



fno

L'ORTHOPHONISTE

N° 457 | Mars 2026

SOINS A DOMICILE
ORTHOPHONISTE

2026

Les orthophonistes

Un enjeu local

FNO



**EXERCICE
LIBÉRAL**

Votre voix compte,
rejoignez-nous !

Avenant 21

**EXERCICE
SALARIÉ**

Défendre et promouvoir
l'exercice orthophonique salarié
Une action continue et structurée
de la FNO

Webinaire du LURCO

Implant cochléaire : traitement des sons de parole et développement langagier : constats d'études acoustiques et linguistiques menées auprès d'enfants implantés précocement

Sophie FAGNIART

Maître de conférences
Université de Mons (UMONS), Belgique
Service de Médiologie et des Sciences du Langage

Mardi 16 décembre 2025 à 18h (heure de Paris)



Implant cochléaire, traitement des sons de parole et développement langagier : constats d'études acoustiques et linguistiques menées auprès d'enfants implantés précocement

Sophie Fagniard

Webinaire du Lurco
Sophie Fagniard

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

Le dernier webinaire du Lurco/Unadréo en 2025 était animé par Sophie Fagniard, lauréate du prix de thèse Unadréo en orthophonie-logopédie 2025. Elle nous a présenté son travail de thèse ayant pour thématique : « L'implant cochléaire, le traitement des sons de la parole et le développement langagier ; constats d'études acoustiques et linguistiques menées auprès d'enfants implantés précocement ». En effet, ces enfants doivent relever de vrais défis phonologiques et morphosyntaxiques pour développer le langage oral.

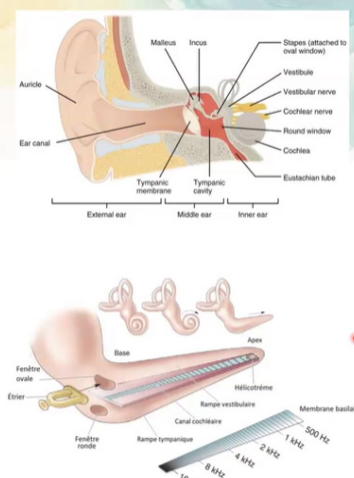
Le webinaire a débuté par les concepts théoriques clés concernant la cochlée, l'implant cochléaire et l'impact des implants sur l'acquisition du langage oral chez les enfants sourds. Puis Sophie Fagniard a présenté les résultats de ses recherches en se concentrant sur les composantes acoustiques, lexicales et morphosyntaxiques.

Les notions théoriques

La **cochlée** fait partie de l'oreille interne et reçoit les vibrations de la chaîne ossiculaire. Ces vibrations mettent en mouvement les liquides de la cochlée. Ces mouvements vont déclencher un potentiel électrique et donc une information transmise au nerf auditif. La cochlée est organisée de manière tonotopique, c'est-à-dire que des sons de haute fréquence vont faire davantage vibrer la base de la membrane basilaire, plus épaisse, tandis que les sons de basse fréquence vont davantage en faire vibrer l'apex, plus fine. La tonotopie cochléaire permet donc le codage des informations fréquentielles spectrales du son.

La cochlée

- Transformation de l'énergie mécanique en énergie électrique
→ Perception du signal sonore par le cerveau
- Tonotopie cochléaire
→ Codage des informations fréquentielles (spectrales) du son
- En cas d'atteinte = surdité de perception



L'implant cochléaire (IC)

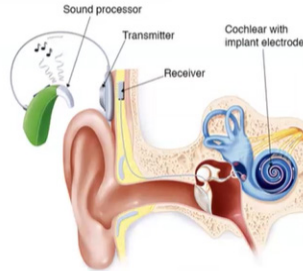
Surdités de perception sévères à profondes

- Transforme et transmet l'onde sonore sous forme d'impulsions électriques au nerf auditif
- Remplace la fonction de la cochlée
- Restauration d'une audition fonctionnelle

... d'autant plus si précoce (Gao et al., 2021; Sharma et al., 2020; Kral et al., 2019)

... d'autant plus si bilatérale (Anand et al., 2022 ; Sarant et al., 2014)

- Acquisition du LO facilitée chez l'enfant ... mais similaire à celle des enfants à audition typique (AT)?

