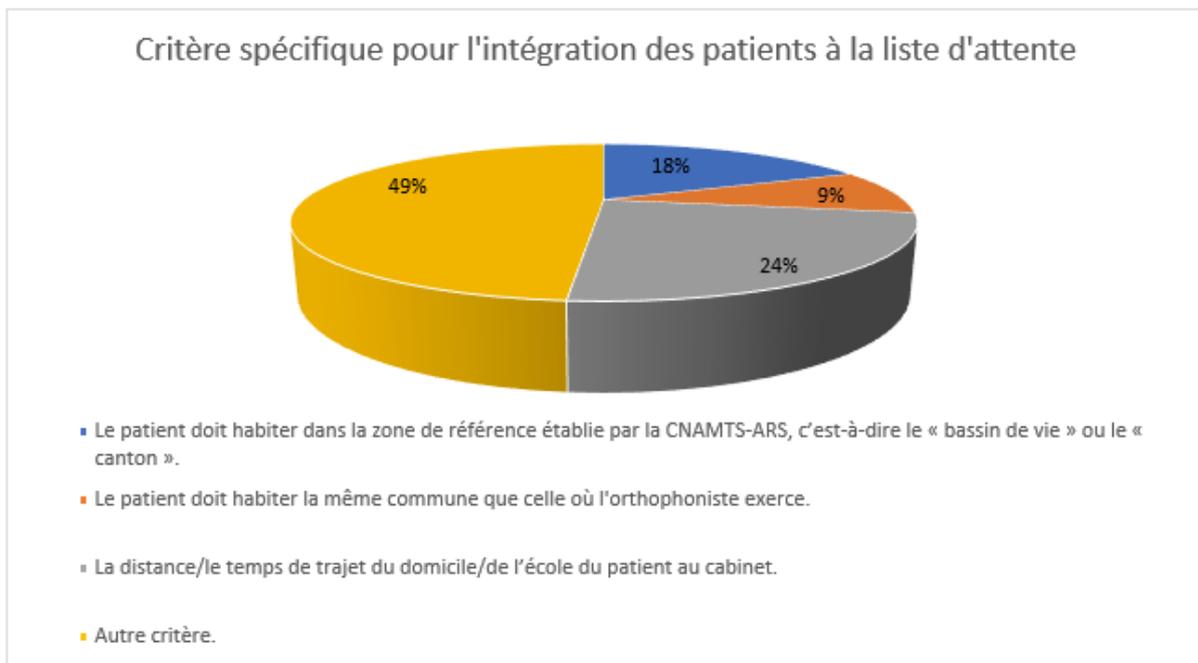
Mis en œuvre par la Fédération Nationale des Orthophonistes.

deuxième manière de procéder est de tenir à jour **un registre pour les bilans et un autre pour la rééducation** proprement dite (9,5%). Enfin dans un troisième cas, **d'autres critères** encore permettent de catégoriser les demandes : l'âge du patient, son secteur de résidence (commune ou zone plus élargie), la pathologie dont il souffre. La distinction peut aussi être réalisée entre **généralités et spécialités** pour éventuellement réorienter les patients vers un collègue. D'autres organisent leurs deux listes en fonction du **lieu où la séance se tiendra** (le cabinet ou le domicile du patient) **ou en fonction de la durée ou « de la simplicité » de la prise en soins** à venir. A priori un cas « simple » amènera souvent une prise en soins courte (id 706 cite ainsi la rééducation de la déglutition). Enfin, id19 a mis en œuvre un fonctionnement encore différent des autres avec un cahier multi-critères : « *les enfants sans langage jusqu'au milieu de la moyenne section, les enfants du quartier non scolarisés sans langage, les troubles de l'oralité, les fratries déjà suivies au cabinet jusqu'au CP et les adultes urgence.* » Id829 signale qu'elle « *précise le motif (langage écrit ou oral, logicomathématique) et toute situation spécifique (bilinguisme, trilinguisme).* »

e. Le patient doit-il répondre à des critères spécifiques pour pouvoir intégrer la liste ?

Lorsque les orthophonistes utilisent une liste d'attente, nous nous sommes demandée s'ils y inscrivaient tous les patients ou seulement certains d'entre eux, en fonction d'un critère spécifique. Les résultats montrent que seuls 38% des répondants n'appliquent pas de critères spécifiques. Pour **les deux tiers qui en appliquent un**, la figure 2 qui suit illustre lequel.

Figure 2 : Critère spécifique pour l'intégration des patients à la liste d'attente



Ce graphique nous montre que, pour 18,5% des répondants, le patient doit habiter dans la zone de référence établie par la C.N.A.M.-A.R.S. (« bassin de vie » ou « canton »). 9,2% attendent quant à eux que le patient réside dans la même commune que celle où ils exercent (les commentaires font apparaître que quelques orthophonistes se cantonnent même à leur quartier). Il arrive également qu'un « *malus de deux mois soit attribué, pour les personnes dont le cabinet n'est pas le plus proche* » ou qu'un patient ne soit pas du tout intégré à la liste, précisément pour une question de nature géographique. Ce type de réponse méritera que nous nous interroguions sur la légalité de ce type de pratique (question du refus de soins).

Pour 24% des répondants, c'est la distance ou la durée de trajet domicile-cabinet ou école-cabinet qui est prise en compte. Dans les deux cas, nous constatons donc que le facteur « temps de trajet » est considéré par l'orthophoniste, pour son confort lorsqu'il intervient au domicile du patient, ou/et pour le confort du patient et de sa famille qui devront faire les trajets jusqu'au cabinet pour chaque séance.

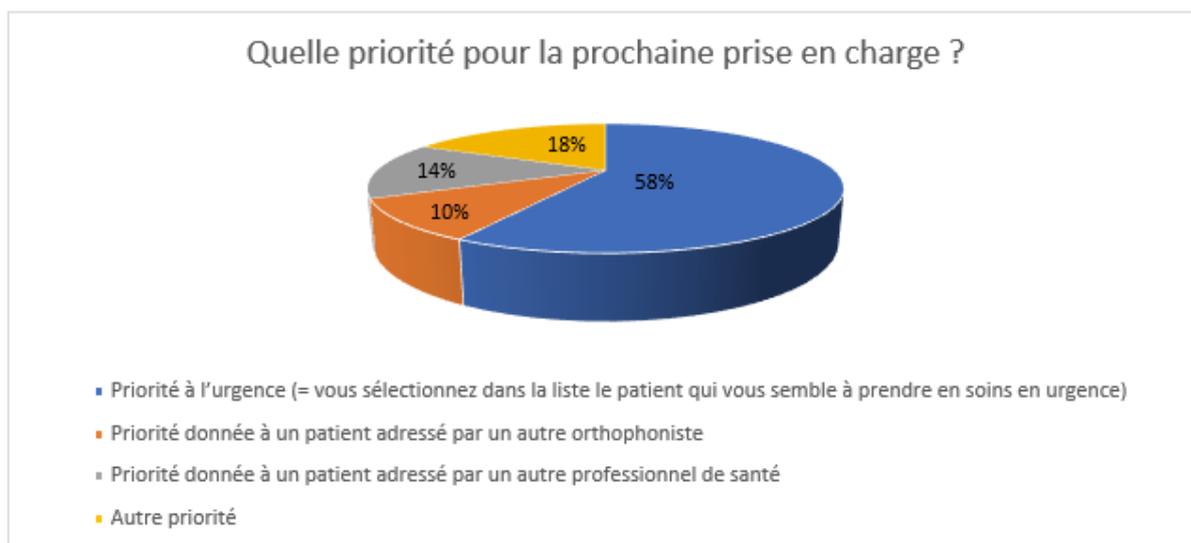
Enfin, 48,6% des répondants appliquent d'autres critères encore parmi lesquels l'urgence de la situation ou la spécialisation du professionnel (par exemple « *en logico-maths, oralité, neuro, langage oral* » pour id640). D'autres imposent la condition sine qua non qu'une ordonnance du médecin soit déjà établie ou que des informations précises figurent dans la demande.

À la suite de cette question, une autre, du même registre, s'est présentée à nous : et si les orthophonistes, une fois qu'ils ont inscrit les patients sur leur(s) liste(s), ne respectaient pas l'ordre chronologique d'inscription pour décider quel patient prendra le prochain créneau disponible, mais un autre critère ?

f. Critère d'attribution du créneau disponible

Interrogés à ce sujet, **17,6 % des répondants ont déclaré utiliser la liste dans l'ordre chronologique des demandes, alors que 71% instaurent une autre priorité.** Pour quelles raisons, alors, utiliser des critères différents au moment de l'inscription et du choix du patient qui obtiendra le prochain créneau libre ? Les données suivantes vont nous éclairer.

Figure 3 : Critère de priorité pour la prise en charge à suivre



Dans 10,1% des cas, la priorité est attribuée à un patient adressé par un autre orthophoniste. Il s'agit la plupart du temps d'une poursuite de soins (15 itérations sur 26 commentaires), d'un déménagement du patient (7/26) ou de l'orthophoniste qui le suivait (2/26), d'une demande de rééducation spécifique (1/26), ou d'un adressage par un collègue de centre de rééducation fonctionnelle (1/26).

14,2% des déclarations indiquent que la priorité est donnée à un patient adressé par un autre professionnel de santé. Au sein des 29 témoignages fournis, le médecin est prioritaire dans 13 cas (neurologue, pédopsychiatre, pédiatre, médecin scolaire). Les structures médicales et médico-sociales sont également indiquées comme prioritaires : Protection

Maternelle Infantile, Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (S.A.M.S.A.H.), hôpital, Service d'Aide Multiprofessionnelle pour Enfants et Adolescents en Difficultés³ (S.A.M.E.A.D.), Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P.). Enfin les conseils des ergothérapeutes, kinésithérapeutes et neuropsychologues ont aussi été cités comme prioritaires.

Par ailleurs, 146 réponses libres ont été apportées à cette question dans la catégorie « Autre priorité », qui indiquent encore un autre critère pour définir le caractère prioritaire d'une demande. C'est alors bien souvent l'une ou l'autre des deux variables suivantes qui préfigure : **les créneaux vacants dans l'agenda, et les disponibilités du patient.** Id538 précise qu'il prend « *plus facilement les adultes qui sont disponibles plus facilement* ». Mais le type de pathologie pour laquelle intervenir peut aussi constituer une priorité car certains souhaitent un « *équilibre de la journée en termes de pathologies.* » Enfin, la priorité peut aussi être donnée à un ancien patient, ou encore à un jeune dont le dossier doit être constitué pour obtenir une aide de la M.D.P.H.

Pour les 58% qui instaurent une priorité autre que chronologique, c'est l'urgence de la situation qui les amène à statuer. Cette donnée nous rappelle celle concernant les critères d'inscription sur la liste d'attente : l'urgence y figurait également comme une priorité.

Les 178 commentaires des participants ont été analysés pour mettre en évidence ce que recouvre la notion d'urgence. Dans le tableau 3 qui suit, ils sont classés par nombre décroissant d'occurrences. Les termes ont été insérés tels qu'ils ont été mentionnés par les participants.

Tableau 3 : Récapitulatif des termes qualifiant l'urgence
(selon les commentaires des orthophonistes)

Prise en charge prioritaire	Nombre d'occurrences
Neurologie, dont aphasie (3)	73
Troubles de la fluence/bégaiement	58
A.V.C.	45
Jeune enfant/petit sans langage/sans langage oral/avec	34
Troubles de l'oralité, dont l'alimentation (3)	25
Voix	14
O.R.L.	11
Sortie d'hospitalisation (post-opération ou non)	9

³ Association regroupant principalement des professionnels de santé et des élus. <http://www.samead.fr/>

Déglutition	8
Enfant en CP/CE1 avec difficultés d'apprentissage de l'écrit	7
Handicap/autisme/T.S.A.	7
Cancérologie	5
Surdité	5
Dysphagie	4
Traumatisme crânien	4
Paralysie vocale/récurrentielle (3) /dysphonie (2)	5
Paralysie faciale	3
Orientations par les professionnels de santé, centres hospitaliers, structures	2
Troubles neurodégénératifs	2
Détresse de la personne	2
Tumeur	1
Trisomie 21	1
Post-COVID	1
Bilan "tiers-temps"	1
Premier rendez-vous, recherche de diagnostic	1
Contexte de phobie scolaire	1
Situation de l'enfant (enfant en centre d'accueil, par exemple)	1
Prise en soins a priori rapide (12 séances)	1

Ces données font apparaître trois points intéressants. En premier lieu, **de nouvelles références sont relevées ici, celles d' cole et d'enseignants**, alors qu'elles ne figuraient pas dans les critères d'intégration de la liste d'attente. Est-ce à dire que les enseignants interviennent en aval, et qu'ils insistent auprès de l'orthophoniste une fois que l'enfant est inscrit sur sa liste ? En second lieu, un problème est soulevé dans les commentaires, par id230 : *« les demandes de prise en charge de patients « lourds » affluent car ils sont moins pris en charge dans les institutions. Cela se manifeste de plus en plus ces derniers temps »*. Id621 attribue cela au manque de financement des structures : *« L'Institution, très pauvre, compte beaucoup sur nous »*. **Enfin, autre point intéressant : les catégories d'urgences prises en charge ne correspondent pas forcément avec les critères d'urgences permettant au patient d'intégrer la liste d'attente.** Cela signifie qu'en plus d'opérer un premier tri dans leur liste entre situations urgentes et non-urgentes, **un deuxième tri est effectué parmi les urgences elles-mêmes.** Donc toutes ne se vaudraient pas. **En effet, si « toute demande est urgente », certaines le sont encore plus que d'autres, selon quelques participants.** Par exemple un enfant de 3 ans qui ne parle pas du tout, *« une maman qui (...) dit que « le petit frère ne parle pas très bien non plus mais le pédiatre dit qu'on va attendre l'entrée à l' cole" . La détermination de l'urgence d'une situation est « très difficile et toujours renouvelée ! »*

g. L'urgence, en pratique : vitale ? fonctionnelle ? ressentie ?

Afin de définir si la notion d'urgence était la même pour tous, et la comparer à celle avancée par Mireille Kerlan dans une étude menée en 2018 (citée supra), les enquêtés avaient à se prononcer à ce sujet, dans une question à choix multiples. Est-ce une urgence vitale ? Fonctionnelle ? Ou/et une urgence ressentie ? Pour 49,1% d'entre eux, **l'urgence est vitale. Elle est aussi et surtout fonctionnelle (61,1% des réponses), et enfin ressentie, par le patient (14,16%) ou l'orthophoniste (33%)**. Voici ce que révèlent les commentaires sur le type d'urgence vitale rencontrée dans les cabinets :

Type d'urgence vitale	Nombre d'occurrences
Dysphagie	56
Déglutition	31
Trouble de l'oralité alimentaire ou dénutrition	20
A.V.C.	8
Neurologie	4
Total	119

L'urgence vitale se retrouve principalement dans les problèmes de déglutition, les troubles de l'oralité alimentaire (pouvant engendrer une dénutrition), les A.V.C. et les troubles neurologiques en général. Mais globalement, « *peu ou pas d'urgences vitales sont vécues en orthophonie* ». Elles sont plutôt rattachées à une urgence fonctionnelle, « *la déglutition par exemple, parce qu'on peut adapter l'alimentation en attendant, même si ce n'est vraiment pas le mieux.* »

L'urgence fonctionnelle, quant à elle, est évoquée dans des prises en charge pour bégaiement, A.V.C. et autres pathologies nécessitant une action rapide.

Puis, **l'urgence ressentie par le patient** est mentionnée dans des situations de bégaiement chez l'enfant (8 occurrences). « *Il a conscience de son bégaiement et préfère alors ne plus parler* ». Un autre orthophoniste évoque aussi les situations qui concernent les premiers attachements.

Par ailleurs, **le ressenti n'est pas forcément exprimé verbalement par le patient**. Ainsi le cas d'un patient aphasique mutique à la sortie de l'hôpital, et d'un patient agressif en lien avec « *un langage oral qui ne se développe pas* ». Ou encore le mal-être d'un patient en rapport avec un décrochage, un échec ou une phobie scolaire, qui peut transparaître dans l'insistance de l'équipe pédagogique auprès de l'orthophoniste ou dans le comportement non-verbal du patient (trouble alimentaire, automutilations).

Plus généralement, dans les commentaires, l'urgence ressentie par le patient est décrite comme se manifestant par de l'inquiétude, du stress, de l'anxiété, de la souffrance, un sentiment d'échec, de l'isolement, de l'auto-dévalorisation, ou encore de la déprime. Elle est prise en compte dans une certaine limite. Id1005 témoigne : « *c'est hélas rarement cette urgence que nous faisons passer en priorité sinon nous serions dépassés (ils sont beaucoup à nous dire que c'est urgent).* »

L'urgence, c'est aussi celle ressentie par l'orthophoniste. Alors, le trouble jugé le plus urgent et le plus grave sera prioritaire : « *Priorité à l'enfant de 4 ans qui n'est compris de personne par rapport à celui qui a "juste un cheveu sur la langue"* » ou « *priorité à des troubles massifs de la lecture et de la compréhension par rapport à un manque de fluidité ou de vocabulaire.* » Les pathologies neurodégénératives comptent aussi parmi les urgences ressenties par les orthophonistes : « *dans mes patients actuellement = dystrophie musculaire oculo-pharyngée, aphasie primaire progressive, Huntington, Alzheimer* » (id496). Par ailleurs, le professionnel peut être également amené à considérer le besoin de prise en soins comme urgent face aux difficultés pour le patient ou son entourage à décrire la demande, face à des parents qui minimisent la situation (« *mais où je sens que l'enfant est peut-être T.S.A. ou T.D.L.* »), ou encore dans un « *contexte complexe (cumul attente de bilans par la famille et l'école, voire aussi d'autres professionnels, interrogation sur l'orientation)* ». De même lorsque l'orthophoniste perçoit « *que la famille ne peut pas être un partenaire de travail* » (id801). Pour un autre, ce sont les patients qui éprouvent des difficultés pour gérer l'attente (grand handicap, certains troubles du comportement) qui représentent un cas urgent, ou encore « *les patients dont on perçoit qu'ils ont mis beaucoup de temps à effectuer la démarche mais pour lesquels psychologiquement le moment est enfin décidé (voix des transsexuels, dyslexie de l'adulte, ...)* ».

h. A plusieurs, comment s'opère la répartition des patients inscrits sur la liste ?

Lorsque les orthophonistes partagent une liste d'attente, comment est réalisée la répartition des demandes ? Nous avons interrogé tant l'organisation pratique qu'elle recouvre que les aspects légaux et éthiques qui l'encadrent. **Environ 35% des professionnels ont déclaré se répartir les demandes en fonction des pathologies pour lesquelles ils se sentent particulièrement bien formés.** Id1151 énonce ainsi : « *si l'une d'entre nous ne se sent pas*

assez formée pour prendre un patient, elle est libre de ne pas le prendre. Nous discutons beaucoup entre nous pour savoir qui prend quel patient et où on en est sur la liste d'attente ».

En outre, **32,4% des répondants se répartissent les demandes selon l'ordre chronologique d'inscription** (le premier qui a une disponibilité recontacte le patient). **15,9% des répondants ont déclaré procéder en fonction des préférences de chaque orthophoniste.**

Les commentaires indiquent par exemple qu'à 3 orthophonistes, « *l'une fait voix, logico maths ; une autre autisme et enfants sans langage ; la dernière oralité et bégaiement* » (id684). Cela se traduit par le fait que logicomathématique/cognition mathématique (9 occurrences dans les commentaires), oralité (5), autisme (3), bégaiement (2) et bilinguisme (1) sont cités comme des préférences, ou bien à l'inverse, des domaines pour lesquels les patients sont renvoyés vers un collègue.

Enfin, **8,4% des répondants partagent les demandes en « variant les pathologies »** (id504), en séparant les patients « *avec de lourdes prises en charges, S.L.A. notamment, afin de [diviser] la charge mentale due à ce type de prise en charge* » (id493). Pour d'autres, il s'agit de « *répartir les fratries* » entre collègues (id681), de ne pas recevoir les enfants qui sont dans la même école que leurs propres enfants (id556). Id478 opère autrement : « *si c'est un langage oral qui part, on le remplace par un langage oral* ». La répartition peut aussi être fonction « *des jours des bilans* » (id820) ou de la personne qui adresse le patient. Enfin, les préférences du patient sont prises en compte dans une certaine mesure : les patients peuvent souhaiter être suivis par un orthophoniste en particulier ou « *préférer un homme ou une femme* » (id820). « *Nous respectons ce choix* » déclare id1142.

i. Qui rappelle qui ?

En pratique, une fois la liste débutée, comment l'orthophoniste procède-t-il : rappelle-t-il les patients ? Tous ? Ou demandent-ils aux patients de renouveler leur demande régulièrement ?

Quelques répondants ont indiqué que rappeler le patient pourrait réactiver une plainte de sa part, qu'il n'aurait plus ou n'aurait pas eue si l'orthophoniste ne l'avait pas recontacté. En effet, la demande est susceptible d'évoluer entre l'appel initial et le rappel qui peut intervenir des mois, voire des années plus tard. Le besoin peut être ponctuel. Pour id820 « *ça n'a plus de sens que d'appeler 1 an après pour poser un rendez-vous* », surtout pour lui en proposer un « *dans 6 mois voire 1 an* » (id118). Demander au patient de rappeler permet

d'éviter tous ces désagréments. **Rappeler les patients peut également « inverser la demande »** (id320). Or, certains orthophonistes souhaitent que le patient soit actif dans sa recherche, qu'il n'attende pas qu'on le rappelle. « *C'est le patient qui fait les démarches de relance jusqu'à la validation du dossier quand un créneau qui lui convient se libère* » indique id532. Certains professionnels sollicitent par ailleurs un rappel à une date précise. « *Passée cette date, si pas d'appel : je les efface* » affirme id30. **Une demande de relance tous les 3-6 mois peut être formulée par l'orthophoniste. L'objectif ? Limiter sa charge mentale.** Ainsi, id1061 signale qu'un système de rappel mensuel par le patient donne l'opportunité de faire le point sur l'évolution des symptômes, sur d'autres investigations, et de donner de nouveaux conseils.

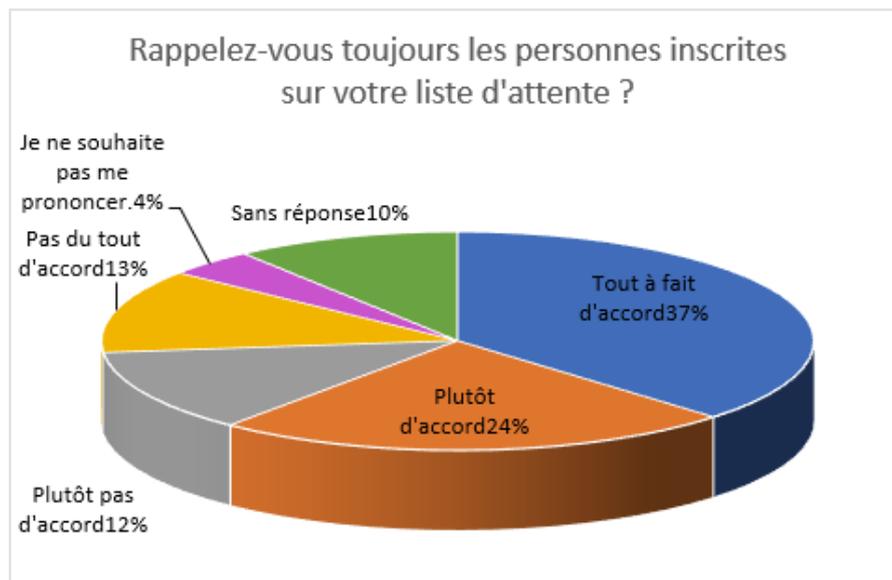
Plutôt qu'une « liste d'attente », il s'agirait donc davantage d'une liste de « suivi des demandes actives ». L'avantage principal qu'offre cette méthode est que les patients ne sont probablement plus inscrits auprès de plusieurs orthophonistes en même temps, il y a donc « *moins de problèmes de doublons sur les listes* » (id789). Enfin, id312 signale que le rappel par l'orthophoniste est « *source de réactions pas toujours adaptées* ». En effet, « *pour peu qu'on ait donné le créneau entretemps, ça fait des drames...* » (id 740). Au moment du rappel, une « *demande discourtoise ou hyper-exigeante en termes de créneau horaire* » peut alors ne pas aboutir.

Le nombre de fois où le patient va contacter l'orthophoniste peut conditionner la prise en soins. « *Si le patient (voire plusieurs personnes de l'entourage) insiste beaucoup, on le note et on essaye d'intervenir un peu plus vite* ». « *Grâce à cette technique, on voit également qui sont les plus motivés. Et en général ce sont les personnes qui investissent le plus les prises en charge* » conclut id1219. L'insistance du patient témoignerait donc de sa motivation à être pris en charge et serait gage de son niveau d'investissement dans sa thérapie.

Dans les faits, les patients rappellent-ils l'orthophoniste ? Un orthophoniste note que « *généralement les patients ne rappellent pas ... ils finissent par trouver quelqu'un* ». « *En pratique les familles ne rappellent jamais* » confirme id640. Néanmoins, d'autres témoignages ont montré que lorsque le patient est informé du cadre (il doit rappeler tous les X temps), alors il le respecte et recontacte l'orthophoniste.

L'orthophoniste rappelle-t-il toujours les patients inscrits sur sa liste ? La figure 6 suivante indique le positionnement de l'orthophoniste quant au fait de rappeler les personnes inscrites sur sa liste d'attente.