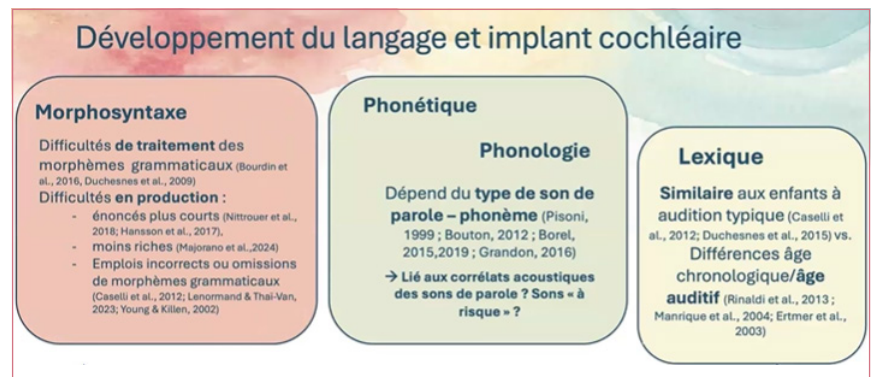


L'implant cochléaire présente des limitations acoustiques. En effet, il code plus grossièrement les informations séquentielles que ne le fait la membrane basilaire. Cela a un impact sur la sélectivité fréquentielle et donc la qualité fréquentielle du son. De plus, il est rare que les électrodes insérées dans l'implant cochléaire atteignent les zones apicales de la cochlée et donc les zones de plus basse fréquence. Ces fréquences concernent le codage des voyelles nasales. Les plus hautes fréquences sont également touchées du fait des limites technologiques de l'implant cochléaire. Ces fréquences concernent le codage des consonnes fricatives.

On sait que les enfants porteurs d'un implant cochléaire présentent souvent des difficultés importantes en morphosyntaxe. Le modèle de « mapping theory » (Chiat, 2001), sur lequel s'est appuyée Sophie Fagniat pour ses recherches, pourrait expliquer ce déficit. Le vocabulaire contient des éléments saillants, au contraire de la morphosyntaxe, dont les éléments sont changeants, courts (morphèmes), abstraits et donc pouvant difficilement être représentés visuellement. Un déficit phonétique et/ou phonologique accroît les difficultés de perception des morphèmes grammaticaux. Sur les plans phonétique et phonologique, certains sons sont considérés comme « plus à risque » dans l'acquisition

du langage de l'enfant implanté, de par leurs caractéristiques acoustiques. Au niveau du lexique, le développement est similaire chez les enfants implantés et chez les enfants typiques. La compo-

sante morphosyntaxique est souvent déficitaire chez les enfants implantés. Mais il est important de considérer qu'il existe une grande variabilité des performances, rapportée par de nombreuses études.



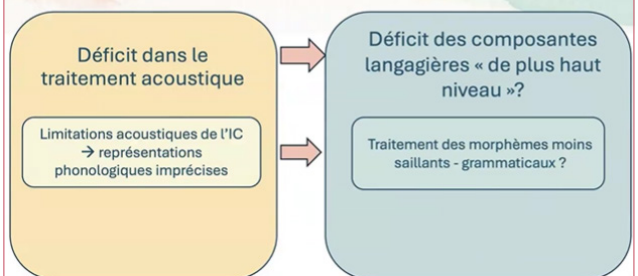
La question de recherche principale était alors de savoir si le déficit dans le traitement acoustique a un impact dans le déficit des composantes langagières de plus haut niveau.

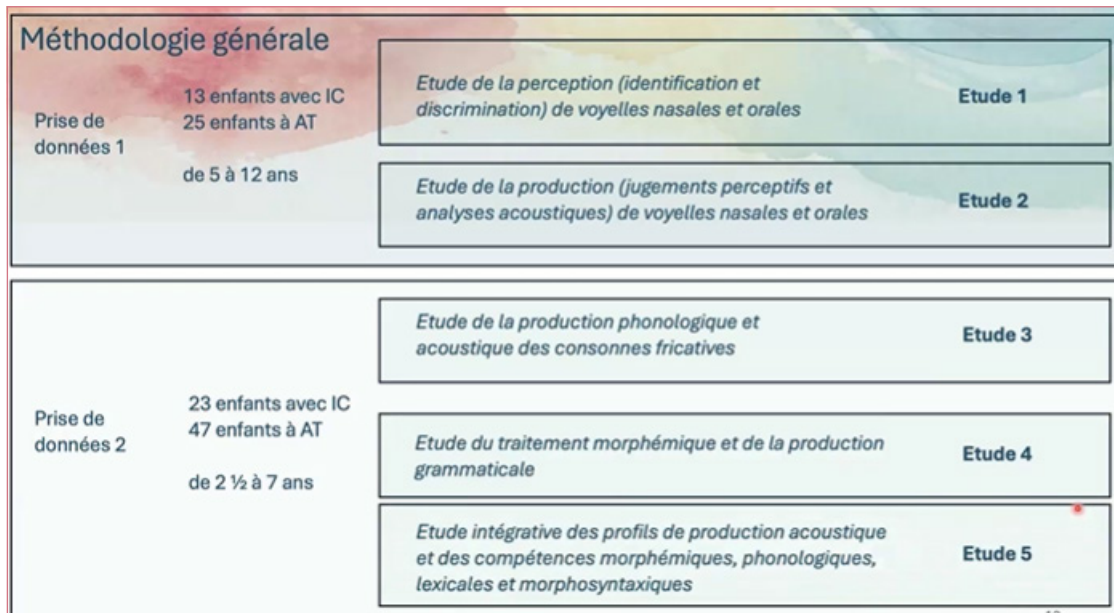
Cette question a été déclinée en 3 objectifs principaux :