Figure 4 : Décision de rappel des patients inscrits sur liste d'attente par les orthophonistes



61% des orthophonistes déclarent être d'accord avec le fait qu'ils rappellent toujours les patients inscrits sur leur liste d'attente. Néanmoins, parmi ceux-ci, certains affirment l'être « tout à fait » ou « plutôt ». Pour ceux qui ont répondu être « plutôt d'accord », **est-ce à dire que la pratique pourrait varier d'un patient à l'autre ?**

En revanche, 1 orthophoniste sur 4 ne rappellerait pas toujours les patients de la liste. Là encore, lorsque l'orthophoniste a répondu être « plutôt » ou « tout à fait d'accord », la pratique du rappel varierait-elle en fonction du patient concerné ?

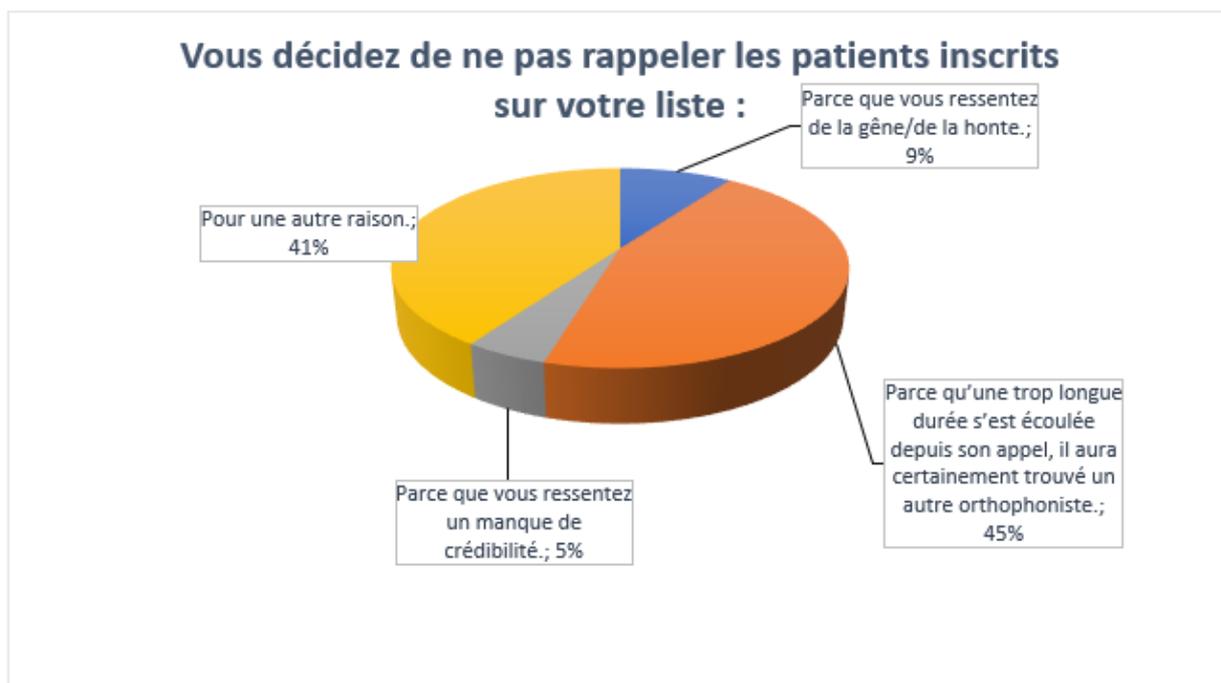
Au total, pour plus d'un tiers des exprimés (presque 36%), le rappel serait donc variable, et conditionné. A quel critère alors ?

En tout cas, lorsque l'orthophoniste rappelle le patient, c'est qu'il « *préfère discuter et prioriser selon la demande, le contexte* » (id964) et donner un rendez-vous plus tard le cas échéant, ou lui « *expliquer l'attente et lui dire d'envoyer un courriel* » (id465).

4% ont déclaré ne pas souhaiter se prononcer et 10,2 % n'ont pas apporté de réponse. Les non-réponses s'élèvent donc à 14,2%. Comment interpréter cette valeur ? Nous reviendrons sur ce point dans la discussion.

Quand l'orthophoniste ne rappelle pas toujours les patients de la liste, la figure 7 suivante indique la raison qui motive le non-rappel du patient par l'orthophoniste.

Figure 5 : Motif de non-rappel du patient par l'orthophoniste



Pour 45% d'entre eux, c'est parce qu'une trop longue durée s'est écoulée depuis l'appel du patient. L'étude des commentaires a permis de faire ressortir l'estimation de cette durée, qui oscille entre **1 et 2 ans et demi**. Elle a également révélé des témoignages importants parmi lesquels les trois suivants. Id922 signale que « *la réponse n'a plus de sens si c'était une urgence ou une demande de bilan avec date butoir (demande caduque)* ». Id1143 en pense autant « *si le patient en question était déjà adolescent et a terminé sa scolarité* » (id1143). Enfin la demande pouvait, initialement, concerner « *une pathologie "mineure" ancienne* » (id298), un trouble ayant pu évoluer seul (« *articulation essentiellement* », selon id113).

9,61% des enquêtés ne rappellent pas parce qu'ils ressentent de la gêne ou de la honte, notamment lorsque le délai dépasse un certain temps (un an ou deux, selon les commentaires) : « *la maman qui a appelée en 2018 pour un enfant de 3 ans sans langage, ou une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ... que puis-je faire maintenant... ?* »

D'autres ne recontactent pas le patient (4,93%) parce qu'ils ressentent un manque de crédibilité (sans apporter plus de détail dans leur réponse).

Enfin plus de 40 % invoquent une autre raison, notamment des disponibilités compliquées, avérées ou supposées (« *incompatibilité de plannings prévisible* », selon id298) ou un manque de maîtrise ou de confiance pour prendre en charge une pathologie en particulier : « *je ne me sens pas à l'aise avec cette pathologie* » (id96), « *je me sens insuffisamment formée pour*

certaines » (id311). Il se peut aussi que la pathologie ne fasse pas partie de l'exercice préférentiel du professionnel (id356), raison pour laquelle il ne recontactera pas le patient.

Dans les autres raisons invoquées, certains reçoivent jusqu'à 10 appels par jour et s'estiment trop sollicités. Ils ne rappellent alors pas car ils ne disposent tout simplement pas de possibilité de prise en charge, notamment alors qu'une orthophoniste est « *seule sur la commune, en zone rurale (3000 habitants)* » (id972). Enfin, d'autres encore attendaient du patient qu'il les recontacte pour confirmer la demande mais il ne l'a pas fait. Dans ce cas, il peut être supprimé de la liste.

Certains orthophonistes ne rappellent pas le patient dans le but de se protéger, « face à la pression que représente la demande du patient », avec une « grande difficulté à dire non » pour certains (id1049) ou parce qu'ils appréhendent la réaction du patient. Id312 témoigne à cet égard : « *Il m'arrive de ne pas rappeler suite à une demande de bilan tellement c'est difficile pour moi (appréhension de la réponse, forcing parfois...)* ».

Maintenant que nous avons défini les modalités de mise en œuvre du rappel téléphonique, intéressons-nous à la notion de délai d'attente. Est-il indiqué par l'orthophoniste ? Ce délai varie-t-il selon les situations ?

4. Le délai d'attente avant la prise en charge
 - a. Un délai variable

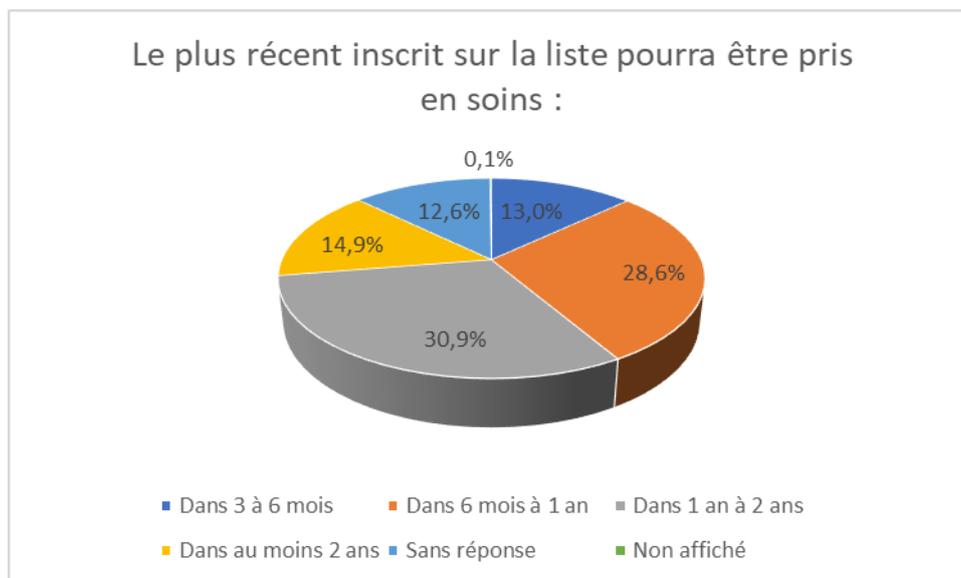
Plus de la moitié des orthophonistes (51,6 %) signalent qu'ils indiquent au patient un délai d'attente. 48,5 % d'entre eux ont déclaré que ce délai évoluait à la hausse ou à la baisse en fonction de la pathologie de la personne (48,6%), du nombre de fois où elle aura contacté l'orthophoniste (23,9%) -cela vient confirmer l'information déjà donnée dans la partie précédente-, et d'autres facteurs (27,6%). Il semble donc évident que l'ordre chronologique de réception des demandes n'est pas le critère premier de gestion du délai d'attente. Parmi ces autres facteurs susceptibles de faire évoluer le délai d'attente, nous avons identifié le degré d'urgence de la prise en charge, et le taux de renouvellement de la patientèle, qui est fonction des suivis en cours, eux-mêmes relatifs aux types de pathologies prises en charge. Id26 commente ainsi qu'il y a « *des pathologies où il y a plus de turn-over que d'autres.* »

39% des personnes interrogées ont déclaré ne pas indiquer de délai d'attente au patient. Pourquoi ? Dans les commentaires, un professionnel trouve « *trop anxiogène de faire attendre les familles sans visibilité sur ce temps d'attente* ». Il apparaît pour un autre qu'il préfère « *ne pas donner de faux espoir aux patients* », c'est-à-dire annoncer un délai qui pourrait se révéler bien plus long finalement. Dans les deux cas, cela laisse entendre que **le temps d'attente est difficile à définir pour l'orthophoniste.** Les commentaires des participants confirment ce point, mettant en évidence deux raisons. **La définition du délai est d'abord tributaire des suivis en cours**, et on « *ne peut jamais savoir quand les rééducations seront terminées* ». **Ensuite certains ont témoigné que ce délai est faussé.** En effet, quand des patients s'inscrivent auprès de plusieurs orthophonistes, il en résulte des listes dont le contenu, nécessairement incorrect, impacte le délai annoncé.

- b. Quelle est la réalité des cabinets en matière de délai de prise en charge ?

Nous avons demandé aux orthophonistes sous quel délai serait pris en soins le patient inscrit le plus récemment sur leur liste. Les résultats figurent dans la figure 4 suivante.

Figure 6 : Délai de prise en charge du patient inscrit le plus récemment sur la liste



La réalité qui se fait jour est celle-ci : le patient le plus récemment inscrit attendra moins de 6 mois dans 12,6% des cas, et 6 mois ou plus dans 74,8% des cas. **Dans près de 46% des cas,**

le patient le plus récemment inscrit sur la liste devra attendre au moins 1 an avant d’être pris en soins. Id1222 réagit : « *Il y a une dizaine d'années, les listes étaient gérables (places disponibles dans les 8 à 10 mois au maximum), à l'heure actuelle, cela devient grotesque* ».

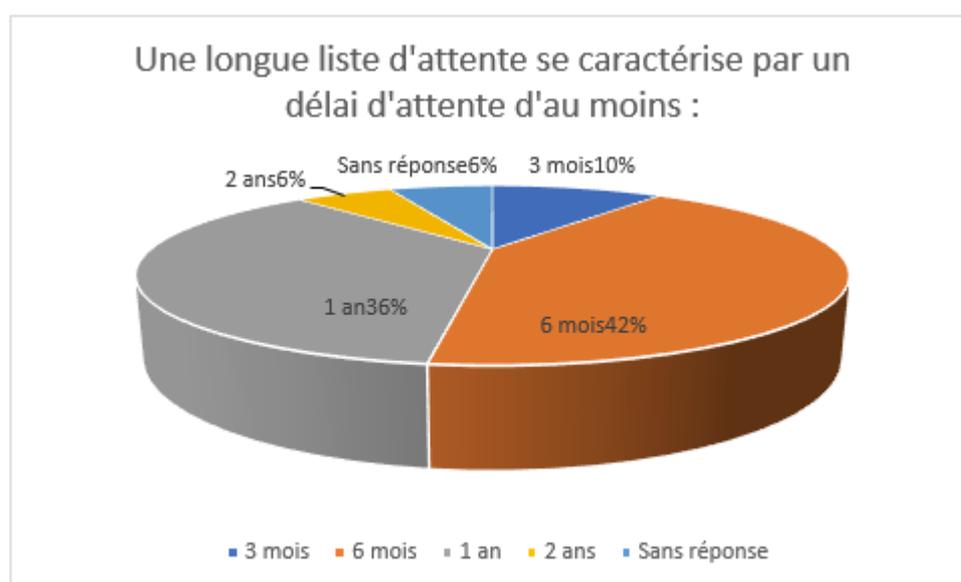
A noter : à travers leurs commentaires, les orthophonistes ont conscience que, selon que l’on soit professionnel de santé ou patient, l’attente ne recouvre pas la même réalité. « *Lorsque je me trouve dans la situation de demande de soins, je supporte mal de devoir attendre plus de deux mois !* » nous dit id504. « *3 mois, c'est assez court en orthophonie mais lorsque j'appelle n'importe quel professionnel et qu'on me donne rendez-vous dans 3 mois, je trouve ça très long... Alors nos listes d'attente d'un an...* ». Id1184 « *pense que quel que soit le délai d'attente, cela doit paraître très long pour les patients (en fonction de la pathologie)* ».

Après nous être questionnés sur la consistance du délai d’attente (notion qui revient souvent dans les réunions d’orthophonistes, les sessions de formation et en stage), nous nous sommes intéressés à la notion de « longue liste d’attente », terme lui aussi très souvent évoqué (dans les conversations comme dans les offres de location ou de vente de cabinets professionnels).

5. Qu’est-ce qu’une longue liste d’attente ?

Que recouvre la notion de « longue liste d’attente » pour les orthophonistes français ? Il s’agit là, dans un premier temps, d’éclaircir ce concept, avant de révéler les expériences vécues dans les cabinets d’orthophonie en la matière.

Figure 7 : Caractéristique d’une « longue liste d’attente »



La figure 7 indique que dès 3 mois d'attente pour le patient, la liste est considérée comme « longue » par 10% des orthophonistes. En revanche, **41,9% des orthophonistes estiment à au moins 6 mois la durée de l'attente. Pour près de 36%, une « longue liste » se caractérise par au moins 1 an d'attente, et pour 5,8%, c'est un temps d'attente d'au moins deux ans pour le patient** qui constitue une « longue liste ». Les points de vue sont donc très variés.

Les commentaires viennent confirmer cette tendance. Ils font même apparaître qu'**une longue liste se caractérise par un traitement de la demande après une attente du patient allant « d'au moins 1 mois » (témoignage d'un orthophoniste installé dans une zone surdotée selon l'A.R.S.) à 4 ans (dans une zone surdotée également)**. La notion recouvre donc des réalités extrêmement différentes, y compris chez des orthophonistes exerçant dans le même type de zone.

Les commentaires apportent d'autres éclairages, sur l'attente elle-même. Par exemple, « *un enfant de 4 ans qui a un sigmatisme peut attendre 6 mois, mais pas une personne âgée en EHPAD avec des fausses routes.* » « *3 mois chez nous est à peine attendre ; mais pour du post-op, ça peut déjà être long !* ». L'urgence de la situation est donc citée. Parmi ceux qui ont indiqué qu'une liste devenait longue à partir de 6 mois d'attente, un orthophoniste commente : « *6 mois, c'est une année scolaire de galère en plus pour le patient qui pourrait bénéficier des outils pour se saisir des apprentissages* » (id624).

Le concept de « longue liste d'attente » peut aussi se définir à partir d'autres critères, qui apparaissent dans les 80 commentaires déposés, comme un **grand nombre de patients inscrits sur la liste d'attente**. Les témoignages indiquent des registres de 150, 200, 400 voire 600 personnes. L'effet écrasant de cette liste est accentué par des demandes « *arrivant de tous côtés : mail, médecins de la maison médicale, personnes venant frapper à la porte, S.M.S., téléphone...* » (id842) et « *une fréquence de 5 à 10 appels par jour.* »

Le phénomène de longues listes d'attente perdure. A ce sujet, id253 énonce ceci : « *En début d'activité je n'avais pas de liste d'attente, puis elle s'est constituée et allongée de plus en plus ce qui amène à réfléchir sur la gestion de la liste* ». Id936 témoigne aussi du caractère durable de ce phénomène : « *cela fait des années que je n'ai pas eu de liste inférieure à un an et demi (au moins 20 ans)* ». Par ailleurs, les délais d'attente augmentent depuis des années, notamment pour certaines pathologies : « *1 an c'était avant 2010, depuis 2015 ce serait plutôt*

autour de 2 ans en ce qui concerne les DL-DO et les troubles du langage oral. » « J'en suis à 3 ans de liste d'attente et c'est devenu intolérable !!! » (id612).

6. Efficacité concernant le recours à une liste d'attente et satisfaction des orthophonistes

Nous nous sommes ensuite interrogée sur l'efficacité d'une liste d'attente et la satisfaction que les orthophonistes en ressentent.

a. Les orthophonistes sont-ils satisfaits de leur liste d'attente ?

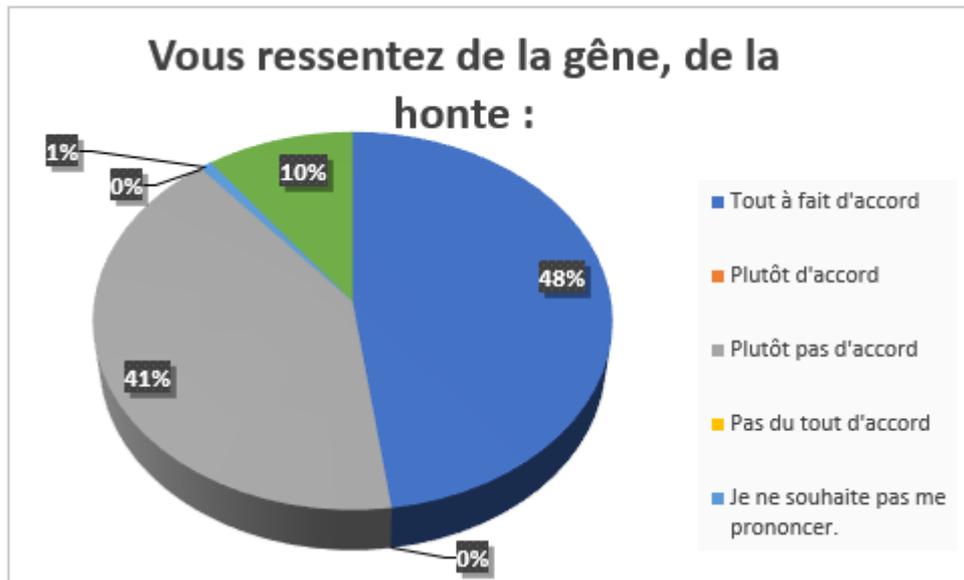
Par rapport à leur gestion de la liste d'attente, 16,8 % des répondants déclarent ne vouloir rien changer à leur manière de faire, et 20% sont satisfaits mais souhaiteraient tout de même l'optimiser. En revanche, une large part des répondants **(63,2%) n'est pas satisfaite de sa gestion de la liste d'attente, et ce pour plusieurs raisons.**

Les commentaires révèlent tout d'abord qu'elle n'est pas efficace car elle génère une perte de temps pour l'orthophoniste et *« représente une pression supplémentaire dans la gestion de notre temps professionnel » (id1231).*

Elle est aussi *« trop difficile à gérer » (id545)*, en partie car les patients s'inscrivent sur plusieurs listes à la fois, et parce que les orthophonistes reçoivent trop d'appels. Il est alors *« impossible de rappeler les gens, et de travailler si l'on prend le temps de répondre aux gens... » (id692).* *« On ne sait plus comment gérer cela ».* Une autre orthophoniste a *« l'impression de ne pas réussir à gérer, d'être submergée, de ne pas réussir à choisir, trier » (id1173).*

- b. Au moment de rappeler les patients inscrits auprès d'eux depuis longtemps, que ressentent les orthophonistes ?

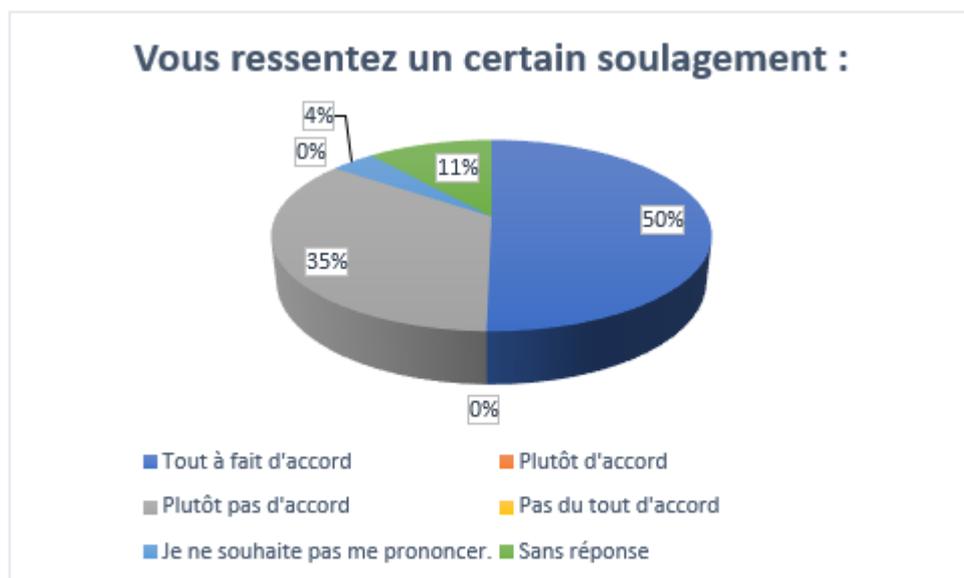
Figure 8 : Qualification du ressenti des orthophonistes au moment du rappel (gêne/honte)



Une donnée importante apparaît : près de la moitié des participants ont déclaré ressentir de la gêne ou de la honte au moment de rappeler le patient.

La figure 9 indique quant à elle si les orthophonistes ressentent un certain soulagement au moment du rappel.

Figure 9 : Qualification du ressenti des orthophonistes au moment du rappel (soulagement)



Le graphique ci-dessus montre que la moitié des répondants ressentent un certain soulagement. Cela signifie donc que pour ceux-là une longue liste d'attente constitue un poids. Cela est confirmé par le fait que **plus d'1/3 des répondants a déclaré connaître un sentiment désagréable au moment de rappeler les patients inscrits depuis longtemps sur leur liste.** Mais les résultats indiquent par ailleurs que **plus des deux tiers des répondants n'éprouvent pas de manque de crédibilité (69,4%) au moment du rappel.**

Après avoir défini les sentiments des orthophonistes au moment du rappel, nous nous sommes intéressée à la réaction des patients et à leur décision d'accepter ou non l'offre de soins émise par le professionnel de santé. Ces données ont été observées indirectement, à travers le point de vue des orthophonistes, et non pas celui des patients qui auraient été interrogés directement. A cette question qui pouvait apporter plusieurs réponses, les orthophonistes ont répondu que les patients étaient en général satisfaits ou reconnaissants (86,1% des cas), surpris (25,4% des réponses), mécontents du délai pris pour les recontacter (11,6%), « *surtout s'ils ont été pris rapidement en charge ailleurs sans liste d'attente* » ou avaient une autre réaction (11,4%, type de réaction non précisée).

Après cette première réaction, que décident les patients par rapport à l'offre de soins émise par l'orthophoniste ? Il s'agissait là d'une question à choix multiple. **66,4% des orthophonistes ont déclaré que la plupart du temps les patients acceptaient cette offre.** Cela signifie donc qu'il n'avait pas trouvé d'autre orthophoniste malgré le délai pris par le premier avant de le recontacter.

En outre, 30,6% ont signalé que le patient ne donnait pas suite car il était déjà pris en charge par un autre orthophoniste. Cela vient confirmer que près d'un tiers des patients s'inscrivent sur plusieurs listes d'attente. Enfin, 3,6% des répondants ont déclaré que le patient ne donnait pas suite car il avait renoncé aux soins en orthophonie. Le renoncement aux soins en orthophonie est donc une réalité.

Les commentaires révèlent également cette diversité des situations. Id981 témoigne que sur 50 personnes recontactées « *seulement une dizaine étaient susceptibles de vouloir à nouveau un rendez-vous* ». Id804 ajoute qu'elle a eu beaucoup de difficultés à définir le prochain patient à prendre en soins, « *entre les patients qui ne répondent pas au tél et qui ne rappellent*

pas, ceux qui sont déjà pris ailleurs, chez d'autres orthophonistes et qui n'ont pas annulé chez moi, ceux qui n'ont plus de demandes... » Et puis « d'autres ont changé de coordonnées de contact, ou ne cherchent plus » (id728). Id1175 estime même qu'« à partir d'un an d'attente, seulement 1 patient sur 10 répond favorablement ».

Après avoir défini la pratique des listes d'attente, le ressenti des orthophonistes à ce sujet et les conséquences sur la gestion du cabinet à un instant T de leur carrière, il nous a semblé intéressant de questionner les professionnels sur une éventuelle évolution de leur pratique au cours du temps, pour préciser la tendance et récolter des idées d'adaptations possibles et envisageables.

c. Changements opérés au cours de la carrière

i) Adaptations dans la gestion de la liste d'attente

Plus d'un orthophoniste sur deux (56,9%) déclare avoir connu un changement dans la gestion de la liste d'attente au cours de sa carrière.

Les modifications qui ont été opérées, indiquées dans les commentaires, concernent le nombre de listes d'attente mises en œuvre, l'informatisation des données « *pour facilité de gestion* », l'utilisation (ou non) d'un répondeur, la mutualisation de la liste avec un collègue, le rappel (ou non) du patient, et enfin l'indication (ou non) du délai d'attente. Par exemple, id327 témoigne que « *maintenant le répondeur ne prend plus de message et c'est aux patients de rappeler, car nous avons beaucoup de numéros incomplets, faux, de messages incompréhensibles...* ».

D'autres orthophonistes, au cours de leur carrière, ont modifié leurs critères de priorité, ou/et réorienté les patients vers des collègues. Id340 témoigne des nombreux changements qu'elle a opérés et, malgré cela, reste insatisfaite. « *Mon souhait, avant le deuxième confinement, était d'embaucher à temps partiel, via le dispositif T.E.S.E (Titre Emploi Service Entreprise)⁴, une aide (secrétaire actuelle des médecins qui disposait de temps ou autre personne de confiance et de proximité ; j'y ai renoncé pour des raisons financières* ».

4 <https://www.letese.urssaf.fr/portail/accueil/s-informer-sur-offre-de-service/essentiel-du-tese.html>

i. Arrêt de l'utilisation d'une liste d'attente

D'autres encore ont utilisé une liste d'attente mais ne le font plus désormais car le délai d'attente est, comme nous l'avons vu précédemment, trop long (jusqu'à 4 ans) ou indéfinissable. Ce phénomène est d'autant plus accentué par le départ d'un collègue (déménagement, décès). **Les témoignages indiquent des listes de 150, 200, 400, voire 600 personnes.** Id544 nous apporte un autre exemple de ce flot de demandes : *« 300 demandes entre septembre 2020 et début janvier 2021, dont 110 deux mois avant mon installation, sans référencement ni annonce officielle avec une capacité maximale (étant en mixte) de 75 patients et un turn-over de 40 patients par an en moyenne. Les délais se montaient en années et cela ne me semblait pas pertinent voire absurde. »*

En pratique, la liste d'attente peut se révéler *« très compliquée à gérer, et génère parfois beaucoup de stress. »* Id260 énonce : *« J'avais une liste d'attente avant... c'est une **trop grosse charge mentale.** »* Pour certains, cette « longue liste d'attente », qui résulte d'une demande de soins trop forte par rapport à l'offre, a par ailleurs généré **la nécessité d'adapter leur manière de gérer leur activité.**

ii. Des répercussions sur l'organisation générale de l'activité

37,1% des personnes interrogées ont déclaré avoir été amenées à écourter un suivi parce que de nombreux patients étaient en attente de soins. Plus des deux tiers (67,6%) ont été dans l'impossibilité d'assurer les soins à domicile pour ne pas perdre de temps en transport, comme l'illustre la figure 10 suivante.

Figure 10 : Type de répercussion sur l'organisation générale de l'activité : impossibilité d'assurer les soins à domicile

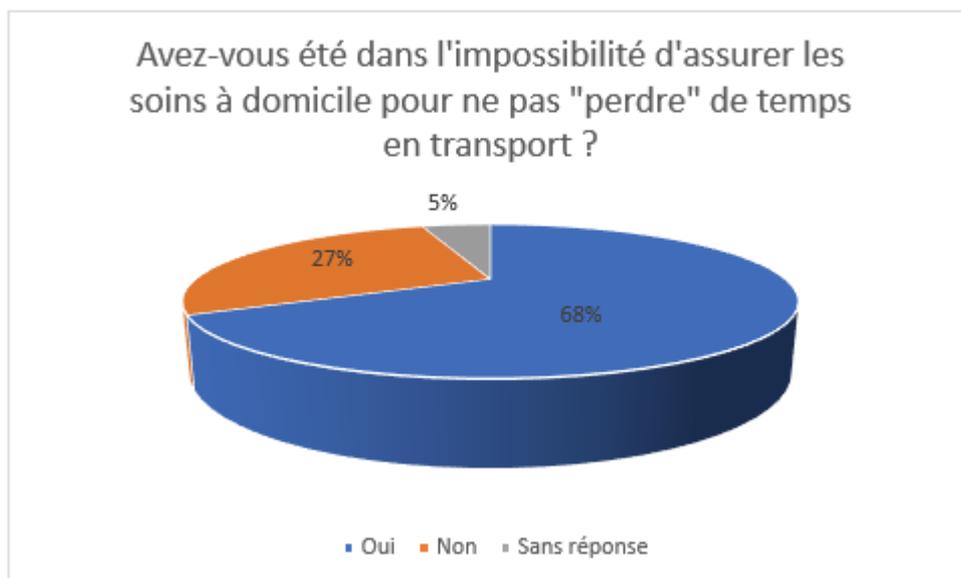
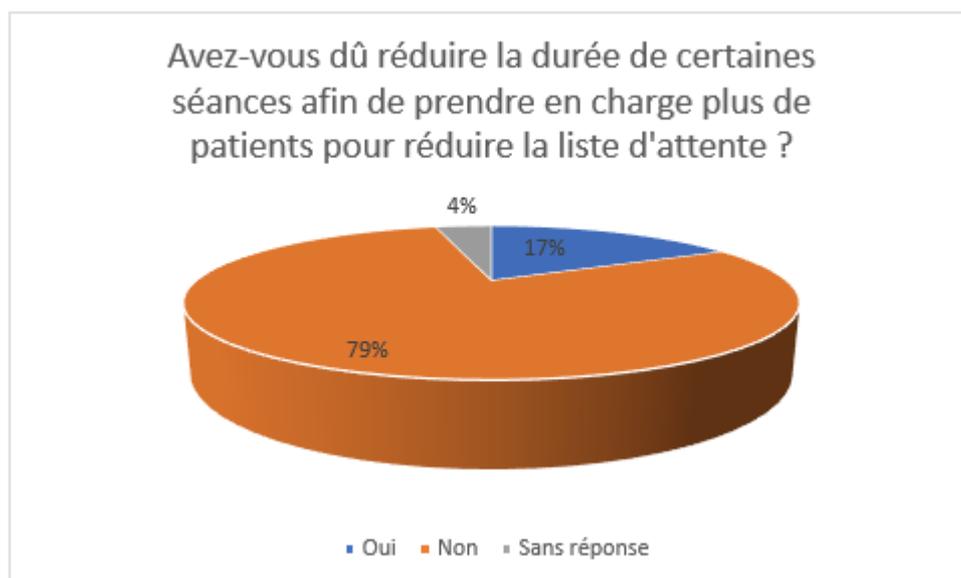


Figure 11 : Type de répercussion sur l'organisation générale de l'activité : réduction de la durée de certaines séances



Enfin 17,3% ont dû diminuer la durée de certaines séances pour prendre en charge plus de patients afin de réduire la liste d'attente.

Certains commentaires font apparaître que malgré les adaptations mises en œuvre et les efforts fournis par les professionnels tout au long de leur carrière, **il n'y a pas d'adéquation**

possible entre le besoin du patient et l'offre de soins disponible. Id1002 constate ainsi que « *6 mois est déjà une longue attente pour certains patients qui sont en besoin +++, qui ne peuvent pas attendre et pour qui on laisse les choses se dégrader. Cependant, notre liste est de 2 ans* ». Pour autant, lorsqu'ils rappellent un patient inscrit depuis longtemps sur leur liste, **67,1% des orthophonistes n'ont pas le sentiment/la sensation d'avoir pratiqué un refus de soins jusqu'alors.**

Au total, notre enquête a fait ressortir que le recours à une liste d'attente est une pratique courante. 82% des orthophonistes en utilisent une, la zone où ils sont installés n'entrant pas en ligne de compte dans leur choix. L'analyse des données a aussi mis en évidence que 63% de ceux qui utilisent une liste d'attente n'en sont pas satisfaits. Aussi, 57 % des orthophonistes ont modifié leur manière de procéder en la matière au cours de leur carrière. 37,1% des personnes interrogées ont déclaré avoir été amenées à écourter un suivi parce que de nombreux patients étaient en attente de soins. Par ailleurs, plus des deux tiers (67,6%) ont été dans l'impossibilité d'assurer les soins à domicile pour ne pas perdre de temps en transport. Enfin, un impact psychologique important est même noté dans certains cas. En effet, combinées ou non à d'autres problèmes, les difficultés liées à la liste d'attente peuvent mener à un épuisement professionnel.

DISCUSSION

I. Principaux résultats et place de l'étude dans la littérature

En introduction à cette discussion des résultats, rappelons l'objectif de notre étude.

1. Rappel de l'objectif de notre étude

Notre but à travers cette recherche était d'éclaircir le cadre réglementaire autour de l'accès aux soins orthophoniques puis de définir précisément la pratique de la liste d'attente et le ressenti des orthophonistes libéraux français, afin de tester la validité de l'hypothèse que nous avançons, qui est celle-ci : **la pratique de la liste d'attente n'est pas en cohérence avec le droit, la déontologie et l'éthique de la profession.** Du fait de l'inexistence d'un Ordre professionnel pour les orthophonistes, des règles déontologiques n'existent pas concrètement pour la profession en France. Nous allons donc nous positionner sur l'expérience des praticiens uniquement en regard du droit et des principes éthiques, à savoir : le libre choix du praticien par le patient, les principes de bienfaisance (et son corollaire, le principe de non-malfaisance), le droit d'accès aux soins du patient (et son corollaire, le refus de soins), et l'indépendance et la pleine responsabilité de l'orthophoniste.

2. Le libre choix du praticien, consacré par le Code de la santé publique

Tout patient est libre d'aller consulter le praticien de son choix. Ce principe est consacré dans le Code de la santé publique (article L. 1110-8). Notre étude a révélé cependant que ce libre choix est mis à mal du fait de deux causes. La première réside dans ce constat : bien souvent les patients s'inscrivent sur plusieurs listes, cela faussant les données. La seconde est avancée par plusieurs répondants à notre enquête : lorsqu'un patient est inscrit sur une liste, il serait alors comme lié définitivement à un seul professionnel.

Cette notion de libre choix du patient est également contestable dès lors que l'accès aux soins est très limité, du fait du manque d'orthophonistes en poste dans certaines régions. Ainsi, dans les faits, le patient se rend en fait chez le premier orthophoniste qui le rappelle même si son cabinet est loin, si le créneau horaire proposé n'est pas pratique, etc.

3. Le principe de bienfaisance

Le principe de bienfaisance veut que le soignant fasse au mieux pour le patient et « *oblige donc les praticiens de santé à utiliser les moyens et les techniques les plus appropriés et les plus performants du moment* » (Kerlan, L'Orthophoniste n°377, 2018). Or notre étude a montré qu'un orthophoniste sur deux utilise une liste papier. La question est donc de s'interroger sur les modalités de gestion d'une liste d'attente à privilégier afin de respecter ces critères. En vue de gagner du temps dans la gestion, les professionnels pourraient utiliser une liste numérique qui apportent le bénéfice de plus de praticité, de rapidité et de facilité (par la présence d'un module de recherche du patient par nom, date, ou autre catégorie, sur tout logiciel tableur par exemple). Le gain de temps généré ici sera du temps disponible pour le patient.

Ces toutes dernières années, plusieurs entreprises ont développé des logiciels ou applications permettant de gérer une liste d'attente, qui sont des dispositifs gratuits (Dropbox, Google, Badoue), payants (Ortholiste, Docorga, Gorendezvous, Medilibre) ou mixtes selon les options choisies (monbilanortho, Trello). A noter que la question du financement du support est abordée par seulement quatre orthophonistes parmi plus de trois mille cinq cent cinquante commentaires, ce qui constitue un faible ratio pour l'exercice libéral, où la question de la gestion financière est essentielle pour la viabilité d'un cabinet. Ce faible taux peut-être aussi s'expliquer par le fait que le recours à une gestion informatisée d'une liste d'attente est encore une pratique marginale et que ces dispositifs informatiques sont encore mal connus des professionnels. Il serait intéressant de questionner à nouveau les professionnels sur ces outils informatiques dans quelques années afin de savoir si leur utilisation sera plus fréquente.

Ces dispositifs permettent de répondre en prime aux obligations du Règlement sur la Gestion de la Protection des données (R.G.P.D.), qui s'appliquent à tous les traitements de données personnelles, « *que ces traitements soient sous une forme informatique (ex : logiciel utilisé pour l'exploitation d'un cabinet d'orthophonie) ou papier* » (*Le règlement général sur la protection des données - RGPD | CNIL, s. d.*). Les données collectées sur les patients doivent être « *adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est strictement nécessaire à la prise en charge du patient au titre des activités de prévention, de diagnostic et de soins, ce qui n'est pas forcément le cas sur une liste « papier* ». *A titre d'exemple, la collecte d'informations sur la vie familiale d'un patient n'est en principe pas appropriée.* » L'accès aux données de santé doit être ensuite possible pour les seules personnes qui y sont autorisées au regard de leurs missions (médecins). Les données collectées sur les patients doivent être conservées pendant

vingt ans à compter de la date de la dernière prise en charge du patient : « *en base active, pendant une durée de cinq ans à compter de la dernière intervention sur le dossier du patient. Puis, à l'issue de cette période, sous la forme archivée sur un support distinct pendant quinze ans, dans des conditions de sécurité équivalentes à celles des autres données enregistrées dans l'application* » (Le règlement général sur la protection des données - RGPD | CNIL, s. d.).

A l'expiration de ces délais, les données sont supprimées ou archivées sous une forme anonymisée. « *Il revient aux prestataires fournissant des solutions logicielles d'intégrer des fonctionnalités d'archivage automatique à date d'échéance. A défaut, le professionnel de santé y procédera manuellement* » (cf. Délibération n° 2020-081 du 18 juin 2020 portant adoption d'un référentiel relatif aux traitements de données à caractère personnel destinés à la gestion des cabinets médicaux et paramédicaux, en ligne).

4. Le cas particulier du refus de soins

L'obligation de non-discrimination est inscrite elle aussi dans le Code de la santé publique (article L1110-3, cf. supra). L'alinéa un stipule qu'aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Cependant une exception est mentionnée à l'alinéa sept : le refus de soins, qui peut être légitime lorsqu'il est « *fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins (hormis le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité)* ». La formulation de l'article, assez générale, laisse penser que cette notion peut recouvrir un nombre important de cas.

Ensuite, pour un orthophoniste sur cinq qui n'utilise pas de liste d'attente, doit-on comprendre qu'il est en mesure de donner un rendez-vous rapidement ou qu'il commet un refus de soins en refusant de donner un rendez-vous parce qu'il n'en a pas la capacité ? A ce sujet, le service juridique de la F.N.O, avec lequel nous avons échangé par voie électronique, nous a indiqué que « **le refus de donner un rendez-vous par manque de place est légitime. Ce refus n'est pas considéré comme lié à une attitude discriminatoire (si ce n'est pas la raison bien sûr)** » (2021).

Lorsque les professionnels font le choix de ne pas constituer de liste d'attente, notre étude a aussi montré que **plus de dix pour cent des orthophonistes indiquent sur leur répondeur qu'ils ne prennent pas de nouveau patient**. Concernant la question de la légalité de ce type de procédure, le service juridique de la F.N.O. vient nous éclairer : « **Comme tout**

professionnel de santé l'orthophoniste doit répondre à l'urgence. Il lui appartient donc de recueillir les informations sur l'état de la personne afin d'apprécier le caractère ou non de l'urgence. Donc ne jamais répondre au téléphone et mettre un message téléphonique disant "je n'ai plus de place, ce répondeur ne prend pas les messages" peut poser grandement problème en termes de réponse à l'urgence ». Si les cadres législatifs et réglementaires sont au programme des études en orthophonie dans l'unité d'enseignement « 4.1-Connaissance et historique de la profession, cadres actuels et exercice professionnel de l'orthophonie » (Référentiel de formation de l'orthophoniste, s. d.), les informations officielles à ce sujet manquent tout de même. Une prochaine étude, qui mènerait à la création d'un guide pratique récapitulant ce type d'informations serait intéressante et nécessaire.

Le refus de soins peut également intervenir lorsque le professionnel ne rappelle pas le patient, ou lorsqu'il n'intègre pas à sa liste d'attente un patient qui ne répondrait pas aux critères qu'il a définis. Or notre étude a montré que des critères spécifiques sont mis en place pour près de soixante-deux pour cent des répondants, par exemple lorsque l'orthophoniste attend que le patient habite dans la zone établie par la C.N.A.M.-A.R.S., c'est-à-dire le « *bassin de vie* » ou « *canton* » (pour près d'un orthophoniste sur cinq), ou dans la même commune que celle où il exerce (environ un orthophoniste sur dix). Pour vingt-quatre pour cent des répondants, c'est la distance ou la durée de trajet domicile-cabinet ou école-cabinet qui est prise en compte. Cela peut indiquer la prise en compte du bien-être, du confort et de la fatigabilité du patient, par le souhait de limiter les distances parcourues et les temps de transport (application du principe de non-malfaisance), mais pourrait aussi montrer que l'orthophoniste s'assure ainsi que le patient et sa famille seront assidus dans le suivi. Lorsque le patient ne répond pas au critère mis en œuvre par l'orthophoniste, cela engendre une absence d'inscription sur la liste et constitue donc bien un refus de soins.

Près de la moitié des orthophonistes appliquent des critères tels que l'urgence de la situation ou la spécialisation du professionnel. **Priorité doit être donnée à l'urgence pour ne pas commettre de refus de soins.** Cette notion n'est pas définie dans le Code de la santé publique, et reste donc à l'appréciation du professionnel de santé. Les résultats issus de notre étude sont comparables à ceux publiés par Mireille Kerlan en deux-mille-dix-huit dans une enquête réalisée auprès de deux-cents orthophonistes (Kerlan M., 2019, p.5). Les suites d'accident vasculaire cérébral sont citées comme urgence par tous les orthophonistes qui se sont exprimés dans cette enquête. Puis, le bégaiement, la dysphagie, l'absence de langage chez l'enfant (pas de notion d'âge exprimée dans cette enquête) sont considérés comme

urgents par plus de la moitié des répondants. Viennent ensuite les pathologies O.R.L., avant ou après chirurgie en cancérologie, et les troubles de l'oralité. A noter que toutes les pathologies sont citées, dans des proportions plus faibles. Une étude récente menée auprès de deux-cent-soixante-sept orthophonistes exerçant dans dix pays différents indiquait que les enfants, l'alimentation et le bégaiement étaient souvent considérés comme de hautes priorités (McGill et al., 2021). Notre étude menée auprès des orthophonistes libéraux français se démarque de celle-ci. Notre étude démontre les mêmes résultats pour le bégaiement et les jeunes enfants. Mais **elle met en évidence un degré d'urgence bien plus élevé pour les pathologies neurologiques.**

Dans notre étude, id1179 affirme que « *beaucoup de demandes sont très urgentes, déontologiquement c'est très difficile.* » Le constat est grave et préoccupant : « *à force de traiter en priorité les urgences, il y a des patients sur lesquels on n'arrive jamais malheureusement* » (id698), ce qui constitue un refus de soins.

L'analyse des résultats a permis de mettre en évidence que les orthophonistes se voient contraints de réaliser un tri, même parmi les urgences.

5. Trier ?

Notre étude a montré qu'un nombre important de professionnels ont recours au tri des patients (c'est-à-dire autrement que de manière chronologique), d'abord au moment de recevoir la première demande de soins, ensuite au sein même des personnes inscrites sur leur liste d'attente. « *Plutôt que de s'en indigner, il s'agit de prendre au sérieux les pratiques de tri, leurs forces et leurs failles ; de décrire les théâtres où elles se jouent ; d'étudier leurs logiques et leurs outils ; d'interroger leurs valeurs et de mesurer les marges de manœuvre de ses sujets, médecins et patients* » (Lachenal et al., 2014, p.4). Nous nous sommes donc attachée, à travers cette étude, à décrire précisément ces pratiques, leurs logiques et leurs outils. **Le tri constitue la promesse d'une prise en soins équitable : toute demande sera étudiée, et engendrera une prise en soins ultérieure.** A contrario, trier c'est aussi, par principe, mettre de côté des patients au profit d'autres, et repousser la prise en soins de certains. Id960 contredit donc cette vertu du tri et souhaite « *que tous les orthophonistes fassent de leur mieux pour accueillir tous les patients de leur "territoire" en cessant d'effectuer des... tris. (...) Certains patients sont traités très différemment. Par exemple, trouvent très vite une orthophoniste : les très jeunes enfants, les bégaiements, y compris*

d'adultes. Ne trouvent pas vite du tout : les laryngectomies, les adolescents, les rééducations linguales ».

Nous nous posons donc la question de l'éthique face à la notion de tri, quels qu'en soient les critères. D'une part, le principe d'équité est respecté car la même règle est appliquée à tous afin que le professionnel de santé puisse prendre des décisions en toute objectivité. D'autre part, le choix même de critères constitue une remise en cause de l'équité dans l'accès aux soins.

Cette même logique de tri apparaît lorsque les orthophonistes utilisent une liste à plusieurs et doivent se répartir les patients inscrits sur cette liste. Notre étude fait apparaître que près de seize pour cent des répondants accueillent ou non les patients en fonction des préférences de chaque orthophoniste. Dans sa constitution-même, ce fonctionnement pose question. Le principe d'équité (ou de justice) qui consiste à partager entre tous les patients les ressources disponibles (en temps, en argent, en énergie) implique que tous doivent bénéficier des mêmes droits et d'un accès à une qualité de soin identique.

Côté patient, cela pose surtout la question du libre choix du praticien. Avec une liste d'attente commune, il conviendra donc d'informer le patient qu'il pourra être rappelé et pris en charge par n'importe quel orthophoniste du cabinet. S'il ne le souhaite pas, il pourra alors démarcher d'autres orthophonistes.

Et du côté de l'orthophoniste alors, quid de l'équité entre professionnels, notamment sur le plan financier ? Comment s'assurer que la répartition est équilibrée sur le plan financier ? C'est un point sur lequel il est nécessaire d'échanger au sein de l'équipe, en toute transparence, pour aboutir à une égale distribution des revenus en fonction des patients pris en soins par chacun des membres du cabinet.

Maintenant que nous avons confronté l'expérience des cabinets avec les principes légaux et éthiques, intéressons-nous à la discussion des résultats concernant le degré d'efficacité de la liste d'attente et le ressenti des orthophonistes.

6. Ce mode de gestion de l'attente est-il efficace ?

L'efficacité de la liste d'attente a été mesurée à l'aune de plusieurs critères : la satisfaction déclarée des orthophonistes quant à leur pratique de la liste, la fréquence de mise en œuvre d'adaptations, parce que jugées nécessaires, au cours de la carrière. Leur ressenti a

quant à lui été évalué par rapport aux sentiments décrits au moment du rappel du patient, en cas de longue liste d'attente.

i. Les orthophonistes sont-ils satisfaits de leur pratique de la liste d'attente ?

Les orthophonistes interrogés sont-ils satisfaits de leur pratique de la liste d'attente ? A cette question, seulement dix-sept pour cent des répondants déclarent ne rien vouloir changer à leur manière de faire, et un orthophoniste sur cinq est satisfait mais souhaiterait tout de même l'optimiser. **Près des deux tiers des répondants ne sont pas satisfaits de leur gestion de leur liste d'attente.** Cette donnée peut nous laisser penser que les personnes optent pour une solution « par défaut », faute de mieux, et que des adaptations des pratiques sont donc nécessaires. Qu'en est-il, justement, des adaptations réalisées dans la manière de travailler ?

ii. Les adaptations opérées dans la manière de travailler

Notre étude a révélé qu'une longue liste d'attente, qui représente une demande de soins très forte, a généré pour certains des adaptations dans la gestion du cabinet. A titre d'exemple, plus d'un tiers des personnes interrogées ont déclaré avoir été amenées à écourter un suivi parce que de nombreux patients étaient en attente de soins. A ce sujet, le service juridique de la F.N.O. nous indique ceci : « *Concernant l'arrêt de prise en charge, « pour se protéger en cas de réelles poursuites, il faut que l'arrêt de la prise en charge soit vraiment justifié et justifiable (non-paiement des séances, absences trop régulières qui ne permettent pas la bonne réalisation de la rééducation, perte de confiance dans le patient, par exemple par de l'agression) et que l'orthophoniste ait assuré la continuité des soins (donner la liste des orthophonistes aux alentours et transmettre le dossier au patient) ».* Au-delà, cela nous questionne : quelle bienfaisance pour le patient dans un arrêt de prise en charge non réellement souhaité par l'orthophoniste, et non discuté avec lui ?

A noter aussi, parmi les adaptations opérées, que plus des deux tiers des orthophonistes ont déjà été dans l'impossibilité d'assurer les soins à domicile pour ne pas « perdre » de temps en transport. Enfin dix-sept pour cent ont dû diminuer la durée de certaines séances, afin de prendre en charge plus de patients, pour espérer limiter la liste d'attente.