- une étude de l'effet des limitations acoustiques ;
- une étude des compétences langagières lexicales et morphosyntaxiques ;
- une étude des liens entre limitations perceptives et compétences linguistiques.

À cette fin, cinq études ont été réalisées avec comparaison entre enfants implantés et enfants à audition typique.

Question de recherche principale





Difficultés phonétiques des enfants porteurs d'un implant cochléaire

Il existe des difficultés de production des voyelles nasales et orales chez les enfants porteurs d'implants cochléaires par rapport aux enfants à audition typique. Les enfants porteurs d'implants ont montré des difficultés spécifiques dans la discrimination et l'identification des oppositions phonétiques entre voyelles nasales et orales, particulièrement celles qui sont proches sur le plan articulatoire. Les voyelles nasales sont moins bien identifiées et discriminées que les voyelles orales et souvent substituées par des voyelles orales proches au niveau de la configuration articulatoire. Les enfants implantés présentent donc des difficultés spécifiques à traiter les indices liés à la na-

salité vocalique.

La 2^e étude n'a pas montré de différence de production de voyelles nasales et orales entre le groupe d'enfants implantés et celui des enfants à audition typique. Mais des différences ont été constatées entre les enfants implantés exposés à la langue française parlée complétée (LFPC) et ceux qui n'y étaient pas. Effectivement, les enfants exposés de façon précoce et soutenue à la LFPC présentaient des performances plus intelligibles et utilisaient des stratégies de compensation plus efficaces, notamment en exacerbant les différences visuelles entre les voyelles nasales et orales.

Déficits phonologiques chez les enfants implantés

La 3^e étude portait sur les déficits phonologiques chez les enfants porteurs d'implants cochléaires, avec pour intérêt principal, les consonnes fricatives. Il s'agissait d'une tâche de dénomination d'images, avec 48 items, contenant tous les phonèmes du français. Des analyses phonologiques et acoustiques ont été effectuées.

Elle a révélé une moindre précision phonologique chez les enfants porteurs d'un implant, mais avec une importante variabilité des performances. Ont été constatées des substitutions entre fricatives mais aussi des erreurs très rarement relevées chez les enfants à audition typique, tel qu'un changement de mode d'articulation (fricative remplacée par une occlusive par exemple).

Les enfants avec implant cochléaire font moins de distinction entre les points d'articulation pour les sons de haute fréquence

(f/v et s/z) et exploitent moins les hautes fréquences dans le souffle fricatif qui est moins puissant que chez les enfants à audition typique.



Développement linguistique des enfants avec implant cochléaire

Une étude portant sur les compétences langagières lexicales et morphosyntaxiques comportait des tâches de désignation d'images sur base de phrases-mots (paires minimales lexicales et grammaticales). Ces paires minimales s'opposaient par la distinction entre voyelles orales/nasales, orales/orales, nasales/nasales. Il en est ressorti que les performances étaient plutôt similaires sauf pour les paires minimales lexicales et les oppositions entre voyelles orales et nasales. Les difficultés de distinction entre orales et nasales semblent donc se manifester aussi sur le versant morphémique.