Dans les trois cas cités, si l'orthophoniste est pleinement responsable et décide en toute indépendance des soins à mettre en œuvre (Art. L. 4341-1 du Code de la santé publique), la question est soulevée de la non-malfaisance envers le patient, de l'autonomie du patient, de sa

participation au processus décisionnel concernant sa thérapie. Une vision récente du duo patient-professionnel de santé veut que le patient soit désormais bien plus intégré qu'auparavant dans ce processus, au point d'y concourir à part égale avec l'orthophoniste. Il s'agit de la « décision médicale partagée ». Cette dernière consiste en un échange d'informations puis une délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord, concernant la santé individuelle d'un patient. Le principe du respect de la personne et de son autonomie est au cœur de la décision, celle-ci reposant essentiellement sur les préférences et les valeurs du patient. La H.A.S. a édité à ce sujet un état des lieux (« Patients et professionnels, décider ensemble ») en deux-mille-treize, disponible en ligne et téléchargeable [ici](#) (Haute Autorité de Santé, 2013). Or, nos résultats montrent qu'un critère pratique vient parfois empêcher ce processus de décision médicale partagée, au moins en partie : la pression de la demande de soins en orthophonie. En effet, elle est telle que certains professionnels doivent en venir à s'adapter sans demander l'avis du patient, ce qu'il conviendrait pourtant de faire.

iii. Analyse du ressenti des orthophonistes

1. Des sentiments variés au moment du rappel

Notre enquête a révélé que les orthophonistes ressentent des sentiments variés au moment de rappeler le patient après une longue période d'attente. Si plus de la moitié d'entre eux ressent un certain soulagement et deux tiers ne vivent pas cela comme un manque de crédibilité, en revanche, près de la moitié déclare ressentir de la gêne ou de la honte lorsqu'ils rappellent le patient inscrit depuis longtemps sur leur liste et plus d'un tiers connaissent un sentiment désagréable (sans précision donnée, toutefois, sur ce sentiment). L'absence de donnée dans la littérature ne nous permet pas de comparer nos résultats avec une autre étude. Il serait intéressant de répliquer cette étude pour préciser la notion de « sentiment désagréable », et qu'une ressource soit mise à disposition des orthophonistes pour les aider à prendre de la distance avec ces situations jugées pénibles par certains.

2. Vers l'épuisement professionnel ?

Dans les réponses au questionnaire, l'épuisement professionnel a été cité quatre fois. Par quoi cet épuisement se traduit-il ? Id1049 a témoigné en ce sens : « *La liste d'attente m'oppressait trop. J'ai vécu un burn-out.* » Selon l'U.R.P.S. P.A.C.A., l'épuisement professionnel

concernerait deux à onze pour cent de l'ensemble des individus au travail (Truchot, D., 2004, Truchot, D., 2016, p.126-134). Alice Touzaa, médecin à Aix-en-Provence, témoigne que l'épuisement professionnel touche surtout les métiers de l'aide « *et peut-être de manière spécifique les professionnels de santé* » (« URPS Orthophonistes | Qu'est-ce que l'épuisement professionnel ? », 2019). La Haute Autorité de Santé a étudié ce phénomène afin d'améliorer « *la connaissance sur ce syndrome insuffisamment caractérisé et défini* » (HAS, 2017, p.6), et d'élaborer des recommandations de bonne pratique à destination des professionnels de santé. Une stratégie nationale « *pour mieux prendre soin de ceux qui nous soignent* » a été lancée en décembre deux-mille-seize par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé (Stratégie nationale, 2016). L'un des axes de cette campagne est d'améliorer la détection des risques psychosociaux.

Qu'en est-il en orthophonie ? En deux-mille-vingt, dans la revue bimensuelle *Ortho Magazine*, Ariane Ehrlich, orthophoniste et membre de l'association "Orthos, Réflexions...Action" (O.R.A.), officialise une enquête menée en deux-mille-dix-sept par l'association auprès de cinq-cent-quarante-et-un orthophonistes : trente-deux pour cent d'entre eux s'estimaient proches de l'épuisement (*Burn-out : les orthophonistes aussi - Ora (orthos réflexions action) : association d'orthophonistes*, s. d.). Parmi les principales causes citées : la gestion de la liste d'attente, et la pression des demandes de prises en charge.

Par ailleurs, les résultats du mémoire de Lafont (2020) permettent de confirmer que cette demande de prise en soins, de plus en plus conséquente, joue un rôle important sur la surcharge de travail des orthophonistes. Les scores à l'échelle de préoccupation à propos de la liste d'attente sont supérieurs à vingt-deux lorsque les orthophonistes se sentent concernés par un épuisement professionnel (moyenne : 7,07 ; écart-type : 2,54) plutôt que lorsqu'ils ne se sentent pas concernés par un épuisement professionnel (moyenne : 5,74 ; écart-type : 2,69).

Citons aussi le groupe de travail inter-U.R.P.S. qui a étudié la possibilité de mise en place d'une plateforme d'aide spécifiquement dédiée aux professionnels de santé libéraux pour faire face à l'épuisement professionnel. Cette plateforme existait déjà pour les médecins. Fin mars 2020, l'Union Régionale des Professionnels de Santé P.A.C.A. a ainsi présenté le fruit de ces travaux pluridisciplinaires : Synexial (« URPS Orthophonistes | Une ressource face à l'épuisement professionnel », 2020). Cet outil permet de se mettre en relation avec un

assistant de service social qui aide et oriente les orthophonistes en fonction des problèmes rencontrés (aussi bien psychologiques qu'administratifs ou financiers)⁵ .

Par ailleurs, en novembre deux-mille-seize, l'Association « Soins aux Professionnels de Santé »⁶ a ouvert un numéro vert pour les soignants en souffrance .

Au regard de toutes ces données, nous pouvons conclure que, **sous certains aspects, la pratique de la liste d'attente n'est pas en cohérence avec le droit applicable à la profession** notamment en cas d'utilisation de critères de préférence autres que l'urgence de la situation pour inscrire ou/et prendre en charge un patient, et lorsque l'attente, qui peut se révéler très longue pour le patient, est alors assimilable à un refus de soins. **La pratique de la liste d'attente n'est pas non plus en adéquation avec l'éthique de la profession**, les principes de bienfaisance, de non-malfaisance et d'équité étant souvent mis à mal dans la pratique quotidienne, au détriment du patient comme de l'orthophoniste lui-même, qui est submergé par les demandes de soins du fait de la pénurie d'orthophonistes en France.

Cette étude que nous avons menée a engendré a posteriori des questionnements sur des faiblesses et des biais possibles, dont nous allons faire part ci-après.

II. Eléments d'auto-critique

Présentons les faiblesses possibles ou constatées dans la sélection et l'analyse des données.

1. Questionnements quant à la sélection des données

a. Echantillonnage

Tout d'abord, la formulation de l'introduction du questionnaire a pu limiter le nombre de répondants et ainsi biaiser l'enquête. En effet, elle disait interroger sur la pratique de la liste d'attente. Or, certains nous ont fait remonter qu'ils ne pratiquaient pas de liste d'attente et n'avaient pas cru bon de participer.

Par ailleurs nous pouvons penser que les participants à notre enquête étaient forcément des personnes déjà intéressées par la question de la liste d'attente. Cela aura nécessairement

⁵

<http://synexial.fr/>

⁶

Appel possible 24h/24, 7j/7 au 0 805 23 23 36 (gratuit) ou mail : contact@asso-sps.fr

influencé les résultats. Enfin, l'accès même à l'enquête nous a questionnée a posteriori. Le lien étant public, toute personne pouvait y participer et orienter les résultats à dessein (un gestionnaire de liste d'attente par exemple).

b. Pourquoi des lignes vierges et partiellement renseignées ?

Comme nous l'avons vu, sur mille-deux-cent-vingt-six questionnaires, deux-cent-cinquante-huit lignes étaient totalement vierges et des questionnaires partiellement renseignés. Était-ce une faille du questionnaire, une variable parasite ? Est-ce parce que **certaines réponses étaient délicates à fournir** (comme à la question « avez-vous le sentiment d'avoir réalisé un refus de soins jusqu'alors ? ») ? Il est apparu que certains répondants ont consulté la page d'accueil puis sont sortis sans participer.

En outre, le questionnaire comportait-il trop de questions, ou était-il trop long à renseigner ? La durée moyenne d'interview relevée s'élevait à seize minutes et vingt-cinq secondes (médiane : 13 min. 27 sec.). Il est possible que cette durée ait été trop importante et que des répondants aient stoppé leur démarche en cours de route.

Des répondants ont pu se sentir non concernés par certaines questions. Par exemple, la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie (homologue de l'A.R.S. en métropole) n'a pas encore établi de mode de calcul pour indiquer le niveau de dotation en orthophonistes sur ce territoire. Les professionnels locaux ont donc été dans l'impossibilité de répondre à la question en lien avec le zonage établi par l'A.R.S. (question E5). De ce fait, ils ont pu se sentir non concernés par l'ensemble du questionnaire et stopper là leur participation. Par ailleurs, **plusieurs enquêtés ont témoigné d'un dysfonctionnement du serveur LimeSurvey**, à cause d'une incompatibilité avec leur téléphone portable : *« j'ai eu beaucoup de mal à saisir mes réponses quand les cases étaient assorties d'un espace de réponse libre : un clavier apparaissait à l'écran, me masquant le questionnaire. Je ne suis pas sûre que cela ait fonctionné »*. Interrogé à ce sujet, le correspondant de l'Université de Poitiers a répondu qu'il était possible que certaines questions ne soient pas adaptées à l'affichage sur les téléphones, même si les développeurs de LimeSurvey ont travaillé sur l'affichage multi-support. Il s'agira donc, pour les prochaines études à mener via LimeSurvey, de **prévoir une interface adaptée au téléphone portable**.

Enfin, et surtout, le correspondant a ajouté que *« tous les questionnaires ont des réponses vides en nombre plus ou moins important selon la population interrogée, c'est un*

comportement normal. Il peut y avoir d'innombrables raisons, parmi lesquelles : le titre du groupe "trop familier" (N.D.L.R. : « Faisons connaissance »), le fait de commencer par des informations sur eux alors qu'ils n'ont pas encore répondu à la problématique. »

Enfin, il a été signalé par deux fois que la visualisation des statistiques publiques par les participants n'avait pas été possible. Cela a été le fait d'un défaut d'activation de l'option dans les paramètres.

c. Programmation des questions

L'analyse des données a révélé une erreur de programmation commise pour la question A6 (« *Comment remplissez-vous la liste d'attente : seul ou à plusieurs ?* ») En effet, une condition limitative pour la réponse a été mise en œuvre par erreur : seuls les répondants ayant moins de cinq ans d'exercice ont été invités à y répondre. Cela est fort dommageable car les réponses de tous les participants étaient attendues pour cette question.

2. Questionnements sur l'analyse des données

a. Une grande part de questions libres et de commentaires

Les questions libres et les trois-mille-cinq-cent-cinquante-cinq commentaires ont nécessairement prêté à interprétation dans leur analyse, avec un degré plus ou moins important de subjectivité de notre part. Il convient donc de relativiser les conclusions de l'analyse qualitative.

b. L'analyse n'a pas porté sur toutes les données collectées.

Notre analyse n'a pas été effectuée sur toutes les données recueillies. En effet, a posteriori, il ne nous a pas paru pertinent d'avoir demandé certaines informations, comme le **nom de la commune d'exercice** (question E2), car l'analyse n'a pas été effectuée à ce niveau de détail géographique. Il se peut d'ailleurs qu'elle ait démotivé certains participants, notamment les orthophonistes qui étaient seuls à exercer dans leur commune, aisément identifiables, pour qui l'anonymat était de fait brisé. Un participant l'a d'ailleurs relevé (id9). Il conviendra donc, dans une future enquête de ce type, de ne pas demander cette donnée aux répondants, ou d'indiquer que l'enquête n'est pas anonyme.

c. Un taux de non-réponse partielle conséquent ?

L'analyse des données a fait apparaître que le taux de non-réponse partielle oscille entre deux pour cent (« *Depuis combien de temps exercez-vous en libéral ?* ») et quatre-vingt-trois pour cent (« *Si non -pas de liste d'attente-, pourquoi ce choix ?* »). Dans ce dernier cas, un taux si élevé peut s'expliquer par le fait que presque autant de participants ont déclaré utiliser une liste d'attente et n'avaient donc pas à s'exprimer ici. Par conséquent il est tout à fait normal qu'ils n'aient pas répondu. Et pour les autres questions ? Etaient-elles facilement compréhensibles ? Suffisamment intéressantes ? Ce taux de non-réponse partielle peut en effet exprimer plusieurs points : le refus de répondre à certaines questions jugées indiscrètes, la non-compréhension de la question posée, ou encore l'abandon en cours d'enquête (pour diverses raisons : problème technique, imprévu dans son organisation, lassitude, ...). Ce défaut de réponse a pu introduire un biais et une perte de précision dans l'analyse qui a suivi. La repondération des données (par nous-mêmes ou un statisticien) aurait permis de s'affranchir de ce biais de non-réponse.

Après avoir présenté et expliqué les limites de notre étude, attachons-nous maintenant à détailler les perspectives de cette étude pour la profession.

III. Pour donner suite aux résultats apportés, quelles perspectives pour la profession ?

Face à ces listes d'attente qui s'allongent et qui perdurent, l'étude a mis en évidence les solutions appliquées ou préconisées à l'échelle individuelle comme nationale, par la profession.

1. Sur la gestion de la liste d'attente, à l'échelle individuelle

a. Le support de la liste

Une liste d'attente se doit d'être pratique, facile à mettre à jour. Un format transportable, consultable partout, répondrait à ce besoin. Un second procédé serait avantageux : fournir au patient un lien vers un formulaire à remplir en ligne (pourquoi pas avec des questions préremplies) et des documents indiquant le fonctionnement du cabinet (délai d'attente, rappel ou non de l'orthophoniste, demande de rappel du patient). **Un système qui indiquerait à quelle date il serait possible de recevoir le patient en bilan serait très intéressant pour les orthophonistes libéraux.**

L'étude menée renseigne non seulement les orthophonistes sur les moyens de tenir une liste mais également sur les adaptations possibles dans la gestion du cabinet pour limiter le temps d'attente des patients dans l'attente d'un rendez-vous, autour desquelles nous allons discuter maintenant.

b. Les adaptations possibles pour limiter le temps d'attente des patients

Cette étude a montré que des adaptations sont possibles, qui permettent de limiter le temps d'attente.

i. Dès le premier contact, orienter le patient vers le professionnel adéquat

Orienter le patient vers d'autres professionnels, si nécessaire, dès le premier contact (O.R.L. dans le cas d'un retard de langage oral par exemple, orthoptiste, posturologue, ...) permet non seulement de limiter l'attente du patient avant une prise en soins orthophonique mais aussi, à soi orthophoniste, de bénéficier de temps avant sa prise en charge effective au sein du cabinet, pour un autre patient.

ii. Des prises en soins plus courtes

Des méthodes de rééducation plus rapides permettraient de raccourcir les durées de prise en soins et ainsi d'accueillir le prochain patient dans des délais plus courts. D'où la nécessité pour les orthophonistes de s'informer sur les nouvelles méthodes, juger de leur efficacité, de se former et d'analyser leurs pratiques professionnelles. A ce sujet, les orthophonistes ont une obligation triennale d'évaluation des pratiques professionnelles. La F.N.O. propose ce type de formation.⁷

iii. Les interventions de groupe

Limiter les listes d'attente pourrait passer également aussi par le fait d'effectuer des interventions en groupe. Cela se révèle efficace dans certaines prises en charge, notamment

⁷

www.fnoform.fr/formation-epp-orthophoniste/

pour le bégaiement, les suites d'A.V.C., et avec les adolescents. Il n'y a pas de différence significative d'efficacité globale entre les interventions individuelles et les interventions de groupe (Hoag et Burlingame, 1997 ; McRoberts et al., 1998), qui présentent l'avantage de commencer plus rapidement une intervention auprès de certaines personnes (Stewart et al., 2007). L'intervention de groupe, chez les adolescents, est préférable à une inscription sur une liste d'attente pour améliorer la situation du jeune (Hoag et Burlingame, 1997 ; Burlingame et al., 2003). La nomenclature en vigueur prévoit les modalités de mise en œuvre de rééducation nécessitant des techniques de groupe (AMO 5).

iv. Accueillir ou non les patients dépendant de structures ?

Un autre point en lien avec notre étude intéressera la profession. En deux-mille-onze, la D.R.E.E.S. indiquait déjà que « *l'institution manque de temps d'orthophoniste et adresse des enfants à des professionnels libéraux, avec le problème des listes d'attente et de la limitation en nombre de séances hebdomadaires* » (Etude sur le métier d'orthophoniste, 2011, p. 77). Alors, en vue de limiter les listes d'attente dans les cabinets libéraux, une solution consisterait à ne pas accueillir les patients dépendant de structures. Dans notre étude, quatre orthophonistes ont déclaré pratiquer ainsi. Le sujet fait débat dans la profession, à tel point qu'en octobre deux-mille-vingt, la F.N.O. a sollicité l'ensemble des orthophonistes libéraux via une enquête sur les signatures de conventions avec ces établissements. Ce sondage a fait ressortir, tout comme notre étude, le fait que le renvoi des patients des structures vers les cabinets libéraux participe à l'allongement des listes d'attente et à la souffrance morale des professionnels. Par ailleurs, ils « *ont nettement conscience que le problème de l'accès aux soins en orthophonie est global et concerne tous les modes d'exercice, avec des conséquences d'un exercice sur l'autre* » (F.N.O., 2018).

Si, pour défendre le cadre d'orthophoniste libéral, et plus largement l'accès aux soins pour les patients, la solution réside dans le refus de prendre en soins ces patients, à l'échelle individuelle cette décision reste très difficile à prendre. D'une part, pour les patients ayant besoin d'une prise en charge pluriprofessionnelle et intensive, quelle est l'efficacité d'une offre de soins du seul orthophoniste, à raison de quelques interventions par semaine ? Et d'autre part, comment se résoudre, pour assurer l'avenir de la profession, à laisser ce patient sans soins orthophoniques pendant des mois, des années ? Se repose de nouveau la question du refus de soin.

- c. Comment font les autres professionnels de santé pour gérer l'afflux de demandes ?

Comment s'organisent les autres acteurs du soin ? Id1049 signale que « *d'autres professionnels de santé qui peuvent être rares à trouver dans notre secteur (...) ne se posent pas autant de questions que nous, les orthophonistes* ». Qu'en est-il concrètement ? Et pouvons-nous nous inspirer de leurs pratiques, que nous appliquerions à l'orthophonie ? Certains dentistes, certains ophtalmologistes invitent le patient à téléphoner le premier jour du mois, seul jour où la prise de rendez-vous est possible. Chacun est ainsi « servi » dans la mesure des créneaux libres pour le mois. Mais alors que beaucoup de personnes ne sont pas disponibles aux premières heures d'ouverture des cabinets (activités familiales, travail, ...), quelle est la probabilité qu'elles obtiennent un rendez-vous ? Ethiquement, la question de la *non-discrimination* et de la *non-malfaisance* est posée.

- d. Regarder hors de nos frontières

Le Réseau sur l'Éthique Professionnelle en Réadaptation est un groupe de recherche canadien qui se penche sur différents enjeux éthiques en réadaptation. Il a étudié l'accès aux services de physiothérapie en clinique externe et aux services d'ergothérapie à domicile dans la province de Québec. Leurs résultats, comme les nôtres, montrent que l'accès équitable et en temps opportun à ces services peut parfois être problématique (Laliberté et al., 2018). Dans cette étude, plusieurs intervenants en réadaptation et gestionnaires de listes d'attente affirment que répondre aux besoins de leurs patients n'est pas une tâche facile, en raison du manque de ressources et parce qu'il n'y a pas de normes dans la façon de gérer les listes d'attente. Par la suite, en deux-mille-dix-sept, le réseau a produit une « *boîte à outils des stratégies de gestion des listes d'attente en réadaptation* » (annexe F) qui reprend tous les éléments constatés dans notre étude et débattus dans ce mémoire, à savoir : les stratégies qui peuvent être adoptées à la réception de la demande, la priorisation possible, les actions à mettre en œuvre pendant la période d'attente et pendant l'intervention clinique elle-même (prise en charge autonome du patient, thérapie de groupe), les stratégies pour assurer le roulement des patients et enfin les stratégies plus globales de prévention et de promotion de la santé.

Aucun autre exemple de documents-ressource en la matière n'a été trouvé à travers le monde. Est-ce à dire que la situation est différente dans les autres pays, que la demande de soins n'est

pas aussi importante qu'en France ? Pourtant l'Organisation Mondiale de la Santé indique que dans de nombreuses régions du monde, les besoins croissants en réadaptation (parmi lesquels l'orthophonie) sont en grande partie non satisfaits. « *Plus de la moitié des personnes vivant dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont besoin de services de réadaptation n'en bénéficient pas* » (O.M.S., 2020). Mc Gill (2021) indiquait que de nombreux orthophonistes ont de longues listes d'attente, dans une étude ayant répertorié les listes de deux-cent-soixante-sept orthophonistes de dix pays différents, de secteurs variés (établissements de santé (hôpitaux, cliniques), médico-social, éducation et libéral).

Notre étude a également permis d'évoquer des solutions à la profession concernant l'organisation à mettre en œuvre lorsque le choix est fait de ne pas utiliser de liste d'attente.

e. Comment faire sans liste d'attente ?

Il pourrait s'agir pour les orthophonistes de mettre en place des prises en charge moins longues, d'assurer la prise en soins pour certains patients uniquement pendant les vacances, de réaliser de la guidance ou de l'accompagnement parental. Cela nécessite de faire confiance aux familles pour que les exercices soient bien réalisés au domicile par exemple.

D'autres, sans liste d'attente, orientent beaucoup les patients vers les orthoptistes, psychomotriciens, O.R.L., psychologues dès qu'ils l'estiment nécessaire. Qu'en est-il de cette pratique ? Il serait intéressant d'étudier ce point encore trop peu développé dans la littérature. Nous avons toutefois noté que la D.R.E.E.S., en deux-mille-treize, constatait « *l'adressage trop fréquent des enfants vers le psychologue (ou vers d'autres professionnels de soins), les orthophonistes ne prenant pas assez le patient en charge dans sa globalité, mais se centrant uniquement sur son trouble du langage.* » Les échanges pluriprofessionnels sur les situations des patients pour lesquels cela semble opportun s'inscrivent dans le cadre de ces recommandations de la D.R.E.E.S.

A l'échelle individuelle, le recours à une liste d'attente reste un choix personnel, quelquefois insatisfaisant pour l'orthophoniste, mais qu'il effectue faute de mieux. Afin d'accompagner les orthophonistes dans cette démarche, des systèmes de gestion informatisée voient de plus en plus le jour, moyennant un financement. Force est de constater que de nombreuses adaptations sont également mises en œuvre par les professionnels pour limiter le temps

d'attente des patients. Intéressons-nous maintenant à la gestion nationale de la demande en soins orthophoniques.

2. La gestion de la demande de soins à l'échelle nationale

La gestion de la demande au niveau national passe par la mise en œuvre de plusieurs mesures, que nous allons décrire et discuter ci-après.

a. La modification des textes réglementaires de la profession

Dans quelques domaines, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels en orthophonie a déjà évolué. Ainsi la prise en charge des enfants de trois à six ans a connu une valorisation de + 0,5 point pour l'A.M.O. 12,1 (soit un A.M.O. 12,6) pour les actes de rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral (Article douze - avenant seize). Les prises en charge des troubles du langage oral et de la communication concernent une part significative (près d'un tiers) des actes réalisés par les orthophonistes français (dossier Démographie Professionnelle – L'Orthophoniste n°386).

Par ailleurs, une majoration conventionnelle pour la prise en charge des enfants de moins de trois ans (Article 10 - avenant 16) a eu lieu au premier juillet deux-mille-dix-neuf pour éviter l'engorgement des listes d'attente, sur le principe qu'un enfant pris en soins précocement quittera rapidement le cabinet et libérera ainsi une place pour un autre patient.

« Une option alternative, peu diffusée d'après ce qui a pu être identifié dans les entretiens, serait la guidance parentale, les parents pouvant faire travailler leur enfant entre deux séances d'orthophonie. » Néanmoins actuellement, la N.G.A.P. ne contient (toujours) pas d'acte de guidance ou d'accompagnement parental.

Un orthophoniste qui a participé à notre enquête *« rêve de l'ajout d'un acte de dépistage dans notre nomenclature : un pré-bilan (sans ordonnance) qui permettrait en 20-30 minutes d'évaluer la nécessité et l'urgence éventuelle d'un bilan. »* En outre, cet acte valoriserait aussi le temps que l'on peut prendre au téléphone avec un patient inscrit sur la liste. Quelques répondants à l'enquête ont mentionné cette demande dans les commentaires (moins de cinq).

- b. Une harmonisation des pratiques, un système centralisé de gestion de la demande ?