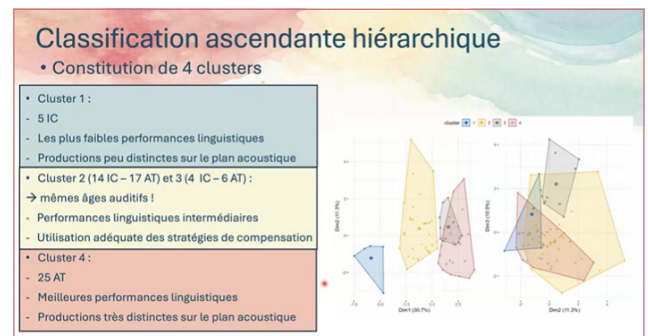
Concernant les productions grammaticales, deux tâches ont été proposées : récit sur images après présentation d'un modèle et récit libre. Elles ont conclu à une longueur moyenne des énoncés bien moindre chez les enfants implantés par rapport aux enfants à audition typique. Ces énoncés contiennent aussi moins d'éléments morphémiques : moins d'articles, de déterminants possessifs, de pronoms objets et réfléchis, de prépositions et de verbes conjugués. Cela pourrait être dû au fait que ces morphèmes sont considérés comme plus complexes. Les enfants avec implant cochléaire ont en revanche produit plus d'auxiliaires (participes passés), de conjonctions et de pronoms démonstratifs. L'explication pourrait être que ces morphèmes seraient plus « lexicalisables », plus saillants au niveau perceptifs et moins conceptuels.

Des corrélations ont ensuite été effectuées afin de faire des liens entre la phonologie, le lexique et la production grammaticale. Les résultats des enfants porteurs d'implant et les enfants à audition typique présentent un lien significatif entre phonologie et morphosyntaxe. Au contraire, il y a une nette différence de performances si l'on considère le lien entre diversité lexicale et morphosyntaxe, les enfants avec implant étant moins performants. Il existe donc des liens spécifiques entre phonologie et morpho-

syntaxe chez ces enfants. Les enfants à audition typique ont un développement langagier plus homogène que les enfants porteurs d'implant cochléaire.

La dernière étude a consisté en des analyses factorielles en y intégrant des variables liées aux caractéristiques acoustiques entre orales/nasales et des variables linguistiques de phonologie, de lexique et de morphosyntaxe. Comme évoqué plus haut, les enfants à audition typique ont de meilleures performances linguistiques ainsi qu'une meilleure production des voyelles orales et nasales et des consonnes fricatives. Les analyses factorielles ont identifié quatre groupes de performance (clusters), révélant une variabilité importante des compétences linguistiques et acoustiques. Les enfants utilisant des stratégies de compensation ont des performances plus comparables aux enfants à audition typique.

Enfin, une comparaison à un an d'intervalle a été réalisée : 4 enfants porteurs d'implant cochléaire /13 ont changé de cluster par amélioration de leurs performances. Mais l'étude n'a pas permis de relever de facteurs favorables explicatifs, à cause d'un échantillon trop faible. 9 enfants sont restés dans le cluster 1, le plus faible, malgré l'avancée en âge..



Limites et perspectives de ce travail

La taille des échantillons est malheureusement réduite. Il faudrait répliquer les mêmes études sur différents groupes. Par ailleurs, le contrôle de paramètres des tâches expérimentales n'est pas toujours évident à faire, surtout avec des enfants jeunes comme ils le sont dans ces études. Il faudrait davantage documenter l'environnement des enfants dont l'implantation familiale.

Ce travail met en évidence l'importance d'une prise en soin axée sur l'exploitation des indices acoustiques mieux codés par l'implant cochléaire. Il y aurait intérêt à développer des outils d'évaluation cen-

trés sur les sons de parole « à risque » et à rendre accessible aux cliniciens des évaluations acoustiques objectives. Par ailleurs, il apparaît essentiel de bien vérifier les représentations phonologiques sous-jacentes en cas de difficultés grammaticales. Enfin, il faut rester attentif à l'évolution des performances qui peuvent être décevantes par rapport au travail entrepris.

Malgré certaines limitations liées à la taille des échantillons et aux contrôles phonétiques, les résultats soulignent l'importance de la prise en soin axée sur l'exploitation des indices acoustiques mieux

codés par l'implant et la nécessité d'un suivi à long terme des performances linguistiques.