« Certains téléphonent à plusieurs dizaines de kilomètres car des collègues plus proches n'ont pas répondu » témoigne id1148. Ce commentaire met en avant que si tous les orthophonistes pratiquaient de la même manière la gestion de l'attente, certains effets négatifs seraient supprimés comme celui-ci. Alors faudrait-il harmoniser les pratiques ? Et les encadrer davantage sur le plan législatif ? Un seul commentaire a été émis à ce sujet dans notre enquête. Qu'en pense l'ensemble de la profession ? Il serait opportun d'enquêter plus avant. En outre, à travers les témoignages des enquêtés, nous avons pu donner une estimation de la demande immense en orthophonie, en nombre de patients, ainsi qu'un temps d'attente démesuré voire impossible à définir par les professionnels santé. Pour éviter ces points négatifs, pourquoi pas une liste commune de patients en attente ? D'aucuns pourra objecter qu'elle s'oppose au libre choix du praticien. Mais dans la réalité, il semble que les patients ne bénéficient déjà pas/plus de ce libre choix de l'orthophoniste dans un certain nombre de zones, et qu'ils se dirigent vers le premier orthophoniste qui les recontacte. Une enquête officielle pourrait être menée par la suite, pourquoi pas portée conjointement par l'A.R.S., la C.N.A.M. et les deux syndicats professionnels. Une liste commune de patients à quelle échelle alors ? Par quartier, par commune, agglomération, canton, par département ou par région ? A l'échelle nationale ? Quelques C.P.T.S. (créées par l'article 65 de la Loi de Modernisation du Système de Santé du 26 janvier 2016) ont amorcé en deux-mille-vingt une réflexion à ce sujet (à titre d'exemple, celle de Poitiers).

- c. L'installation favorisée dans les zones sous-dotées et très sous-dotées en orthophonistes

Depuis novembre deux-mille-douze, la C.P.A.M. et l'A.R.S. octroient des aides à l'installation dans les zones sous-dotées et très sous-dotées (avenant seize à la convention). Quels résultats ? Il serait intéressant que les fédérations françaises d'orthophonistes enquêtent à ce sujet.

Au niveau local, les pouvoirs publics tentent eux aussi d'encourager l'installation des orthophonistes par des aides au financement des études en orthophonie, en contrepartie d'une

installation sur un territoire sous-doté ou très sous-doté, pendant une période déterminée à l'avance (trois ou cinq ans le plus souvent). C'est le cas dans le Département de la Vienne, pour lequel il serait intéressant d'étudier l'impact de cette mesure après cinq ans d'existence. Ce dispositif est également en vigueur dans les Deux-Sèvres. Le plan Santé 79, adopté en janvier deux-mille-vingt-et-un, prévoit l'octroi d'une bourse d'étude à partir de la troisième année (Plan Santé 79, 2021). Ce plan constate *« l'augmentation des délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous chez un orthophoniste (de 18 à 24 mois) et « le départ de plusieurs de ces professionnels vers des départements limitrophes proposant des bourses d'étude et des aides à l'installation. »* En contrepartie, ces étudiants devront effectuer au moins un stage par an auprès des professionnels des Deux-Sèvres et s'installer dans une zone sous-dotée des Deux-Sèvres pour un minimum de trois ans. » Le plan 79 vient confirmer certains commentaires de notre étude. *« Jusqu'à il y a cinq ans, nous étions suffisamment nombreuses sur la ville pour assurer tous les soins ; je n'avais donc pas de liste d'attente. La création des différentes zones a généré des départs sur les villes alentour et aucune installation nouvelle sur la ville ; les nouveaux orthophonistes se sont installés en zones très sous-dotées »*. L'attribution d'aides à l'installation en zone sous-dotée ou très sous-dotée a entraîné le déplacement d'orthophonistes et, de ce fait, l'augmentation des demandes pour les orthophonistes restant sur la zone initiale.

d. Interroger le zonage mis en œuvre par l'A.R.S. ?

Nous avons entamé notre étude en pensant que la liste d'attente serait probablement plutôt pratiquée par les orthophonistes établis en zone sous-dotée ou très sous-dotée dans la mesure où les demandes (sur-)abondent dans ces zones.

Selon les répondants, une longue liste d'attente se caractérise par un traitement de la demande après une attente du patient *« d'au moins 1 mois »* (témoignage dans une zone surdotée selon l'A.R.S.) à 4 ans (dans une zone sur-dotée également). Cela nous indique que même dans des zones répertoriées sur-dotées par l'A.R.S., des orthophonistes pratiquent une liste d'attente, ce qui est questionnant. Pourquoi ? Les critères de dotation de l'A.R.S. seraient-ils mal évalués ? Même dans ces zones sur-dotées, le nombre d'orthophonistes ne permettrait pas de répondre à la demande ? Si c'était le cas, alors la notion de sur-dotation comme l'a définie l'A.R.S. ne saurait être envisagée comme une offre de soin orthophonique très supérieure à la demande des patients.

Nos calculs indiquent bien que les orthophonistes utilisent une liste d'attente de patients même dans les zones où il n'y aurait pas pénurie d'orthophonistes selon l'Agence Régionale de Santé (zones classées intermédiaires ou sur-dotées ou très sur-dotées). Est-ce à dire que le zonage mis en œuvre doit être questionné ? En fait, non. Le test du Chi-deux nous a permis d'établir qu'il n'y avait pas de corrélation entre le fait d'exercer dans un certain type de zone et le fait de constituer ou non une liste d'attente (alpha : 0,05). **Donc tenir ou non une liste d'attente ne dépend pas de la zone (établie selon l'A.R.S.) où l'on exerce.** Et cela paraît logique : tout professionnel peut décider d'utiliser ou non une liste d'attente dans sa gestion quotidienne de la demande.

Il serait intéressant, dans une prochaine étude, de définir s'il existe une corrélation entre le type de zone où l'orthophoniste exerce et l'importance de la liste d'attente en nombre d'inscrits ou/et la durée d'attente du patient avant sa prise en charge.

A tout le moins, concernant le zonage établi par l'A.R.S. actuellement en vigueur et qui date de juin deux-mille-dix-huit, il serait nécessaire de le mettre à jour. En effet, les variables utilisées pour définir les zones sont quelque peu datées :

- tout d'abord les variables territoriales : les calculs permettant de définir les « cantons-ou-ville » sont effectués à partir de données de l'I.N.S.E.E. de deux-mille-quinze, et ceux des « bassins de vie » à partir de données de l'I.N.S.E.E. de deux-mille-douze (arrêté du 31 mai 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'orthophoniste pour la détermination des zones) ;
- ensuite les variables d'activité : « *les informations sur l'activité et les honoraires des orthophonistes sont issues des données en date de liquidation, du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (S.N.I.I.R.A.M.) pour l'année 2016* » ;
- enfin les variables administratives : « *le fichier national des professionnels de santé (F.I.N.P.S.), d'avril 2017 et la population résidente étudié (données du recensement INSEE, 2013 ; 2012 pour Mayotte)* ».

Par ailleurs, l'article deux de l'arrêté stipule que les agences régionales de santé doivent transmettre à la direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé, au plus tard au trente-et-un décembre de chaque année, « *la liste des bassins de vie ou pseudo-cantons en précisant la qualification retenue par le directeur général de l'agence régionale de santé en application du IV et du V de la présente annexe.* » Cette mise à jour permettrait l'installation nouvelle d'orthophonistes (nouveaux diplômés, déménagements) dans des zones

dont la catégorie serait correctement établie, et permettrait au moins ainsi de répondre au mieux à la demande dans un territoire restreint : la zone.

Le problème ne réside pas tant dans la question de la gestion de la liste d'attente ou, à un niveau plus large, dans le déplacement des orthophonistes, dans des zones spécifiques, incité par de nombreuses mesures énoncées plus haut, que dans le niveau très élevé et toujours grandissant de la demande de soins, en inadéquation avérée avec le nombre d'orthophonistes en poste.

3. Face à cette demande de soins toujours plus importante, d'autres initiatives encore.

Certaines solutions sont connues, comme la hausse conséquente du nombre d'orthophonistes.

a. L'augmentation des quotas d'admission en études d'orthophonie

L'accessibilité aux études pourrait être améliorée par l'augmentation des quotas d'admission en première année d'études, voire la suppression des *numerus clausus* qui sont établis chaque année dans les centres de formation en orthophonie. Néanmoins ceux-ci évoluent peu, voire pas du tout, selon les centres et les années. D'autres filières d'études en santé (médecine, pharmacie, odontologie et sage-femme) verront le *numerus clausus* supprimé en deux-mille-vingt-deux. Cette mesure pose une autre question : comment trouver les lieux de stage pour tous ? Si cela devait être mis en œuvre dans la filière Orthophonie, le manque de praticiens en poste dans les structures hospitalières et médico-sociales engendrerait un manque de maîtres de stage. Plutôt qu'un abandon du *numerus clausus*, il vaudrait donc mieux l'augmenter progressivement de telle sorte que les demandes de stagiaires ne soient pas démesurées en comparaison avec le nombre de professionnels susceptibles de les accueillir.

b. Une autre solution : la création d'une nouvelle profession de santé ?

Id1002 nous livre que « *l'idéal serait d'avoir une secrétaire, orthophoniste ou bien formée.* » Id1175 propose « *une régulatrice (une psychologue formée à l'orthophonie ?)* ». Et une autre profession de santé ? A cet égard, la F.N.O. propose plutôt de « *réaffirmer les champs de compétences de chaque profession de santé, d'ouvrir l'accès direct aux soins dans certains cas et de faciliter l'accès aux soins en cas d'urgence.* »

Pour soulager les orthophonistes libéraux, selon nous, une autre solution pourrait consister à **créer des postes d'orthophonistes au sein des Maisons Départementales des Personnes**

Handicapées (M.D.P.H.⁸) qui prendrait notamment en charge la réalisation de bilans pour lesquels la « demande » de l'Education nationale est grandissante, sur le même principe que le schéma canadien dans lequel les orthopédagogues interviennent sur les troubles des apprentissages. Mais se poserait alors la question de l'impartialité de l'orthophoniste vis-à-vis de son employeur.

c. La création de la plateforme de prévention et soins en orthophonie

La F.N.O. a émis des propositions en octobre deux-mille-dix-huit en vue du « *développement des actions d'amélioration de l'accès et du parcours de soins en Orthophonie* » pour désengorger les cabinets d'orthophonie. Parmi celles-ci, la création d'une association nationale de prévention, la Plateforme de Prévention et Soins en Orthophonie (P.P.S.O.), et un site de prévention grand public ont été mis en œuvre depuis : Allo Ortho (cité dix-neuf fois dans les commentaires à notre questionnaire). Il s'agit de répondre aux questions du grand public concernant le langage, la communication, la déglutition, la voix, la cognition mathématique et la déglutition. Le site publie régulièrement des articles conçus par des orthophonistes pour rassurer (le bilan orthophonique n'est pas toujours l'unique solution) et/ou conseiller en cas de difficultés avérées. Une plateforme de régulation des soins en orthophonie a été créée, en lien avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé Hauts de France, Grand Est et Bourgogne Franche Comté, qui sera expérimentée pour trois ans : un questionnaire en ligne aide les utilisateurs à déterminer si un bilan auprès d'un professionnel est indiqué ou non. Des orthophonistes régulateurs pourront ensuite rappeler si nécessaire les usagers pour des conseils plus individualisés.

Après avoir défini les apports de cette étude pour la profession, tant à l'échelle individuelle que collective, intéressons-nous désormais aux perspectives que l'étude a permis de dégager pour nous.

⁸ Dénommées Maison de l'Autonomie dans les départements où les services sont mutualisés avec ceux du département.

IV. Quelles perspectives pour nous, en tant que future orthophoniste ?

Cette étude a été l'opportunité pour nous de nous questionner à la fois sur l'intérêt d'avoir recours à une liste d'attente, sur les conditions pratiques de sa tenue, mais aussi plus largement sur la gestion du cabinet au quotidien.

Les données collectées auprès des six-cent-quatre-vingt-quatorze participants nous indiquent que **deux éléments sont à penser quand on envisage de créer une liste d'attente : la commodité d'utilisation du registre et la sécurisation des données.**

1. Adapter notre pratique en fonction de la zone d'installation

Cette étude a montré la nécessité d'adapter notre pratique à la zone sur laquelle nous allons nous installer : « *Dans le cadre du "peu" d'attente dans ma zone sur-dotée (environ 4 mois) le fonctionnement papier-crayon et rappels me va. En revanche, si je changeais de zone je chercherais à ne plus avoir à gérer cette contrainte chronophage et usante et avoir recours à un service en ligne.* »

2. Utiliser une structure hébergeuse de liste d'attente

En vue de faire face au raz-de-marée de sollicitations attendu, nous nous sommes questionnée sur la manière de gérer la demande la plus appropriée sur le plan technique, et nous avons testé une partie des applications disponibles (monbilanortho.com ; Ortholiste). Leur utilisation est globalement facile (même si nous avons contacté une partie des structures pour obtenir quelques renseignements complémentaires sur leur fonctionnement). Certaines d'entre elles proposent une mise à jour des fonctionnalités disponibles, à la suite des retours des utilisateurs. Cela constitue un intérêt supplémentaire.

En revanche, **la sécurisation des données nous pose question.** Celles-ci sont stockées sur des serveurs sécurisés dédiés. Or de nombreux piratages ont été commis début deux-mille-vingt-et-un, soulevant la question de la sécurité réelle de ces données.

Par ailleurs, dans la mesure où le recours à ces listes d'attente numériques nécessite l'utilisation d'Internet d'une part, et de l'écrit d'autre part, il s'agit là d'un frein au premier contact, pour les patients qui ne disposent pas d'Internet et pour ceux qui ont des difficultés à l'écrit, et pour les orthophonistes qui auraient un cabinet implanté en zone blanche, avec une absence d'accès au réseau.

3. Tenir une permanence téléphonique régulière

Les commentaires émis par les enquêtés nous ont amenée à nous interroger sur la meilleure manière d'accueillir la demande du patient et limiter son attente d'une réponse. Car « bien que l'impact des listes d'attente pour les parents et les enfants puisse seulement être estimés, cela pourrait potentiellement affecter leur relation avec les thérapeutes avec des parents très anxieux ou qui portent plainte contre lui. Il semble que l'attente de la thérapie soit très stressante pour les parents et cause du souci aux praticiens » (Pickstone, 2006).

Parce qu'une « *réponse (...) ne passera pas nécessairement par le « faire des soins » mais par le « prendre soin », par un regard attentionné, une parole qui aide à patienter, qui rassure, une parole qui dit que la souffrance, l'inquiétude et la peur, ont été entendues et prises en compte* » nous nous posons donc la question de tenir chaque matin une permanence téléphonique pour répondre aux appels et recontacter les personnes qui auront appelé la veille ou l'avant-veille. Ceci permettrait d'échanger avec elles, de prendre en compte leur plainte, spécifier leur demande, les rassurer, et encore les aider à patienter. « *Ce serait une parole qui vise à donner du sens à ce que vit cette personne-là à ce moment-là. C'est ce premier contact, ce moment de la réponse, qui fonde la rencontre entre soignant et soigné, rencontre à partir de laquelle tout peut se construire* » (Kerlan, Rééducation Orthophonique N°279). Id12 témoigne de l'intérêt de cette pratique : « *J'ai maintenant une permanence téléphonique d'une heure par semaine pendant laquelle je suis joignable pour les nouvelles demandes. Cela me permet d'en réorienter et de redéfinir notre champ de compétences auprès des enseignants.* » Dans la même idée de s'adapter à la demande, il serait intéressant de réserver des créneaux dédiés aux cas urgents (personnes ayant subi un A.V.C.), chaque jour d'exercice.

4. Prévenir les troubles du langage, de la communication et des fonctions oro-myofaciales

« *Dans sa mission de professionnel de santé, il intervient auprès des patients, de leurs aidants, des professionnels de la santé ou de l'éducation et du public dans le cadre d'activités de prévention* » (Référentiel d'activités des orthophonistes, 2013). Le référentiel d'activités des orthophonistes détaille les trois niveaux de prévention auxquels le professionnel de santé peut intervenir : primaire, secondaire et tertiaire. Il serait donc important de prévenir les troubles du langage, de la communication et des fonctions oro-myofaciales. Cela peut être réalisé à travers la réalisation d'actions de prévention tertiaire dans le contexte du soin ou de l'éducation thérapeutique, notamment lors des permanences téléphoniques et des bilans. La

pratique d'id876 renseigne en la matière : "*Je conserve 2 créneaux de bilan par semaine pour donner des premiers conseils et guidance en attendant de recevoir les patients en soins*". Le renvoi vers les plateformes de conseil (parmi lesquelles Allo Ortho) à partir du message enregistré sur le répondeur téléphonique est également envisageable.

5. Echanger avec des collègues orthophonistes

Au cours de cette étude, la question s'est posée de savoir comment un orthophoniste peut procéder pour adopter une démarche éthique lorsqu'il exerce seul en cabinet libéral. Pour éclaircir une situation, comment procéder ? Un participant a évoqué **l'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P.) comme un moyen de questionner sa pratique et de la faire évoluer**. D'autres pistes, qui ont été citées à plusieurs reprises dans les commentaires, peuvent être envisagées : contacter l'équipe hospitalière qui suit le patient, son médecin traitant ; intégrer des groupes de réflexion, des équipes d'intervision entre collègues ou des groupes de supervision animés par d'autres professionnels de santé, ou encore des repas pluridisciplinaires, à thèmes.

En pratique, ne pas réaliser de refus de soins nécessitera aussi de se constituer un réseau local d'orthophonistes vers lequel il sera possible de réorienter le patient en fonction de leurs spécialités ou de leurs préférences, tout en sachant, tout de même, que dans les zones limitrophes, également déficitaires, les collègues orthophonistes risquent d'être également débordés et ne pourront pas forcément proposer de rendez-vous plus rapidement la plupart du temps.

V. Conclusion de la discussion

Notre étude et notre mémoire ont été conçus et pensés pour répondre aux orthophonistes libéraux qui, comme celui-ci, sont désœuvrés : « *En m'installant en 2019, j'ai récupéré la liste d'attente des collègues, soulagées, mais il n'y avait quasiment que des enfants pour L.O. et L.E. Progressivement, j'ai eu des demandes adultes et me suis orientée là-dedans...car ils sont plus urgents. Faire une liste n'a plus aucun sens. L'hôpital et certains médecins m'adressent directement des cas visiblement peu pris par mes collègues (rééducation adulte en anglais notamment, il y a une forte population anglophone dans le secteur et ils sont autant malades que les Français alors...).* Certains patients aussi ne seront jamais notés sur ma liste d'attente : quand ils précisent d'emblée être suivis par le C.A.M.S.P.

ou le S.E.S.S.A.D. Pas de convention pour moi. C'est malheureux car [ce sont, surtout pour ceux du C.A.M.S.P., des cas] urgents ! On manque de solutions en zone très sous-dotée. Rien ne semble juste, tout semble être du refus de soin. »

Que les orthophonistes se tranquillisent. Comme nous l'avons défini dans la partie Problématique et dans cette partie, tout ne constitue pas un refus de soins. Et finalement, notons que lorsqu'un patient veut porter plainte pour refus de soins, comme les orthophonistes ne disposent pas d'ordre professionnel, *« il le fera auprès du directeur de la C.P.A.M. Le médiateur de la C.P.A.M. sera alors pleinement compétent pour s'occuper de ce différend. L'Ordre des médecins n'est pas compétent pour juger ou sanctionner les orthophonistes pour refus de soins. Les conseils de l'ordre des médecins ne s'occupent des orthophonistes qu'au sein de la section des assurances sociales (dans laquelle siège une orthophoniste) en cas d'abus, fraude ... à l'assurance maladie de la part d'un orthophoniste. Enfin, l'A.R.S. peut être compétente sur certains points lors de réclamation de la part des patients. » Certains patients menacent quand un orthophoniste arrête la prise en charge ou ne donne pas de rendez-vous, mais ce n'est jamais allé plus loin ». A ce sujet, la juriste de la F.N.O. se veut rassurante. Finalement, **en vingt ans, elle n'a jamais « vu de cas de poursuite pour refus de soins ».***

CONCLUSION GENERALE

Dans ce mémoire, nous avons voulu étudier la pratique des listes d'attente de patients par les orthophonistes libéraux français afin d'établir un premier état des lieux de la pratique et définir si elle est en adéquation avec le droit, la déontologie et l'éthique de la profession. Grâce à la participation de six-cent-quatre-vingt-quatorze orthophonistes et les trois-mille-cinq-cent-cinquante-cinq commentaires apportés pour détailler leur point de vue, notre étude a apporté ces réponses : sous certains aspects, la pratique de la liste d'attente n'est pas en cohérence avec le droit applicable à la profession notamment en cas d'utilisation de critères de préférence autres que l'urgence de la situation pour inscrire ou/et prendre en charge un patient, et lorsque l'attente, qui peut se révéler très longue pour le patient, est alors assimilable à un refus de soins. La pratique de la liste d'attente n'est pas non plus en adéquation avec l'éthique de la profession, les principes de bienfaisance, de non-malfaisance et d'équité étant souvent mis à mal dans la pratique quotidienne, au détriment du patient comme de l'orthophoniste lui-même, qui est submergé par les demandes de soins du fait de la pénurie d'orthophonistes en France. Quant à la cohérence avec la déontologie de la profession, il faudra attendre la parution de règles professionnelles pour l'étudier.

Sur le plan pratique, afin de diminuer le temps dévolu à la gestion de la liste d'attente, et ainsi la pression qui en découle, les professionnels peuvent avoir recours à des solutions pratiques (informatisation, gestionnaires de liste). Concernant la prise en compte financière du travail fourni, actuellement peu ou non rémunéré, des négociations concernant d'éventuelles mesures de revalorisations tarifaires portant sur les actes de bilan et de rééducation des troubles du neuro-développement sont prévues avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (avenant 17 à la Convention Nationale, 2021). En outre, les résultats de l'action pilote de la plateforme de prévention de soins orthophoniques, qui se déroulera en trois volets (mémoires en cours à ce sujet) indiqueront l'efficacité de ce type de dispositif à large échelle et les possibles orientations à prendre dans l'avenir.

Pour ouvrir le débat, il pourrait être intéressant de questionner la pratique de la liste d'attente du côté du patient. La considère-t-il positive parce qu'elle représente une promesse de soins futurs ? Est-elle difficile à intégrer ? D'autant plus à partir de gestionnaires écrits ? Dans quelle mesure l'attente mène-t-elle à l'abandon de la recherche et au renoncement aux soins ?

Bibliographie

Articles de revues

- Delassus, E. (2017). *Analyse critique du principisme en éthique biomédicale*. p.12.
- Deslauriers S., Raymond M.H., Laliberté M., Lavoie A, Desmeules F., Feldman D.E., Perreault K. (2016) Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec : waiting lists and management strategies. *Disability and Rehabilitation*. Disponible au: <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2016.1238967>
- Dreuil, D. (2020). Prendre soin de l'attente. La patience revisitée. *Érès* | « Revue française d'éthique appliquée » 2020/1 N° 9 | pages 74 à 87
- Ehrlich, A. (2020, février 11). *Soigner jusqu'à s'épuiser*. Ortho Magazine, 26(146), 26-27.
- Ermisse, G. (2004). *La déontologie, l'éthique et les obligations légales et réglementaires des archivistes français*. *La Gazette des archives*, 196(1), 1-25. <https://doi.org/10.3406/gazar.2004.3729>
- Fogarty, C., & Cronin, P. (2008). Waiting for healthcare : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), 463–471. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04507.x>.
- Kerlan, M. (2016, avril). *Une charte éthique pour les orthophonistes*. L'Orthophoniste (n°358).
- Grémy, J. (1987). *Les expériences françaises sur la formulation des questions d'enquête : Résultats d'un premier inventaire*. *Revue Française de Sociologie*, 28(4), 567–. <https://doi.org/10.2307/3321549>
- Lachenal, G., Lefève, C., & Nguyen, V.-K. (2014). Le triage en médecine, une routine d'exception. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, N° 6(1), 1-25.
- Laliberté, M., E.Feldman, D., Williams-Jones, B., & Hunt, M. (2018). Operationalizing wait lists : Strategies and experiences in three hospital outpatient physiotherapy departments in Montreal. *Physiotherapy Theory and Practice*, 34, 872 - 881.
- Lamothe-Corneloup, A. (2018, novembre). *Quelques définitions pour essayer de savoir de quoi on parle*. L'Orthophoniste (N°383), 27-29.
- Martin, R.M., Sterne, J.A., Gunnell, D., Ebrahim, S., Davey Smith, G., & Frankel, S. (2003). NHS waiting lists and evidence of national or local failure: Analysis of health service data. *British Medical Journal*, 326, 188–197. doi:10.1136/bmj.326.7382.188
- McGill, N., McLeod, S., Crowe, K., Wang, C., & Hopf, S. (2021). Waiting lists and prioritization of children for services : Speech-language pathologists' perspectives. *Journal of Communication Disorders*, 91, 106099–106099. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2021.106099>
- Pickstone, C. (2006). Triage in speech and language therapy. Dans Roulstone, S. (Ed.). (2006). *Prioritising Child Health: Practice and Principles (1st ed.)*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203966297>
- Raymond, M.H., Demers, L., Feldman, D.E. (2016). Waiting list management practices for home-care occupational therapy in the province of Quebec, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 24(2), 154–164. Disponible au : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12195/abstract;jsessionid=EB8B36295CA8135951C880E439EA94EA.f04t04>

- Raymond, M., Demers, L., & Feldman, D. (2018). Differences in Waiting List Prioritization Preferences of Occupational Therapists, Elderly People, and Persons With Disabilities: A Discrete Choice Experiment. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 99 1, 35-42.
- Thomine, C. (2017, 30 mai). Les orthophonistes partent se former en Belgique. *Le Monde*.
- Wells, J., 1995, *Health care rationing : nursing perspectives*. Journal of Advanced Nursing, 22, 738-44.

Ouvrages

- Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : entretien et questionnaire* (3e édition.). Dunod.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout : Concepts, modèles, interventions*. Dunod.
- Weber, M. (1959). *Le savant et le politique*, trad. par J. Freund, Paris, Plon.