Pour aller plus loin

La page de Sophie Fagniard, répertoriant ses publications : <https://orbi.umons.ac.be/profile?uid=532613>





Jérôme BRUNELIN

Ph.D., HDR,

Centre Hospitalier le Vinatier,
Pôle Est, coresponsable équipe
PSYR2

Centre de recherche en
neurosciences de Lyon,
Inserm U1028- CNRS UMRS292
Université Claude Bernard Lyon 1,
Université Jean Monnet Saint Étienne
National representative (France)
European Society for Brain
Stimulation (ESBS)

**Accessible gratuitement à
tous les étudiants,
les adhérents Unadréo et
FNO ainsi que les membres
du Lurco**



Je participe !

Webinaire

Jerome BRUNELIN

Mardi 7 avril 2026 à 18 h (heure de Paris)

Le reality monitoring : quand notre cerveau confond langage intérieur et réalité

Les hallucinations acoustico-verbales, définies comme des perceptions auditives sans sons à percevoir, constituent un phénomène complexe qui peut toucher jusqu'à 80 % des personnes vivant avec une schizophrénie.

Mais comment notre cerveau en vient-il à confondre langage intérieur autogénéré avec une perception réelle?

Les neurosciences cherchent à comprendre les bases neurophysiologiques de ce trouble du reality monitoring - ce mécanisme cérébral qui nous permet habituellement de distinguer ce qui vient de l'extérieur de ce qui provient de nos propres pensées.

Mieux comprendre ces processus pourrait ouvrir la voie à de nouvelles pistes thérapeutiques, notamment par la stimulation cérébrale non invasive, pour aider le cerveau à rétablir la frontière entre le réel et l'imaginaire.

UNADREO  LURCO 

La téléorthophonie auprès d'enfants avec troubles des apprentissages (étude Entsopta)

Pratiques, conditions
et enjeux

Rawad Chaker, Stéphanie Dumas, Sylvia Topouzkhania,
Géraldine Hilaire-Debove, Lydie Batilly, Stéphane Simonian,
Marie-Christine Piperini, Stéphanie Colin et Yingdong Liu

La crise sanitaire liée au Covid-19 a fait entrer la téléorthophonie dans le quotidien de nombreux cabinets, parfois dans l'urgence, sans toujours laisser le temps de formaliser les pratiques ni de questionner leurs effets. Le projet de recherche Entsopta (Influence de l'environnement numérique du télésoin, cas de la téléorthophonie pour les troubles des apprentissages) propose un regard approfondi sur cette modalité de prise en charge, telle qu'elle est vécue par les orthophonistes.

Cet article présente les principaux résultats de ce travail et en dégage des pistes concrètes pour la pratique quotidienne, en particulier auprès des enfants et adolescents présentant des troubles des apprentissages.

Le projet Entsopta en bref

Le projet Entsopta est porté par l'université Lyon 2 (laboratoire Éducation, Cultures, Politiques), le GRePS (Groupe de recherche en psychologie sociétale) et l'Unadréo / Lurco, en collaboration étroite avec des orthophonistes de terrain. Il poursuit deux objectifs principaux :

- analyser, d'un point de vue ergonomique, l'effet du télésoin sur l'activité des orthophonistes ;
- identifier les conditions qui favorisent la téléorthophonie chez des enfants et adolescents ayant des troubles des apprentissages.

Pour y répondre, plusieurs sources de données ont été combinées : état des lieux des textes prescriptifs (lois, décrets, recommandations HAS, avenants conventionnels), entretiens individuels, journaux de bord de séances et questionnaire en ligne auquel **143 orthophonistes ont répondu**.

Les textes et recommandations clés

Depuis 2019, la loi n° 2019774 a introduit la notion de « télésoin » dans le Code de la santé publique, dont fait partie le télésoin. Les arrêtés de mars 2020 ont autorisé les orthophonistes à réaliser certains actes à distance, en excluant d'abord bilans initiaux et renouvellements, puis en ouvrant ensuite la possibilité de bilans de renouvellement sur prescription médicale.

Les recommandations de la HAS insistent sur des critères d'éligibilité des patients, des exigences de qualité et de sécurité, ainsi que sur les conditions matérielles et environnementales du télésoin (confidentialité, stabilité de la connexion, absence de nuisances majeures, etc.).



Les documents prescriptifs mettent plusieurs choses en évidence :

- la téléorthophonie concerne un ensemble défini d'actes de bilan et de rééducation, détaillés dans la NGAP, avec un encadrement spécifique pour les enfants de moins de 6 ans et certaines pathologies lourdes nécessitant un aidant ;
- la part des actes réalisés en télésoin est limitée à 20 %, ce qui inscrit d'emblée cette modalité comme complémentaire du présentiel ;
- la rémunération TMO reste légèrement moins favorable que celle des actes en présentiel (AMO), malgré l'existence d'un forfait d'aide à la modernisation (jusqu'à 490 €, voire 590 € en cas d'implication dans une équipe de soins coordonnés).