Ouvrages collectifs

- Beauchamp Tom L. & Childress James F. (2007). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Les Belles Lettres.
- Bentham Jeremy, Bowring John, & Laroche Benjamin. (1834). *Déontologie ou Science de la morale : Ouvrage posthume* (Librairie Charpentier).
- Kremer, J. & Lederlé, E. (2016). *L'Orthophonie en France*. Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.
- Truchot, D. (2016). *Burn out*. In *Dictionnaire de la fatigue*. Librairie Droz. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/droz.zawie.2016.01.0126>.
- Velpry, L. & Vidal-Naquet, P. (2019). Dans l'ordinaire de l'aide et du soin : la prudence éthique. *Revue française d'éthique appliquée*, 1(1), 28-42. <https://doi-org.ressources.univ-poitiers.fr/10.3917/rfeap.007.0028>

Chapitres d'ouvrages

- Assurance Maladie (2021). *Nomenclature Générale des Actes Professionnels*. Consulté 30 mai 2021, à l'adresse <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/749478/document/ngap-assurance-maladie-15052021.pdf>
- Conseil National de l'Ordre des Médecins (2019, mars 14). *Introduction aux commentaires du code*. <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/introduction-commentaires-code-deontologie-art-1/introduction-commentaires-code>
- C.N.I.L. (s.d.) *Le règlement général sur la protection des données—RGPD*. Consulté 30 janvier 2021, à l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>
- DROIT : Définition de DROIT*. (s. d.). Consulté 28 novembre 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/droit>
- Bertin et al. (2013) *Estimer l'urgence, on sait faire, mais comment le vit-on ?* (s.d.). Consulté 27 mai 2021, à l'adresse http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/estimer_l_urgence_on_sait_faire_mais_comment_le_vit-on_.pdf
- Convention Nationale de santé. (2010). *Résoudre les refus de soins*. Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé le 10 juin 2010

Consultable à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Resoudre_les_refus_de_soins.pdf

D.R.E.E.S. *Etude sur le métier d'orthophoniste*. (2011). Consulté 30 mai 2021, à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf

Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : entretien et questionnaire.pdf*. (s.d.). Consulté 30 mai 2021, à l'adresse <https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/9782100722341/Feuilletage.pdf>

Haute Autorité de santé. (2017). *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out*. Fiche mémo. Consultable à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf

Haute Autorité de santé. (2013). *Patients et professionnels, décider ensemble*. Consultable à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble#:~:text=Patient et professionnels de santé %3A décider ensemble,-Concept%2C aides destinées&text=Des aides à la décision,décisions qui concernent sa santé.

Institut Droit et santé. (2010). *Le Refus de soins opposé au malade*.

F.N.O. (2017). *Charte éthique pour les orthophonistes*. Consultable à : <https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2018/10/Charte-e%CC%81thique-1.pdf>

Kerlan M. (2019). *Ethique et urgence en orthophonie*. Dans : Kerlan (dir.), *L'Urgence en orthophonie, Rééducation orthophonique (N°279, pages 25-38)*. Fédération Nationale des Orthophonistes.

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Déontologie - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 30 mai 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9ontologie/23671>

Littre—Éthique—Définition, citations, étymologie. (s. d.). Consulté 30 novembre 2020, à l'adresse <https://www.littre.org/definition/%C3%A9thique>

LOI n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste, 64-699 (1964)

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), 2002-303 (2002).

LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1).

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 (2009).

LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République (1), 2013-595 (2013).

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1), 2015-1776 (2015).

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016-41 (2016).

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1), 2016-87 (2016).

LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), 2019-774 (2019).

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2016). *Stratégie nationale de l'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent*. Consulté 30 mai 2021, à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf

- Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. (2013). *Référentiel de la formation d'orthophoniste*. Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013.p.29. Consultable à : referentiel-formation-orthophoniste (enseignementsup-recherche.gouv.fr)
- MORALE* : Définition de *MORALE*. (s. d.). Consulté 30 mai 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/morale>
- ODENORE, C.P.A.M. (2019). *Colloque-Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action. Synthèse*. Consulté le 30 décembre 2020, à l'adresse <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-referance/assurance-maladie/rapports-thematiques/etudes-liees-au-renoncement-aux-soins/colloque-renoncement-acces-soins-actes-synthetiques>
- Parizot, I. (2012). 5 – *L'enquête par questionnaire*. In Serge Paugam éd., *L'enquête sociologique* (pp. 93–113). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0093>
- URGENCE* : Définition de *URGENCE*. (s. d.). Consulté 30 mai 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/urgence>
- URPS Orthophonistes. (2019, novembre 8). *Qu'est-ce que l'épuisement professionnel?* <https://urps-orthophonistespaca.fr/2019/11/08/quest-ce-que-lepuisement-professionnel/>
- URPS Orthophonistes. (2020, mars 27). *Une ressource face à l'épuisement professionnel : Synexial !* <https://urps-orthophonistespaca.fr/2020/03/27/une-ressource-face-a-lepuisement-professionnel-synexial/>

Mémoires de fin d'études

- Lafont, C. (2020). *Epuisement professionnel chez les orthophonistes français : enjeux et perspectives* [mémoire d'orthophonie, Université de Lyon].
- Soenen, J. (2019). *Prévention en orthophonie et acquisition de la lecture en cycle 2 : rencontre avec les familles en attente de soins* [mémoire d'orthophonie, Université de Poitiers]. <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/61830>

Sources tirées d'internet

- Allo Ortho • Vous vous interrogez : Allo Ortho répond.* (s. d.). Consulté 30 mai 2021, à l'adresse <https://www.allo-ortho.com/>
- Amiar M. (2001). *Cours à l'Université Mentouri Constantine, faculté de Médecine*. Consulté le 18 novembre 2020, à l'adresse droit6an-ethique_medicale2018amiar.pdf (ency-education.com)
- Article L1110-3-1—Code de la santé publique—Légifrance.* (s. d.). Consulté 12 novembre 2021, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026268220
- Article L1110-3—Code de la santé publique—Légifrance.* (s. d.). Consulté 4 décembre 2020, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037950426/
- Article L4127-1—Code de la santé publique—Légifrance.* (s. d.). Consulté 4 mai 2019, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006688810/
- Article L4321-21—Code de la santé publique—Légifrance.* (s. d.). Consulté 18 juin 2020, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006689353/

Article L4341-1—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 11 décembre 2020, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930059/

Article R4127-47—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 22 novembre 2020, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912913/

Avenant 15. (s. d.). Consulté 20 novembre 2020, à l'adresse https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4055/document/avenant-15-convention-orthophonistes_journal-officiel.pdf

Avenant 16. (s. d.). Consulté 20 novembre 2020, à l'adresse https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/348922/document/avenant_16_orthophonistes.pdf

Badoue. s.d. *Badoue.* <https://badoue.fr/>

CartoSanté (2018). *Indicateurs : Cartes, données et graphiques.* (s. d.). Consulté 28 novembre 2020, à l'adresse https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicateur&i=zonage_conv.z_orthoph&view=map12

Cayla, J.C. (2013) *Ethique et déontologie.* Consulté 27 mai 2021, à l'adresse https://www.pedagogie.ac-aix-marseille.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/cayla_ethique_et_deontologie.pdf

Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92)—Légifrance. (s. d.). Consulté 30 novembre 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000033496885/2016-11-28>

Chapitre V : Déontologie (Articles R4235-1 à R4235-77)—Légifrance. (s. d.). Consulté 30 novembre 2020, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178625/#LEGISCTA000006178625

Chapitre VII : Déontologie (Articles R4127-1 à R4127-367)—Légifrance. (s. d.). Consulté 30 novembre 2020, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178609/

Code de la consommation—Légifrance. (s. d.). Consulté 30 novembre 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006069565/>

Code de la santé publique—Article L4341-1—Légifrance. (s. d.). Consulté 30 novembre 2020, à l'adresse <https://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/article-l4341-1>

Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 30 novembre 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072665/>

Code de la sécurité sociale—Légifrance. (s. d.). Consulté 30 novembre 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006073189/>

Conseil national de l'ordre des médecins, Section des assurances sociales, 13 avril 2006, n° 4094 | Doctrine. (s. d.). Consulté 28 novembre 2020, à l'adresse <https://www.doctrine.fr/d/CNOM/2006/CNOM899559BD413620C25AFC>

Convention nationale des orthophonistes. 1996. Consulté 8 mai 2021, à l'adresse https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4064/document/convention-orthophonistes_journal-officiel.pdf

Conventions avec les établissements : Où en est-on ? – Fédération Nationale des Orthophonistes. (s. d.). Consulté 20 novembre 2020, à l'adresse <https://www.fno.fr/ressources-diverses/conventions-avec-les-etablissements-ou-en-est-on/>

Décret n°65-240 du 25 mars 1965 portant règlement d'administration publique et réglementant les professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste. - *Légifrance.* (s. d.). Consulté 30 mai 2021, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006073161/>

Docorga. s.d. *Docorga.* <https://app.docorga.com/login>

Dropbox. s.d. *Dropbox.* <https://www.dropbox.com/business>

FNO. (2019). *Les orthophonistes : Données statistiques.* <https://www.fno.fr/wpcontent/uploads/2019/01/Drees-2019.pdf>

Gorendezvous. s.d. *Gorendezvous.* <https://www.gorendezvous.com/>

Google. s.d. *Google.* <https://www.google.fr/>

Medilibre. s.d. *Medilibre.* <https://medi-libre.fr/>

Monbilanortho. s.d. *Monbilanortho.* Mon Bilan Ortho, le site dédié aux orthophonistes et logopèdes

Organisation Mondiale de la Santé, 2020. *Réadaptation.* <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/rehabilitation>

Ora (orthos réflexions action) : Association d'orthophonistes (s. d.). *Burn-out : Les orthophonistes aussi—* Consulté 27 novembre 2020, à l'adresse <https://www.ora-asso.fr/2018/01/03/travail-burn-out-les-orthophonistes-aussi/>

Ortholiste. s.d. *Ortholiste.* <https://www.ortholiste.com/>

Plan Santé 79 (2021). Consulté le 20 mai 2021 et disponible à l'adresse : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plan-sante-deux-sevres-79>

Trello. s.d. *Trello.* <https://trello.com/>

U.N.E.S.C.O. *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme.* (s. d.). Consulté 27 novembre 2020, à l'adresse http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Textes juridiques

Arrêté du 13 avril 2021 portant approbation de l'avenant n° 17 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie, signée le 31 octobre 1996 (2021).

Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, 2002-721 (2002).

Décret n° 2012-1267 du 16 novembre 2012 portant modification du code de déontologie des pédicures-podologues, 2012-1267 (2012).

Délibération n° 2020-081 du 18 juin 2020 portant adoption d'un référentiel relatif aux traitements de données à caractère personnel destinés à la gestion des cabinets médicaux et paramédicaux (2020).

Annexes

Annexe A – Projet de questionnaire

Annexe B – Questionnaire diffusé aux orthophonistes libéraux

Annexe C – Fiche de présentation synthétique de l'enquête

Annexe D – Fiche de conformité de traitement des données personnelles

Annexe E – Réponses apportées par les participants

Annexe F – Boîte à outils des stratégies de gestion des listes d'attente en réadaptation

Annexe A – Projet de questionnaire

Sondage destiné aux orthophonistes libéraux

La pratique des listes d'attente de patients en orthophonie libérale

Bonjour, je suis Claire Grandin, étudiante en 5^e année au Centre de formation universitaire de Poitiers. Je vous invite à partager avec moi votre expérience en matière de liste d'attente de patients.

Du fait du manque d'orthophonistes en France, les orthophonistes libéraux doivent gérer l'afflux de demandes de soins. Je me questionne sur votre organisation et votre ressenti.

Votre témoignage constituera une source d'informations importante pour les orthophonistes déjà en poste et pour les futurs diplômés également. A l'issue de mon mémoire, je me tiendrai disponible pour vous transmettre les résultats de l'étude.

Ce questionnaire est anonyme, et les informations récoltées seront uniquement utilisées dans le cadre de mon mémoire. Sentez-vous donc libre de répondre très sincèrement. Soyez aussi assuré que si vous décidez de passer une question, vous pourrez tout de même répondre aux prochaines questions. Enfin, vous avez la possibilité d'enregistrer vos réponses partielles, pour y revenir avant la date du / / 2021.

1) Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'orthophoniste libéral ?

- moins de 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10-20 ans
- plus de 20 ans

2) Disposez-vous d'une liste d'attente pour y inscrire les patients que vous ne pouvez pas recevoir immédiatement ?

- oui non

Si non, pourquoi ce choix ? *Champ libre*

3) Disposez-vous d'un.e secrétaire qui gère pour vous les appels entrants ? *Question à choix multiple*

4) Qu'indique le message de votre répondeur ?

- Il invite la personne à rappeler plus tard.
- Il invite la personne à rappeler tous les x semaines/mois pour actualiser sa demande.
- Il indique que vous ne prenez pas de nouveau patient.
- Il invite l'interlocuteur à contacter d'autres orthophonistes.
- Autre. Merci de préciser : *Champ libre*

5) Vous constituez une liste d'attente de patients (= réponse « oui » apportée à la question 2), comment la remplissez-vous ?

- seul à plusieurs.

6) Si vous l'utilisez à plusieurs, êtes-vous tous :

- du même cabinet de cabinets différents

7) Comment procédez-vous pour sécuriser les données qui figurent votre liste (commune ou pas) ? *Champ libre*

8) Si vous utilisez la liste à plusieurs, est-ce que pour vous une liste commune représente une contrainte du fait de la sécurisation des données ?

9) Vous gérez cette liste d'attente :

- sur papier (cahier/classeur)
- sur tableur (de type Windows Excel, Libre office Calc, ...)
- avec un autre logiciel, spécifique. Merci de préciser : *Champ libre*
- avec un module intégré à votre logiciel de gestion et de télétransmission. Lequel ?
Champ libre
- via une structure extérieure (secrétariat hors les murs) ? Laquelle ? *Champ libre*

10) Pour un patient souhaitant intégrer votre liste d'attente, y-a-t-il des critères spécifiques ?

oui non

11) Si oui, lesquels ?

- Le patient doit habiter dans la zone de référence établie par la CNAMTS-ARS, c'est-à-dire le « bassin de vie » ou le « canton ».
- Le patient doit habiter la même commune que celle où vous exercez.
- La distance/le temps de trajet du domicile/de l'école du patient au cabinet.
- Autre critère ? Lequel : *Champ libre*
- Remarque : *Champ libre*

12) Pour définir le prochain patient que vous allez recontacter dans cette liste, vous ne le faites pas par ordre chronologique et vous instaurez une autre priorité :

oui non

13) Si oui, quelle priorité ?

- priorité à l'urgence (= vous sélectionnez dans la liste le patient qui vous semble à prendre en soins en urgence). Dans ce cas, laquelle ?
 - urgence vitale
 - urgence fonctionnelle
 - urgence ressentie par le patient. Exemple : *Champ libre*
 - urgence ressentie par vous-même. Merci de préciser : *Champ libre*
- priorité donnée à un patient adressé par un autre orthophoniste
- priorité donnée à un patient adressé par un autre professionnel de santé
- autre. Merci de préciser :

14) Quel ordre d'importance accordez-vous à ces 3 urgences ? Notez de 1 à 3, 1 étant la plus importante pour vous :

Champ libre urgence vitale *Champ libre* urgence fonctionnelle *Champ libre* urgence ressentie par le patient

15) Utilisez-vous plusieurs listes d'attente ?

oui non

16) Si oui, combien ?

17) Vous disposez par exemple :

- d'une 1^{re} liste pour les Cas urgents et d'une 2^e pour les Cas non urgents
- d'une 1^{re} liste pour les Bilans et d'une 2^e pour la Rééducation
- de plusieurs listes, avec les critères suivants :

18) Si vous partagez une liste d'attente avec au moins un autre orthophoniste, sur quel(s) critère(s) vous répartissez-vous les patients : *question à choix multiple*

- par ordre chronologique
- en fonction des pathologies pour lesquelles vous vous sentez particulièrement bien formé
- en fonction des préférences de chaque orthophoniste
- autre. Merci de préciser : *champ libre*

19) Annoncez-vous un délai d'attente aux personnes souhaitant être inscrites sur liste d'attente ?

- oui non

20) Ce délai varie-t-il ?

- oui non

21) Si oui, il varie en fonction :

- de la pathologie de la personne qui vous contacte.
- Du nombre de fois où la personne vous a contacté.e.
- Autre. Merci de préciser : *Champ libre*

Quand la liste d'attente s'allonge...

22) Qu'est-ce qu'une longue liste d'attente selon vous ? Elle se caractérise par un traitement de la demande du patient après une attente d'au moins :

- 3 mois 6 mois 1 an 2 ans 3 ans

23) Concernant la prochaine personne que vous allez accueillir à votre cabinet, depuis quand est-elle inscrite sur votre liste ?

24) Concernant le plus récent inscrit sur votre liste, quand estimez-vous pouvoir le prendre en soins ? *Champ libre*

25) Quand il s'agit de recontacter un patient inscrit depuis longtemps sur votre liste, vous ressentez :

- de la gêne/de la honte
- un manque de crédibilité
- le sentiment/la sensation d'avoir pratiqué un refus de soins jusqu'alors
- pas de sentiment spécialement désagréable
- autre/ Merci de préciser : *Champ libre*

26) Rappelez-vous toutes les personnes inscrites sur votre liste d'attente ?

- oui non

27) Si oui, en général, que vous renvoient les patients recontactés ? *Question à choix multiple*

- Ils sont satisfaits/reconnaissants que vous le rappeliez.
- Ils sont surpris.

- Ils sont mécontents du délai pris pour les recontacter.
- Une autre réaction. Laquelle ? Merci de préciser : *Champ libre*

28) Dans la plupart des cas, quelle est leur décision par rapport à votre offre de soins :

- ils l'acceptent.
- Ils ne donnent pas suite car ils sont déjà suivis par un autre orthophoniste.
- Ils ne donnent pas suite car ils ont renoncé aux soins en orthophonie.

29) Si vous décidez de ne pas les rappeler, pour quelle(s) raison(s) est-ce ?

- parce que vous ressentez de la gêne/de la honte.
- Parce que vous ressentez un manque de crédibilité.
- Parce qu'une trop longue durée s'est écoulée depuis son appel.
- Pour une autre raison. Merci de préciser laquelle : *Champ libre*

30) Avez-vous été amené(e) à écourter un suivi, sachant que de nombreux patients étaient en attente de soins ?

- oui non

31) Avez-vous été obligé(e) de ne proposer qu'une seule séance hebdomadaire, faute de place disponible, alors qu'il en aurait fallu 2 voire 3 par semaine ?

- oui non

32) Avez-vous été dans l'impossibilité d'assurer les soins à domicile pour ne pas "perdre" de temps en transport ?

- oui non

33) Avez-vous dû réduire la durée de certaines séances afin de prendre en charge plus de patients pour réduire la liste d'attente ?

- oui non

[Vous êtes arrivé\(e\) aux 2/3 du sondage. Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité d'enregistrer ce que vous venez de produire, et revenir sur ce lien jusqu'au / /2021. Dans ce cas, cliquez sur « »](#)

Au cours de votre carrière

34) Y a-t-il eu un changement dans la gestion de votre liste d'attente à un moment donné de votre carrière ?

- oui non

35) Si oui, pourquoi ? *Champ libre*

36) De quelle manière cela s'est-il traduit ? *Champ libre*

37) Le confinement lié à la pandémie de COVID19 a-t-il fait évoluer votre manière de gérer la liste d'attente ? oui non

Si oui, merci de préciser en quoi : *Champ libre*

Une autre gestion des listes d'attente ?

38) Votre gestion de la liste d'attente vous satisfait-elle ? *Question à choix multiple*

- Non, pas du tout.
- Non, mais je fais de mon mieux.
- Oui, mais je souhaiterais l'optimiser.
- Oui, rien à changer selon moi.

39) Souhaiteriez-vous un autre mode de gestion des listes d'attente ?

- oui non

40) Si oui : Comment ? Et quel(s) intérêt(s) y verriez-vous ? *Champ libre*

Les textes législatifs en vigueur en orthophonie libérale

Le **code de la Santé publique garantit l'égal accès aux soins pour tous** (**Article L1110-1 (Création Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 () JORF 5 mars 2002)**) : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessaires par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

La loi de modernisation du système de santé (2016) : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent un nouvel outil de coordination et d'organisation au sein du système de santé.

La loi Organisation et transformation du système de santé (24 juillet 2019)

41) Selon vous, une adaptation des textes législatifs sur l'accès aux soins est-elle nécessaire ?

- oui non

Si oui, pourquoi ? *Champ libre*

Si non, pourquoi ? *Champ libre*

Quelques précisions sur votre statut

42) Dans quelle commune exercez-vous ? *Modalité de réponse : code postal + nom de la commune*

43) Votre environnement de travail :

- ville (au moins 2 000 habitants)
- commune rurale (moins de 2 000 habitants)

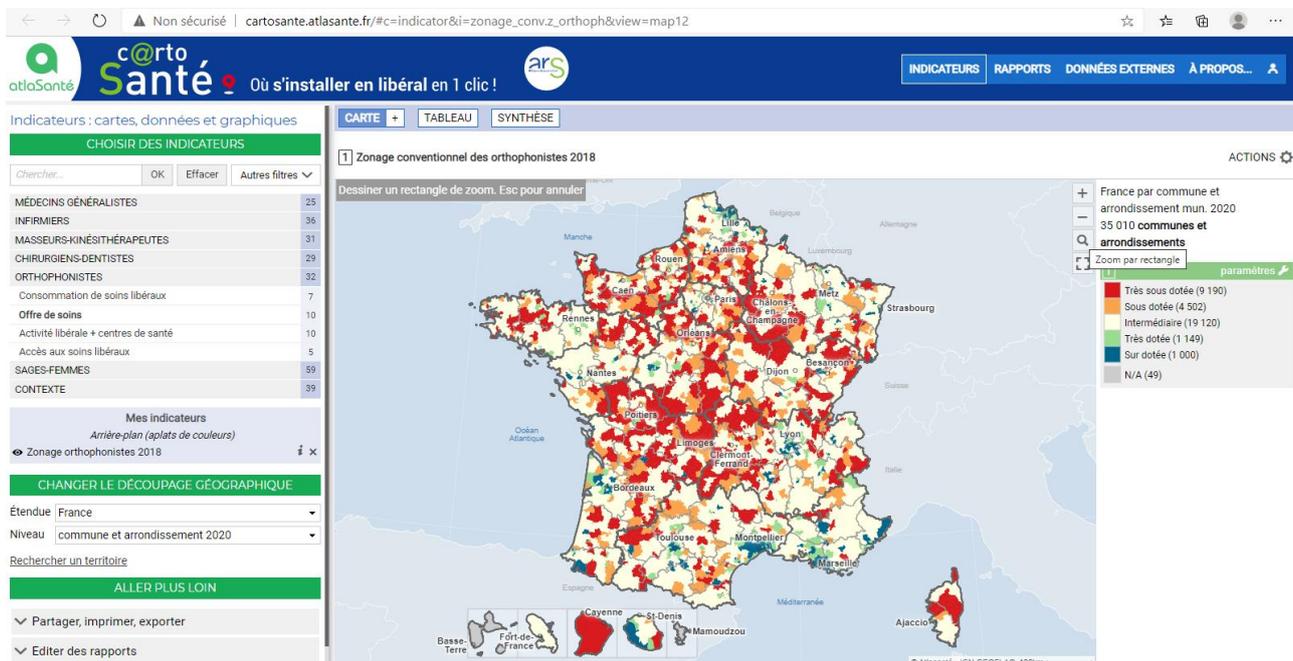
44) Selon l'Agence Régionale de Santé, votre cabinet se situe :

- en zone très sous-dotée
- en zone sous-dotée
- en zone intermédiaire
- en zone sur-dotée
- en zone très sur-dotée

Retrouvez votre commune sur cette carte (touche Control + clic sur le lien bleu encadré) :

[CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques \(atlasante.fr\)](#) :

en zoomant par +/- ou en créant un rectangle de recherche comme ici



45) Connaissez-vous les critères de définition de ces zones ?

oui non

46) Selon vous, sont-ils appropriés ?

oui non

Remarque : *Champ libre*

47) Avez-vous des remarques sur le sondage ? *Champ libre*

48) Avez-vous des questions ? *Champ libre*

Je vous remercie beaucoup pour votre participation !

Si vous souhaitez être recontacté.e afin d'obtenir les résultats du questionnaire ou le mémoire, veuillez indiquer vos coordonnées :

nom : *Champ libre*

prénom : *Champ libre*

email : *Champ libre*

Annexe B – Questionnaire diffusé aux orthophonistes libéraux

La pratique des listes d'attente de patients en orthophonie libérale

Bonjour, je suis Claire Grandin, étudiante en 5^e année au Centre de formation universitaire de Poitiers. Je vous invite à partager avec moi votre expérience en matière de liste d'attente de patients.

Du fait du manque d'orthophonistes en France, les orthophonistes libéraux doivent gérer l'afflux de demandes de soins. Je me questionne sur votre organisation et votre ressenti.

Votre témoignage constituera une source d'informations importante pour les futurs diplômés et pour les orthophonistes déjà en poste. A l'issue de l'analyse des données, je me tiendrai disponible pour vous communiquer les résultats de l'étude.

Vos droits à la confidentialité

Les données seront traitées avec la plus grande confidentialité. **Les informations récoltées seront uniquement utilisées dans le cadre de mon mémoire. Sentez-vous donc libre de répondre très sincèrement.**

Votre droit de poser des questions à tout moment de l'étude

Vous pouvez poser des questions sur cette étude à tout moment (avant, pendant et après l'étude) en me contactant via ma messagerie personnelle (clairegrandin86@gmail.com). Votre contribution à cette étude est libre et volontaire. Ainsi, vous pourrez retirer ce consentement à tout moment.

Il y a 46 questions dans ce questionnaire.

Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'orthophoniste libéral ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Moins de 5 ans

5 à 9 ans

10 à 20 ans

Plus de 20 ans

Dans quelle commune exercez-vous ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Votre code postal :

Veillez écrire votre réponse ici :

Votre environnement de travail :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

commune rurale (moins de 2 000 habitants)

ville (au moins 2 000 habitants)

Selon l'Agence Régionale de Santé, votre cabinet se situe :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

en zone très sous-dotée en orthophonistes

en zone sous-dotée

en zone intermédiaire

en zone sur-dotée

en zone très sur-dotée

Si vous l'ignorez, retrouvez votre commune sur cette carte : [CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques \(atlasante.fr\)](#) (touche Control + clic sur le lien si besoin). Puis cliquez sur la loupe en haut à droite de la carte et définissez votre périmètre.

Connaissez-vous les critères de définition de ces zones ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Selon vous, sont-ils appropriés ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Disposez-vous d'une liste d'attente pour y inscrire les patients que vous ne pouvez pas recevoir immédiatement ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si non, pourquoi ce choix ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Disposez-vous d'un.e secrétaire qui gère pour vous les appels entrants ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Qu'indique le message de votre répondeur ?

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Il invite la personne à "rappeler plus tard."

Il indique que vous ne prenez pas de nouveau patient.

Il invite l'interlocuteur à contacter d'autres orthophonistes.

Il invite la personne à rappeler tous les x semaines/mois pour actualiser sa demande.

Autre. Merci de préciser ci-après :

Vous constituez une liste d'attente de patients, comment la remplissez-vous ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Moins de 5 ans' à la question '1 [E1]' (Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'orthophoniste libéral ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

seul

à plusieurs

Si vous l'utilisez à plusieurs, êtes-vous tous :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '8 [A2]' (Disposez-vous d'une liste d'attente pour y inscrire les patients que vous ne pouvez pas recevoir immédiatement ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

du même cabinet

de cabinets différents

Si vous utilisez la liste à plusieurs, est-ce que pour vous une liste commune représente une contrainte du fait de la sécurisation des données ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

Vous gérez cette liste d'attente :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Sur papier (cahier/classeur)

Sur tableur (de type Windows Excel, Libre office Calc, ...)

Avec un autre logiciel, spécifique. Merci de préciser :

A partir d'un module intégré à votre logiciel de gestion et de télétransmission. Dans ce cas, lequel ?

Faites le commentaire de votre choix ici :

Pour un patient souhaitant intégrer votre liste d'attente, y-a-t-il des critères spécifiques ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Le patient doit habiter dans la zone de référence établie par la CNAMTS-ARS, c'est-à-dire le « bassin de vie » ou le « canton ».

Le patient doit habiter la même commune que celle où vous exercez.

La distance/le temps de trajet du domicile/de l'école du patient au cabinet.

Autre critère ? Lequel :

Remarque :

Pour définir le prochain patient que vous allez recontacter dans cette liste, vous ne le faites pas par ordre chronologique mais vous instaurez une autre priorité :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui, quelle priorité ?

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Priorité à l'urgence (= vous sélectionnez dans la liste le patient qui vous semble à prendre en soins en urgence).

Priorité donnée à un patient adressé par un autre orthophoniste.

Priorité donnée à un patient adressé par un autre professionnel de santé.

Autre priorité. Merci de préciser :

Pour vous, qu'est-ce qu'une urgence ?

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Une urgence vitale.

Une urgence fonctionnelle.

L'urgence ressentie par le patient. Exemple :

L'urgence ressentie par vous-même. Merci de préciser :

Quel ordre d'importance accordez-vous à ces 3 urgences ?

Notez de 1 à 3, **1 étant la plus importante pour vous** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3
urgence vitale			
urgence fonctionnelle			

	1	2	3
urgence ressentie par le patient			

Utilisez-vous plusieurs listes d'attente ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui, vous disposez par exemple :

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

d'une première liste pour les Cas urgents et d'une seconde pour les Cas non urgents.

d'une première liste pour les Bilans et d'une seconde pour la Rééducation.

de plusieurs listes, avec les critères suivants :

Si vous partagez une liste d'attente avec au moins un autre orthophoniste, sur quel(s) critère(s) vous répartissez-vous les patients ?

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Selon l'ordre chronologique d'inscription

En fonction des pathologies pour lesquelles vous vous sentez particulièrement bien formé

En fonction des préférences de chaque orthophoniste

Autre. Merci de préciser :

Annoncez-vous un délai d'attente aux personnes souhaitant être inscrites sur liste d'attente ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Ce délai varie-t-il ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui, il varie en fonction :

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

de la pathologie de la personne qui vous contacte

du nombre de fois où la personne vous a contacté.e.

Autre. Merci de préciser :

Voici une série de propositions concernant le rappel téléphonique au patient inscrit depuis longtemps sur votre liste.

Pour chacune d'elles, diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord avec elle ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne souh pas me pron
Vous ressentez de la gêne/de la honte.					
Vous ressentez un certain soulagement.					
Vous ressentez un manque de crédibilité.					
Vous ne ressentez pas de sentiment spécialement désagréable.					
Vous avez le sentiment/la sensation d'avoir pratiqué un refus de soins jusqu'alors.					
Vous rappelez toujours les personnes inscrites					

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne souh pas me pron
sur votre liste d'attente.					

Si vous les rappelez, que vous renvoient les patients recontactés, en général ?

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Ils sont satisfaits/reconnaissants que vous les rappeliez.

Ils sont mécontents du délai pris pour les recontacter.

Ils sont surpris.

Une autre réaction. Laquelle ? Merci de préciser ci-après :

Dans la plupart des cas, quelle est leur décision par rapport à votre offre de soins :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Ils l'acceptent.

Ils ne donnent pas suite car ils sont déjà suivis par un autre orthophoniste.

Ils ne donnent pas suite car ils ont renoncé aux soins en orthophonie.

Si vous décidez de ne pas les rappeler, pour quelle(s) raison(s) est-ce ?

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Parce que vous ressentez de la gêne/de la honte.

Parce qu'une trop longue durée s'est écoulée depuis son appel, il aura certainement trouvé un autre orthophoniste.

Parce que vous ressentez un manque de crédibilité.

Pour une autre raison. Merci de préciser laquelle :

Avez-vous été amené.e à écourter un suivi, sachant que de nombreux patients étaient en attente de soins ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Avez-vous été dans l'impossibilité d'assurer les soins à domicile pour ne pas "perdre" de temps en transport ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Avez-vous dû réduire la durée de certaines séances afin de prendre en charge plus de patients pour réduire la liste d'attente ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Vous êtes arrivé(e) aux 2/3 du sondage.

Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité d'enregistrer ce que vous venez de produire et de revenir sur ce lien.

Et sinon vous êtes presque arrivé.e. Je vous remercie par avance !

Qu'est-ce qu'une longue liste d'attente selon vous ? Elle se caractérise par un traitement de la demande du patient après une attente d'au moins :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

3 mois

6 mois

1 an

2 ans

Faites le commentaire de votre choix ici :

Concernant la prochaine personne que vous allez accueillir à votre cabinet, depuis quand est-elle inscrite sur votre liste ?

Veillez entrer une date :

Concernant le plus récent inscrit sur votre liste, quand estimez-vous pouvoir le prendre en soins ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Dans au moins 3 mois

Dans au moins 6 mois

Dans au moins 1 an

Dans au moins 2 ans

Y a-t-il eu un changement dans la gestion de votre liste d'attente à un moment donné de votre carrière ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui, pourquoi ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Le confinement lié à la pandémie de COVID19 a-t-il fait évoluer votre manière de gérer la liste d'attente ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui, merci de préciser en quoi :

Veillez écrire votre réponse ici :

Votre gestion de la liste d'attente vous satisfait-elle ?

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Non, pas du tout.

Oui, mais je souhaiterais l'optimiser.

Non, mais je fais de mon mieux.

Oui, rien à changer selon moi.

Souhaiteriez-vous un autre mode de gestion des listes d'attente ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si oui : quelle proposition feriez-vous ? Et quel(s) intérêt(s) y verriez-vous ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Selon vous, une adaptation des textes législatifs sur l'accès aux soins est-elle nécessaire ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Je vous remercie beaucoup pour votre participation !

Si vous souhaitez être recontacté.e afin d'obtenir les résultats du questionnaire ou le mémoire, veuillez me recontacter ultérieurement à *clairegrandin@gmail.com*

25/06/2021 – 10:19

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe C – Fiche de présentation synthétique de l'enquête a été produite

Fiche de présentation synthétique d'enquête

Nom de l'enquête	Pratique des listes d'attente en cabinet libéral
Type d'enquête	<input type="checkbox"/> enquête à des fins pédagogiques <input checked="" type="checkbox"/> enquête à des fins de recherche <input type="checkbox"/> enquête institutionnelle <input type="checkbox"/> enquête de partenaire UP
Responsable fonctionnel	Moi-même
Responsable technique	Moi-même
Objet de l'enquête	Enquêter sur la pratique des listes d'attente et le ressenti des orthophonistes libéraux
Champ (population enquêtée ciblée)	Orthophonistes libéraux de France
Mode de diffusion du questionnaire envisagé	Groupes spécialisés en orthophonie du réseau social Facebook et contacts des syndicats régionaux de la Fédération Nationale des Orthophonistes
Outils de traitement des données	Lime Survey et Excel
Recueil de données à caractère personnel	Non
Date souhaitée de diffusion de l'enquête (et relances éventuelles)	Diffusion souhaitée le 11 janvier 2021 Relance début février
Date de fermeture	28 février 2021

Joindre à cette fiche tout document explicatif des objectifs de l'enquête, le(s) questionnaire(s) ou le protocole de recueil des données, ainsi que la fiche de conformité RGPD et loi Informatique et libertés préremplie, si l'enquête n'est pas anonyme.

Mentions Informatique et libertés

Le recueil des fiches de présentation d'enquêtes diffusées à l'UP a fait l'objet d'une déclaration au registre des activités de traitement de données à caractère personnel de l'Université de Poitiers. Contact pour l'exercice des droits d'accès et de rectification. dpo@univ-poitiers.fr. La durée de conservation des données liées à ces traitements est limitée à l'année universitaire.

Annexe D – Fiche de conformité de traitement des données personnelles

Inscription au registre des activités de traitement de l'université de Poitiers

*En application du Règlement général sur la protection des données (RGPD)
et de la loi Informatique et libertés (LIL)*

Contact : dpo@univ-poitiers.fr

Afin d'établir des priorités dans les demandes, il vous désormais demandé d'anticiper vos démarches au moins 4 semaines avant la date de lancement. Il est indispensable d'indiquer la date d'ouverture (pas une période) du projet afin de pouvoir établir des priorités de traitement. Cette date est aussi utile en cas d'ouverture d'enquête en ligne.

Si une étude nécessite une enquête en ligne, il est fortement recommandé d'utiliser le logiciel Lime Survey. Le formulaire d'enquête devra être accompagné de la fiche de conformité ; il vous sera également demandé de mettre en copie l'Observatoire de la réussite étudiante (OREVE) qui doit anticiper vos demandes d'enquête. Contact : observatoire.oreve@univ-poitiers.fr

Pour un traitement anonyme, une déclaration de conformité n'est pas obligatoire. Mais en cas de doute, veuillez contacter votre DPO (dpo@univ-poitiers.fr) qui évaluera si le traitement est totalement anonyme. Veuillez joindre à votre message le document rempli



fiche_presentation_
synthetique_enquet

FICHE DE CONFORMITE DE TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Demandeur : GRANDIN CLAIRE
 Fonction / Statut du demandeur : 5^e année d'études en orthophonie
 Direction, laboratoire, composante, autre à préciser : Université de Poitiers
 Date de la demande : 4/12/2020

Numéro du traitement affecté	202068
------------------------------	--------

Nom du traitement	La pratique des listes d'attente de patients en orthophonie libérale
Type de traitement (ex : thèse en médecine générale, projet de recherche, expérimentation, enquête...)	Mémoire de fin d'études en orthophonie
Date de mise en œuvre	<p>Indiquer la date de lancement du questionnaire et non une période pour pouvoir anticiper les demandes (il faut double-cliquer sur la case grise pour insérer la date)</p> <p>11/01/2021</p>
Finalité(s)	<p>Ce questionnaire, en pièce jointe, est à destination des orthophonistes libéraux de France.</p> <p>Le questionnaire sera diffusé en ligne, via le réseau social Facebook et aux adresses électroniques des orthophonistes libéraux via les antennes régionales de la Fédération Nationale des Orthophonistes.</p>
Base légale du traitement	<p>Mission d'intérêt public (article 6.1.e du RGPD)</p> <p><small>Veillez laisser ce champ sans autres commentaires.</small></p>
Service chargé de la mise en œuvre (préciser s'il y a différents lieux de traitement)	Non concerné
Responsable fonctionnel	Moi-même
Responsable technique	Moi-même
Exercice des droits (accès, rectification, et droits spécifiques au traitement)	<p>claire.grandin@etu.univ-poitiers.fr</p> <p>dpo@univ-poitiers.fr</p>

Catégories de personnes concernées par le traitement	Les personnes concernées par ce traitement sont les orthophonistes libéraux de France.
Données à caractère personnel recueillies et utilisées	Lors de cette enquête aucune donnée personnelle ne sera recueillie. Néanmoins si les orthophonistes me contactent personnellement via Facebook ou retour de message électronique, alors figureront certainement dans leur message leur nom, prénom, et numéro de téléphone.
Destinataires <i>(personnes amenées à manipuler les données)</i>	Je manipulerai moi-même les données et solliciterai également un professeur de statistiques de l'Université de Poitiers (Madame Lydie Ancelot).
Technologies utilisées	- Lime survey en mode anonyme pour la collecte des données (www.limesurvey.org) - Excel pour l'extraction et le traitement des données
Information des personnes	<p>Veillez joindre la notice d'information et de consentement si votre traitement le prévoit. Tout document est utile à l'analyse du traitement. Il est important de décrire les moyens de communication mis en œuvre</p> <p>Le droit à l'information pour les sondés, l'exercice de leurs droits et le droit à la demande d'informations complémentaires, seront précisés avant le lancement du questionnaire.</p>
Sécurité des données	Mon ordinateur dispose d'un mot de passe, d'un pare-feu. Je suis la seule personne à y accéder. J'utilise également un disque dur externe muni d'un mot de passe lui aussi.
Durée de conservation	Les données me seront nécessaires jusqu'à la soutenance du mémoire programmée par l'Université de Poitiers les 21 et 22 juin. Ensuite je les supprimerai.
Service chargé de la suppression des données à la fin du traitement	Moi-même
Mise à jour (date et objet)	-

Annexe E – Réponses au questionnaire

Résumé des questions et résultats obtenus

Nombre total d'enregistrements pour ce questionnaire :	694
Nombre d'enregistrement(s) pour cette requête :	693
Pourcentage du total :	99,86%

Résumé pour E1

Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'orthophoniste libéral ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Moins de 5 ans (1)	123	17,75%
5 à 9 ans (2)	170	24,53%
10 à 20 ans (3)	203	29,29%
Plus de 20 ans (4)	182	26,26%
Sans réponse	15	2,16%
Total	693	100,00%

E2 : nom de la commune d'exercice

E3 : code postal

Résumé pour E4

Votre environnement de travail :

Réponse	Décompte	Pourcentage
commune rurale (moins de 2 000 habitants) (SQ001)	149	21,50%
ville (au moins 2 000 habitants) (SQ002)	530	76,48%
Total	679	97,98%

Résumé des questions et résultats obtenus

Résumé pour E5

Selon l'Agence Régionale de Santé, votre cabinet se situe :

Réponse	Décompte	Pourcentage
en zone très sous-dotée en orthophonistes (A1)	88	12,70%
en zone sous-dotée (A5)	59	8,51%
en zone intermédiaire (A4)	363	52,38%
en zone sur-dotée (A3)	134	19,34%
en zone très sur-dotée (A2)	27	3,90%
Sans réponse	22	3,17%
Total	693	100,00%

Résumé pour E6

Connaissez-vous les critères de définition de ces zones ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	289	41,70%
Non (A2)	386	55,70%
Sans réponse	18	2,60%
Total	693	100,00%

Résumé pour E7

Selon vous, sont-ils appropriés ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	125	18,04%
Non (A2)	467	67,39%
Sans réponse	101	14,57%
Total	693	100,00%

Résumé des questions et résultats obtenus

A1-supprimée avant diffusion

Résumé pour A2

Disposez-vous d'une liste d'attente pour y inscrire les patients que vous ne pouvez pas recevoir immédiatement ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (1)	569	82,23%
Non (2)	103	14,88%
Sans réponse	20	2,89%
Total	692	100,00%

Résumé pour A3

Si non, pourquoi ce choix ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Réponse	114	16,47%
Sans réponse	578	83,53%
Total	692	100,00%

Résumé pour A4

Disposez-vous d'un.e secrétaire qui gère pour vous les appels entrants ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (1)	15	2,17%
Non (2)	651	94,08%
Sans réponse	26	3,76%
Total	692	100,00%

Résumé pour A5

Question acceptant plusieurs réponses

Qu'indique le message de votre répondeur ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Il invite la personne à "rappeler plus tard." (1)	140	20,23%
Il indique que vous ne prenez pas de nouveau patient. (2)	75	10,84%
Il invite l'interlocuteur à contacter d'autres orthophonistes. (3)	28	4,05%
Il invite la personne à rappeler tous les x semaines/mois pour actualiser sa demande. (4)	35	5,06%
Autre. Merci de préciser ci-après : (5)	461	66,62%
Total	739	106,79%

Résumé des questions et résultats obtenus

Résumé pour A6

Vous constituez une liste d'attente de patients, comment la remplissez-vous ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
seul (1)	42	34,15%
à plusieurs (2)	73	59,35%
Sans réponse	8	6,50%
Total	123	100,00%

Résumé pour A7

Si vous l'utilisez à plusieurs, êtes-vous tous :

Réponse	Décompte	Pourcentage
du même cabinet (1)	293	51,49%
de cabinets différents (2)	17	2,99%
Sans réponse	259	45,52%
Total	569	100,00%

Résumé pour A8

Question acceptant plusieurs réponses

Si vous utilisez la liste à plusieurs, est-ce que pour vous une liste commune représente une contrainte du fait de la sécurisation des données ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (1)	71	10,26%
Non (2)	287	41,47%
Commentaires	54	7,80%
Sans réponse	334	48,27%
Total	746	107,80%

Résumé des questions et résultats obtenus

Résumé pour A9

Question acceptant plusieurs réponses

Vous gérez cette liste d'attente :

Réponse	Décompte	Pourcentage
Sur papier (cahier/classeur) (1)	367	53,03%
Sur tableur (de type Windows Excel, Libre office Calc, ...) (2)	171	24,71%
Avec un autre logiciel, spécifique. Merci de préciser : (3)	56	8,09%
A partir d'un module intégré à votre logiciel de gestion et de télétransmission. Dans ce cas, lequel ? (4)	1	0,14%
Commentaires	111	16,04%
Sans réponse	97	14,02%
Total	803	116,04%

Résumé pour A10

Pour un patient souhaitant intégrer votre liste d'attente, y-a-t-il des critères spécifiques ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	190	27,46%
Non (A2)	429	61,99%
Sans réponse	73	10,55%
Total	692	100,00%

Résumé pour A11

Si oui, lesquels ?

	Décompte	% sur 694 réponses
Le patient doit habiter dans la zone de référence établie par la CNAMTS-ARS, c'est-à-dire le « bassin de vie » ou le « canton ». (1)	46	6,65%
Le patient doit habiter la même commune que celle où vous exercez. (2)	23	3,32%
La distance/le temps de trajet du domicile/de l'école du patient au cabinet. (3)	59	8,53%
Autre critère ? Lequel : (4)	121	17,49%
Remarque : (5)	33	4,77%
Total	282	40,75%

Résumé des questions et résultats obtenus

Résumé pour A12

Pour définir le prochain patient que vous allez recontacter dans cette liste, vous ne le faites pas par ordre chronologique mais vous instaurez une autre priorité :

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	491	70,95%
Non (A2)	122	17,63%
Sans réponse	79	11,42%
Total	692	100,00%

Résumé pour A13

Question acceptant plusieurs réponses

Si oui, quelle priorité ?

	Décompte	Pourcentage
Priorité à l'urgence (= vous sélectionnez dans la liste le patient qui vous semble à prendre en soins en urgence).	482	69,65%
Priorité donnée à un patient adressé par un autre orthophoniste.	84	12,14%
Priorité donnée à un patient adressé par un autre professionnel de santé.	118	17,05%
Autre priorité. Merci de préciser :	147	21,24%
Total	831	120,09%

Résumé pour A14

Question acceptant plusieurs réponses

Pour vous, qu'est-ce qu'une urgence ?

	Décompte	Pourcentage
Une urgence vitale. (1)	340	49,13%
Une urgence fonctionnelle. (2)	423	61,13%
L'urgence ressentie par le patient. Exemple : (3)	98	14,16%
L'urgence ressentie par vous-même. Merci de préciser : (4)	228	32,95%
Total	1089	157,37%

Résumé des questions et résultats obtenus

Quel ordre d'importance accordez-vous à ces 3 urgences ? Notez de 1 à 3, 1 étant la plus importante pour vous :

Résumé pour A15(SQ001)[urgence vitale]

Réponse	Décompte	Pourcentage
1 (1)	529	76,45%
2 (2)	30	4,34%
3 (3)	41	5,92%
Sans réponse	92	13,29%
Total	692	100,00%

Résumé pour A15(SQ002)[urgence fonctionnelle]

Réponse	Décompte	Pourcentage
1 (1)	115	16,62%
2 (2)	419	60,55%
3 (3)	77	11,13%
Sans réponse	81	11,71%
Total	692	100,00%

Résumé pour A15(SQ003)[urgence ressentie par le patient]

Réponse	Décompte	Pourcentage
1 (1)	43	6,21%
2 (2)	139	20,09%
3 (3)	423	61,13%
Sans réponse	87	12,57%
Total	692	100,00%

Résumé des questions et résultats obtenus

Résumé pour A16

Utilisez-vous plusieurs listes d'attente ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	74	10,69%
Non (A2)	572	82,66%
Sans réponse	46	6,65%
Total	692	100,00%

Résumé pour A17

Si oui, vous disposez par exemple :

	Décompte	Sur 694 réponses	Sur 84 réponses
d'une première liste pour les Cas urgents et d'une seconde pour les Cas non urgents.	44	6,36%	52,38%
d'une première liste pour les Bilans et d'une seconde pour la Rééducation.	8	1,16%	9,52%
de plusieurs listes, avec les critères suivants :	32	4,62%	38,10%
Total	84	12,14%	100,00%

Résumé pour A18

Si vous partagez une liste d'attente avec au moins un autre orthophoniste, sur quel(s) critère(s) vous répartissez-vous les patients ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Selon l'ordre chronologique d'inscription	224	32,37%
En fonction des pathologies pour lesquelles vous vous sentez particulièrement bien formé	242	34,97%
En fonction des préférences de chaque orthophoniste	110	15,90%
Autre. Merci de préciser :	58	8,38%
Total	634	91,62%

Résumé pour A19

Annoncez-vous un délai d'attente aux personnes souhaitant être inscrites sur liste d'attente ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	357	51,59%
Non (A2)	272	39,31%
Sans réponse	63	9,10%

Résumé des questions et résultats obtenus

Total	692	100,00%
-------	-----	---------

Résumé des questions et résultats obtenus

Résumé pour A20

Ce délai varie-t-il ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	336	48,55%
Non (A2)	213	30,78%
Sans réponse	143	20,66%
Total	692	100,00%

Résumé pour A21

Si oui, il varie en fonction :

	Décompte	Pourcentage sur 694 répondants	Sur 490 répondants
de la pathologie de la personne qui vous contacte (1)	238	34,39%	48,57%
du nombre de fois où la personne vous a contacté.e. (2)	117	16,91%	23,88%
Autre. Merci de préciser : (3)	135	19,51%	27,55%
Total	490	70,81%	100,00%

Résumé pour B1

Qu'est-ce qu'une longue liste d'attente selon vous ? Elle se caractérise par un traitement de la demande du patient après une attente d'au moins :

Réponse	Décompte	Pourcentage
3 mois (1)	71	10,26%
6 mois (2)	290	41,91%
1 an (3)	248	35,84%
2 ans (4)	40	5,78%
Sans réponse	43	6,21%
Total	692	100,00%
Commentaires	80	

B2 : Concernant la prochaine personne que vous allez accueillir au cabinet, depuis quand est-elle inscrite sur votre liste ?

Résumé des questions et résultats obtenus

Résumé pour B3

Concernant le plus récent inscrit sur votre liste, quand estimez-vous pouvoir le prendre en soins ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Dans au moins 3 mois (1)	90	13,01%
Dans au moins 6 mois (2)	198	28,61%
Dans au moins 1 an (3)	214	30,92%
Dans au moins 2 ans (4)	103	14,88%
Sans réponse	87	12,57%
Total	692	100,00%

Résumé pour B4(SQ001)[Vous ressentez de la gêne/de la honte.]

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (1)	114	16,47%
Plutôt d'accord (2)	217	31,36%
Plutôt pas d'accord (3)	122	17,63%
Pas du tout d'accord (4)	163	23,55%
Je ne souhaite pas me prononcer. (5)	6	0,87%
Sans réponse	70	10,12%
Total	692	100,00%

Résumé des questions et résultats obtenus

Résumé pour B4(SQ002)[Vous ressentez un certain soulagement.]

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (1)	81	11,71%
Plutôt d'accord (2)	267	38,58%
Plutôt pas d'accord (3)	116	16,76%
Pas du tout d'accord (4)	124	17,92%
Je ne souhaite pas me prononcer. (5)	27	3,90%
Sans réponse	77	11,13%
Total	692	100,00%

Résumé pour B4(SQ003)[Vous ressentez un manque de crédibilité.]

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (1)	29	4,19%
Plutôt d'accord (2)	95	13,73%
Plutôt pas d'accord (3)	146	21,10%
Pas du tout d'accord (4)	334	48,27%
Je ne souhaite pas me prononcer. (5)	10	1,45%
Sans réponse	78	11,27%
Total	692	100,00%

Résumé pour B4(SQ004)[Vous ne ressentez pas de sentiment spécialement désagréable.]

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (1)	70	10,12%
Plutôt d'accord (2)	140	20,23%
Plutôt pas d'accord (3)	193	27,89%
Pas du tout d'accord (4)	191	27,60%
Je ne souhaite pas me prononcer. (5)	23	3,32%
Sans réponse	75	10,84%
Total	692	100,00%

Résumé des questions et résultats obtenus

Résumé pour B4(SQ005)[Vous avez le sentiment/la sensation d'avoir pratiqué un refus de soins jusqu'alors.]

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (1)	29	4,19%
Plutôt d'accord (2)	118	17,05%
Plutôt pas d'accord (3)	164	23,70%
Pas du tout d'accord (4)	300	43,35%
Je ne souhaite pas me prononcer. (5)	14	2,02%
Sans réponse	67	9,68%
Total	692	100,00%

Résumé pour B4(SQ006)[Vous rappelez toujours les personnes inscrites sur votre liste d'attente.]

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (1)	258	37,28%
Plutôt d'accord (2)	164	23,70%
Plutôt pas d'accord (3)	85	12,28%
Pas du tout d'accord (4)	86	12,43%
Je ne souhaite pas me prononcer. (5)	28	4,05%
Sans réponse	71	10,26%
Total	692	100,00%

Résumé pour B5

Question acceptant plusieurs réponses

Si vous les rappelez, que vous renvoient les patients recontactés, en général ?

Ils sont satisfaits/reconnaissants que vous les rappeliez. (1)	596	86,13%
Ils sont mécontents du délai pris pour les recontacter. (2)	80	11,56%
Ils sont surpris. (3)	176	25,43%
Une autre réaction. Laquelle ? Merci de préciser ci-après : (4)	79	11,42%
Total	931	134,54%

Résumé des questions et résultats obtenus

Résumé pour B6

Dans la plupart des cas, quelle est leur décision par rapport à votre offre de soins :

Réponse	Décompte	Pourcentage
Ils l'acceptent. (SQ001)	574	66,36%
Ils ne donnent pas suite car ils sont déjà suivis par un autre orthophoniste. (SQ002)	260	30,06%
Ils ne donnent pas suite car ils ont renoncé aux soins en orthophonie. (SQ003)	31	3,58%
Total	865	100,00%

Résumé pour B7

Si vous décidez de ne pas les rappeler, pour quelle(s) raison(s) est-ce ?

	Décompte	Pourcentage des 694 répondants	Des 406 répondants
Parce que vous ressentez de la gêne/de la honte. (1)	39	5,64%	9,61%
Parce qu'une trop longue durée s'est écoulée depuis son appel, il aura certainement trouvé un autre orthophoniste. (2)	182	26,30%	44,83%
Parce que vous ressentez un manque de crédibilité. (3)	20	2,89%	4,93%
Pour une autre raison. Merci de préciser laquelle : (4)	165	23,84%	40,64%
Total	406	58,67%	100,00%

Résumé pour B8

Avez-vous été amené.e à écourter un suivi, sachant que de nombreux patients étaient en attente de soins ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	257	37,14%
Non (A2)	409	59,10%
Sans réponse	26	3,76%
Total	692	100,00%

Résumé pour B9

Avez-vous été dans l'impossibilité d'assurer les soins à domicile pour ne pas "perdre" de temps en transport ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	468	67,63%
Non (A2)	191	27,60%
Sans réponse	33	4,77%
Total	692	100,00%

Résumé des questions et résultats obtenus

Résumé pour B10

Avez-vous dû réduire la durée de certaines séances afin de prendre en charge plus de patients pour faire diminuer la liste d'attente ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	120	17,34%
Non (A2)	545	78,76%
Sans réponse	27	3,90%
Total	692	100,00%

Résumé pour C1

Y a-t-il eu un changement dans la gestion de votre liste d'attente à un moment donné de votre carrière ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	394	56,94%
Non (A2)	261	37,72%
Sans réponse	37	5,35%
Total	692	100,00%

Résumé pour C2

Si oui, pourquoi ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Réponse	392	56,65%
Sans réponse	300	43,35%
Total	692	100,00%

C3 : phrase de transition : "Vous êtes arrivés aux 2/3 du questionnaire."

Résumé pour C4

Le confinement lié à la pandémie de COVID19 a-t-il fait évoluer votre manière de gérer la liste d'attente ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	74	10,69%
Non (A2)	577	83,38%
Sans réponse	41	5,92%
Total	692	100,00%

Résumé des questions et résultats obtenus

Résumé pour C5

Si oui, merci de préciser en quoi :	Décompte	Pourcentage
Réponse	81	11,71%
Sans réponse	611	88,29%
Total	692	100,00%

Résumé pour D1

Votre gestion de la liste d'attente vous satisfait-elle ?	Décompte	Pourcentage des 694 répondants	Cumul
Non, pas du tout.	85	12,27%	
Non, mais je fais de mon mieux.	328	47,33%	59,60%
Oui, mais je souhaiterais l'optimiser.	131	18,90%	34,78%
Oui, rien à changer selon moi.	110	15,87%	
Total	654	94,37%	94,37%

Résumé pour D2

Souhaiteriez-vous un autre mode de gestion des listes d'attente ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	319	46,03%
Non (A2)	301	43,43%
Sans réponse	73	10,53%
Total	693	100,00%

Résumé pour D3

Si oui : quelle proposition feriez-vous ? Et quel(s) intérêt(s) y verriez-vous ?

	Décompte	Pourcentage
Réponse	245	35,35%
Sans réponse	448	64,65%
Total	693	100,00%

Résumé pour D4

Selon vous, une adaptation des textes législatifs sur l'accès aux soins est-elle nécessaire ?

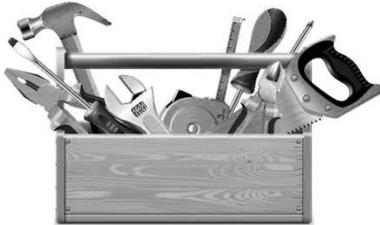
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	388	55,99%
Non (A2)	212	30,59%

Résumé des questions et résultats obtenus

Sans réponse	93	13,42%
Total	693	100,00%

Annexe F – Boîte à outils des stratégies de gestion des listes d’attente en réadaptation

Boîte à outils des stratégies de gestion des listes d'attente en réadaptation



Le REPR est un groupe de recherche qui se penche sur différents enjeux éthiques en réadaptation. Au cours des dernières années, nous avons étudié l'accès aux services de physiothérapie en clinique externe et aux services d'ergothérapie à domicile dans la province de Québec. Nos résultats montrent que **l'accès équitable et en temps opportun** à ces services peut parfois être problématique. Plusieurs intervenants en réadaptation et gestionnaires de listes d'attente affirment que répondre aux besoins de leurs patients n'est pas une tâche facile, en raison du **manque de ressources** et parce qu'il n'y a **pas de normes dans la façon de gérer les listes d'attente**.

Cette boîte à outils contient des stratégies de gestion de la liste d'attente qui ont été mentionnées par les participants dans nos études ou qui découlent de nos résultats. La liste propose un aperçu de différentes stratégies qui peuvent être utilisées, ainsi que des considérations liées à leur application. Le document est conçu pour que vous puissiez ajouter vos réflexions et vos commentaires au fur et à mesure, en tenant compte de la situation dans votre propre cadre de pratique. Ces stratégies devraient être vues comme des **outils à considérer** et il **se peut qu'elles s'appliquent ou non à votre milieu**.

Nous espérons que cette boîte à outils sera utile pour **orienter votre réflexion** sur la gestion des listes d'attente.



À ne pas oublier :

*Chaque stratégie de gestion des listes d'attente comporte des avantages et des inconvénients. **Le jugement professionnel** doit toujours prévaloir dans la sélection et l'utilisation de ces stratégies.*



Stratégies de gestion des listes d'attente	Présentement utilisée	Ne s'applique pas dans notre milieu	À considérer dans notre milieu	Commentaires et réflexions
 À la réception de la référence				
Améliorer les formulaires de référence <ul style="list-style-type: none"> • Afin de minimiser le temps requis pour obtenir les renseignements nécessaires lors de la réception de la demande, ajouter des questions plus précises sur les formulaires de référence. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Toutefois, puisque la personne qui effectue la référence ne possède pas nécessairement les mêmes connaissances professionnelles que vous, les renseignements demandés ne peuvent pas être trop spécifiques. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Demander l'opinion du patient <ul style="list-style-type: none"> • Appeler ou rencontrer le patient pour savoir quel est son point de vue sur son problème et à quoi il s'attend du traitement. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Approche plus centrée sur le patient, mais qui demande du temps. ➤ Le processus peut être effectué systématiquement ou seulement à l'occasion, par exemple, pour des références ambiguës. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Informé le patient ou la personne effectuant la référence des temps d'attente à prévoir <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fait preuve de transparence. ➤ Les temps d'attente sont parfois difficiles à évaluer et la frustration de la personne peut augmenter s'ils dépassent l'estimation ou si le temps d'attente prévu est long. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avant d'inscrire le patient sur la liste d'attente, effectuer une rencontre d'évaluation en personne et une intervention initiale <ul style="list-style-type: none"> • Vise à établir un niveau de priorité plus précis et à offrir une brève intervention (p. ex. programme d'exercices, enseignement ou conseils) au patient afin d'empêcher l'aggravation de sa condition pendant la période d'attente. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Associé à des temps d'attente plus courts dans les cliniques externes de physiothérapie au Québec. ➤ Certaines cliniques externes de physiothérapie ont cessé d'utiliser cette stratégie lorsque le nombre de nouveaux patients est devenu trop élevé et que cela prenait trop de temps. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<p>Rediriger les patients vers d'autres services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les services sont disponibles ailleurs, cette stratégie optimise l'utilisation des ressources et diminue le temps d'attente pour le patient. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pourrait être fait en plaçant le patient sur votre liste d'attente ou non, dans l'espoir d'obtenir le service le plus rapide pour eux. ➤ Si vous l'orientez vers les services privés, cela pourrait être perçu comme de la promotion pour la privatisation des services de santé. ➤ Cela pourrait créer une situation de conflit d'intérêts, si vous ou vos employés ont une relation avec l'autre service. Afin d'éviter les situations de conflits d'intérêts, il est notamment recommandé de fournir plusieurs ressources alternatives. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>Restreindre l'accès aux services pour certaines catégories de patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par exemple pour les patients provenant d'une source de référence en particulier, ceux ayant un type de problème précis ou dont le problème n'est pas urgent. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Peut être indiqué si les ressources sont systématiquement insuffisantes pour répondre à leurs besoins. ➤ Exclut formellement certaines clientèles, mais empêche de mettre les patients sur une liste d'attente alors qu'ils ont très peu de chances d'être pris en charge. ➤ Pourrait être mal reçu de la part du patient et de la population. Assurez-vous que cette procédure est conforme aux lois et politiques institutionnelles et gouvernementales en vigueur. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>Créer une liste d'attente parallèle pour certaines catégories de patients ou sources de références (p. ex. références provenant des médecins à l'interne, ou patients ayant un certain diagnostic)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consacrer des ressources stables à cette liste d'attente. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Peut contribuer à la continuité des services ou au respect des ententes inter-établissements. ➤ Risque de créer des tensions éthiques, car ces patients peuvent être favorisés par rapport aux patients se trouvant sur la liste d'attente « régulière ». 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Stratégies de gestion des listes d'attente	Présentement utilisée Ne s'applique pas dans notre milieu À considérer dans notre milieu	Commentaires et réflexions
 Stratégies reliées à la priorisation des références		
Prioriser les références en fonction de l'urgence <ul style="list-style-type: none"> • Généralement en 3 ou 4 catégories; les patients de chaque catégorie sont vus selon l'ordre chronologique de leur arrivée sur la liste d'attente. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Stratégie très fréquente; généralement perçue comme étant juste, car elle ajuste les temps d'attente en fonction du besoin ou du niveau de risque présenté par le patient. ➤ Les critères de priorisation ne sont toutefois pas standardisés d'un milieu à l'autre. ➤ La priorisation des références est complexe et subjective, même avec l'utilisation d'outils de priorisation. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Instaurer des temps d'attente maximums pour chaque niveau de priorité <ul style="list-style-type: none"> • Pour éviter que les références non urgentes soient continuellement repoussées. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Associé à des temps d'attente maximaux plus courts et à des listes d'attente moins volumineuses en ergothérapie à domicile au Québec. ➤ Prendre en charge des patients ayant un faible niveau de priorité en se basant sur le temps d'attente encouru peut compromettre la prise en charge rapide des patients ayant un niveau de priorité élevée, si les ressources sont très limitées. ➤ Il est plus facile d'appliquer cette stratégie si les références sont classées en ordre de date limite de prise en charge plutôt que par niveau de priorité. ➤ Les rappels automatiques de prise en charge pourraient aussi être utiles; par exemple une liste d'attente informatisée qui met en surbrillance les références dont la date limite de prise en charge arrive bientôt. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Après un temps prédéterminé, faire monter les références d'un niveau de priorité <ul style="list-style-type: none"> • Exemple : après 6 mois, la Priorité 4 devient une Priorité 3 et ainsi de suite. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Une alternative à l'utilisation de temps d'attente maximums pour chaque niveau de priorité. ➤ Plus facile avec une liste d'attente informatisée où le tout peut être programmé automatiquement. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<p>Demander l'avis sur vos critères de priorité à des usagers potentiels du service</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander au comité d'usagers de votre institution, aux organismes communautaires ou à des patients partenaires de vous donner leurs commentaires sur votre outil de priorisation. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bien que les usagers potentiels du service ne possèdent pas tous les renseignements nécessaires pour prendre des décisions en ce qui a trait à l'affectation des ressources, ils possèdent une expertise unique qui pourrait vous faire voir vos services d'un autre œil. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
 <p>Pendant la période d'attente</p>		
<p>Surveiller attentivement la liste d'attente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmer votre liste d'attente informatisée pour obtenir des renseignements instantanés sur le nombre de patients en attente, les temps d'attente moyens et maximums pour chaque niveau de priorité et pour toute la liste d'attente. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cela fournit des informations importantes permettant de guider la gestion de la liste d'attente. ➤ Vous pourriez peut-être avoir besoin de recourir aux services de soutien informatique. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>Mettre à jour la liste d'attente régulièrement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rappeler tous les patients inscrits sur la liste d'attente pour vérifier s'ils ont toujours besoin de services et si leurs besoins ont changé. Ajuster le niveau de priorité de la référence en conséquence. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Exige du temps; cette tâche est parfois effectuée par le personnel effectuant des « travaux légers ». ➤ Peut rassurer les patients de savoir qu'ils n'ont pas été oubliés, ou encore, peut accentuer la frustration envers les longs délais d'attente. ➤ Plus particulièrement indiqué pour les clientèles vulnérables dont la condition risque de s'aggraver ou qui ne seront peut-être pas en mesure de rappeler si leurs besoins changent. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>Après une période de temps prédéterminée, exiger une nouvelle référence afin que le patient garde son rang sur la liste d'attente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une alternative à la mise à jour de la liste d'attente. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fait gagner du temps à votre service, mais contraignant pour la personne qui réfère et/ou le patient. ➤ Peut réduire l'accès aux services pour les patients vulnérables ou accroître la frustration des patients en raison des temps d'attente. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Stratégies de gestion des listes d'attente	Présentement utilisée	Ne s'applique pas dans notre milieu	À considérer dans notre milieu	Commentaires et réflexions
<p>Pendant la période d'attente, fournir des renseignements ou de l'éducation aux patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peut empêcher la dégradation de leur condition ou les préparer à l'intervention à venir. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Peut s'effectuer en personne (p. ex. en séances de groupes) ou par écrit (p. ex. dépliant pour un problème ou diagnostic précis). ➢ Nécessite d'évaluer si les avantages pour les patients en valent la peine par rapport aux risques de leur transmettre des renseignements avant d'effectuer une évaluation complète. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 Pendant l'intervention clinique				
<p>Enseigner des stratégies de prise en charge autonome aux patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ces stratégies exigent une fréquence de traitements moins élevée que des traitements passifs. • Permet aussi d'éviter d'autres références pour les mêmes besoins plus tard. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Effectuer des interventions en groupe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour optimiser le nombre de patients pouvant être pris en charge. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Évaluer la pertinence clinique d'une intervention en groupe en fonction des besoins individuels du patient. ➢ Évaluer si le nombre de patients ayant des besoins semblables est suffisant. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 Stratégies pour assurer le roulement des patients				
<p>Fixer des cibles afin de prendre en charge un certain nombre de nouveaux patients dans une période donnée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour assurer une prise en charge régulière de nouveaux patients. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Peut être stressant pour le personnel ou encore être perçu comme une menace à l'autonomie professionnelle. ➢ Serait possiblement plus concluant si les thérapeutes se fixaient leurs propres cibles. ➢ Pour plus d'informations sur cette stratégie, voir la section « lectures recommandées » à la fin du document. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<p>Consacrer des ressources aux patients qui attendent depuis le plus longtemps</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réserver un thérapeute, un certain nombre de jours par semaine ou des plages horaires pour les patients attendant depuis le plus longtemps (plutôt que ceux ayant les niveaux de priorité les plus élevés). <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour s'assurer que les patients considérés moins urgents soient vus éventuellement. ➤ Peut s'effectuer sur une base permanente ou ponctuelle. ➤ Peut retarder la prise en charge des patients de priorité élevée si les ressources sont très limitées ou si la demande est élevée. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>Revoir la charge de cas régulièrement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thérapeutes s'assurent de donner congé aux patients lorsque c'est cliniquement approprié, pour donner la chance à de nouveaux patients d'être vus. <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'établissement de critères de congé formels pourrait faciliter le processus. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>Fixer un nombre maximal de séances par patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Distribue les ressources plus équitablement entre les patients, mais signifie aussi que les besoins de certains patients ne seront pas entièrement comblés. ➤ Peut être perçu comme une menace à l'autonomie professionnelle. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>Appliquer une politique en cas d'absence ou d'annulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre fin aux interventions auprès des patients qui annulent leurs rendez-vous à plusieurs reprises pour permettre de voir des nouveaux patients. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Peut être difficile à appliquer de façon systématique. ➤ Informer les patients de cette politique dès leur prise en charge. ➤ Considérer les raisons pour lesquelles le patient annule et tenir compte de sa situation. ➤ Risque de défavoriser les clientèles vulnérables. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
 <p>Stratégies plus globales</p>		
<p>Investir dans la prévention et la promotion de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseigner au public à adopter de saines habitudes de vie, en vue de réduire le besoin de services. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Or, la structure de soins est axée vers les services de réadaptation individuels, ce qui rend l'approche populationnelle plus complexe. ➤ Les impacts sont difficiles à mesurer à court terme, mais pourraient s'avérer avantageux à long terme. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Défendre les besoins des patients/de la population et la nécessité d'augmenter les ressources

- Créer des occasions de faire la promotion auprès de votre institution ou du gouvernement.
 - Des partenariats avec des organismes externes pourraient aider.
 - Si possible, utiliser les données disponibles dans votre milieu pour démontrer les besoins non comblés au sein de la population et de votre clientèle.
 - Si possible, utiliser des résultats de recherche pour documenter le rapport coût-efficacité du service et l'efficacité d'une intervention précoce, par exemple.



Vous avez d'autres idées? Joignez-vous à la discussion sur notre page Facebook : www.facebook.com/PERN.ca/

Références issues de notre groupe de recherche:

1. Deslauriers S., Raymond M.H., Laliberté M., Lavoie A, Desmeules F., Feldman D.E., Perreault K. (2016) Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: waiting lists and management strategies. *Disability and Rehabilitation*. Disponible au: <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2016.1238967>
2. Laliberté M, Feldman DE, Williams-Jones B, Hunt M. Operationalizing wait lists: strategies and experiences in three Quebec outpatient physiotherapy departments. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2017, sous presse.
3. Raymond, M.H., Demers, L., Feldman, D.E. (2016). Waiting list management practices for home-care occupational therapy in the province of Quebec, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 24(2), 154–164. Disponible au : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12195/abstract?sessionid=EB8B36295CA8135951C880E439EA94EA.f04r04>
4. Raymond, M.H., Demers, L., Feldman, D.E. Differences in waiting list prioritization preferences of occupational therapists, elderly people and persons with disabilities: a discrete choice experiment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2017, sous presse. Disponible au : <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2017.06.031>

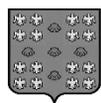
Lectures recommandées:

1. Harding, K. E., S. G. Leggat, B. Bowers, M. Stafford and N. F. Taylor (2013). Reducing Waiting Time for Community Rehabilitation Services: A Controlled Before-and-After Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1): 23-31.
2. Harding, K. E., N. F. Taylor, B. Bowers, M. Stafford and S. G. Leggat (2013). Clinician and patient perspectives of a new model of triage in a community rehabilitation program that reduced waiting time: a qualitative analysis. *Australian Health Review*, 37(3): 324-330.

Les chercheurs du Réseau sur l'éthique professionnelle en réadaptation (REPR) sont affiliés aux universités et centres de recherche suivants :



McGill



UNIVERSITÉ
LAVAL



CIRRIS
Centre interdisciplinaire de recherche
en réadaptation et intégration sociale



INSTITUT DE RECHERCHE
EN SANTÉ PUBLIQUE

© Réseau sur l'éthique professionnelle en réadaptation (REPR), 2017. La reproduction est permise à condition d'en citer la source.

RESUME

La pratique de la liste d'attente de patients en orthophonie libérale face aux obligations légales d'accès aux soins et au cadre déontologique et éthique de la profession.

Contexte : La pratique de la liste d'attente chez les orthophonistes libéraux est assez peu étudiée dans la littérature. L'objectif était de déterminer si cette pratique est en adéquation avec les obligations légales d'accès aux soins et le cadre déontologique et éthique de la profession.

Méthode : Les réponses des orthophonistes libéraux français ont été recueillies à partir d'un questionnaire auto-administré sur Internet. Deux types de données ont été collectées : (1) la fréquence et les modalités pratiques de la liste d'attente de patients chez les orthophonistes libéraux et (2) leur ressenti et leur satisfaction en lien avec cette pratique.

Résultats : Les données de 694 orthophonistes libéraux ont été examinées. Les résultats ont montré que le recours à une liste d'attente est une pratique courante. 82% des orthophonistes en utilisent une. La zone où ils sont installés n'entre pas en ligne de compte dans leur choix. 63% de ceux qui ont recours à une liste d'attente n'en sont pas satisfaits. Ainsi, 57 % des orthophonistes ont modifié leur manière de procéder au cours de leur carrière. Combinées ou non à d'autres problèmes, les difficultés liées à la liste d'attente peuvent mener à un épuisement professionnel.

Conclusion : Ainsi, sous certains aspects, la pratique de la liste d'attente n'est pas en cohérence avec le droit applicable à la profession, et avec l'éthique de la profession, au détriment du patient comme de l'orthophoniste lui-même, qui est submergé par les demandes de soins du fait de la pénurie d'orthophonistes en France. Quant à la cohérence avec la déontologie de la profession, il faudra attendre la parution de règles professionnelles pour l'étudier. Des solutions techniques peuvent être mises en œuvre pour remédier en partie à l'inefficacité de la liste et améliorer le ressenti des orthophonistes qui l'utilisent.

Mots-clés : *Liste d'attente de patients • Orthophonie libérale • Accès aux soins • Demande de soins*

ABSTRACT

Waiting lists practice by liberal speech and language therapists in the face of care access obligations and the deontological and ethical framework of the profession.

Background: The use of waiting lists by independent speech and language therapists have not been much explored yet. This study aimed to determine whether such use is in accord with care access obligations and with deontological and ethical framework.

Methods: Data from French speech and language therapists (SLTs) were collected by using an online self-administered questionnaire. Two types of data were collected: (1) frequency of use and practical details (2) SLTs' feeling and satisfaction linked to this practice.

Results: Data from 694 speech and language therapists were examined. Results showed that using a waiting list is common. 82% of speech and language therapists have one. Their working area does not explain their choice. 63% of those who have resorted to a waiting list are not satisfied with it. 57% made some changes in their waiting list management over the course of their career. Also, knowing that lots of patients were looking for therapy, 57 % made some changes in their waiting list management during their career. A psychological impact was noted in some cases. Indeed, whether combined with other difficulties or not, using a waiting list can lead to burn-out.

Conclusion: Thus, partly, the use of waiting lists is not in accord with care access obligations and with ethical framework, at the expense of patients as of SLTs, who are swamped with care demands due to shortage of SLTs in France. As for deontology, professional rules publication will be necessary to study it. Solutions exist, which can be initiated to remedy list inefficiency and to improve SLTs' feeling.

Keywords: • *waiting list* • *Private speech and language therapy* • *Access to care* • *Speech therapy demand*