Ce cadre crée donc un environnement « structurant », mais laisse aux orthophonistes la responsabilité de juger de la « pertinence du recours au télésoin » pour chaque situation.



Ce que disent les orthophonistes : entretiens et journaux de bord

Avantages perçus du télésoin

Les entretiens d'explicitation menés avec cinq orthophonistes, ainsi que l'analyse de sept journaux de bord de séances avec des enfants d'âge scolaire, font ressortir plusieurs avantages récurrents :

- assurer la continuité du soin en cas de contraintes géographiques, climatiques ou familiales (distance domicile-cabinet, fratrie à gérer, météo, etc.) ;
- favoriser une régularité du suivi, en réduisant les absences liées aux déplacements et à l'organisation familiale ;
- stimuler la créativité professionnelle : adaptation de supports, création de ressources numériques, exploitation de l'environnement de l'enfant ;
- renforcer l'implication des familles, avec un parent qui prépare le matériel, aide à la connexion ou reprend certaines activités entre les séances.

Les orthophonistes notent par ailleurs un effet socio-affectif positif : mise en confiance plus rapide, expression plus fluide, engagement affectif renforcé chez certains enfants, sans effet de « barrière écran » identifié.

Limites et difficultés

Les professionnels soulignent néanmoins plusieurs limites :

- une préparation des séances plus chronophage (mise en forme de supports numériques, envoi de documents, anticipation technique) ;
- une manipulation parfois moins aisée de certains outils (tracer, barrer, manipuler du matériel concret), en particulier pour le graphisme ;
- une moindre reconnaissance du télésoin, évoquée tant en termes de valorisation symbolique qu'en termes de rémunération ;
- la difficulté accrue avec certains profils, notamment les jeunes enfants hyperactifs ou très instables, pour lesquels le télésoin est jugé « moins contenant ».

Du côté des journaux de bord, les obstacles techniques (coupures de connexion, latence, mauvais angle de caméra) et les distractions domestiques (présence de fratrie, TV, déplacements dans la maison) apparaissent comme des freins majeurs.



Rôle central, ambivalent, de la famille

Dans les journaux de bord, la présence parentale n'était pas le cœur des consignes, mais elle émerge comme un thème central. Les parents jouent un rôle de soutien logistique (mise en place du matériel, connexion, gestion de l'environnement), mais aussi parfois de cothérapeute (participation à certains exercices, encouragement de l'enfant, répétition des consignes entre les séances).

Les orthophonistes décrivent plusieurs effets positifs : découverte de compétences insoupçonnées chez l'enfant dans son milieu naturel, renforcement des liens familiaux autour du travail langagier, meilleure compréhension par les parents des objectifs de la prise en charge.

La téléorthophonie expose aussi davantage l'orthophoniste à la réalité du domicile : désorganisation, tensions familiales, voire violences verbales, apparaissent dans certains journaux de bord. Cette immersion dans l'intimité du quotidien rapproche l'expérience de celle de professionnels intervenant à domicile, et pose des questions éthiques et émotionnelles spécifiques pour les orthophonistes.

La place du parent se révèle donc « ambivalente » : facilitatrice lorsque la collaboration est bonne, potentiellement problématique lorsque le contexte familial est conflictuel ou que l'adulte interfère trop dans la relation thérapeutique.

Profil des orthophonistes et pratiques déclarées

Parmi les 143 orthophonistes ayant répondu au questionnaire Entsopta :

100 % sont des femmes, d'un âge moyen de 46 ans, avec environ 19 ans d'ancienneté professionnelle.

L'expérience en téléorthophonie est plus récente, en moyenne 4 ans.

86 % exercent en libéral, **2,8 %** sont salariées et **11,19 %** cumulent les deux statuts, avec une répartition entre zones urbaines, rurales et mixtes (ces dernières représentant environ **35 %**).

Ces données suggèrent que le télésoin a été largement intégré par des orthophonistes expérimentées, et non uniquement par de jeunes professionnelles à l'aise avec le numérique.

Modalités pratiques et outils

Le télésoin est majoritairement réalisé

- sur ordinateur : **93,71 %**
- la tablette : **1,4 %** et le smartphone : **4,9 %** restent minoritaires.

● Zoom est l'application la plus utilisée :

- **60,14 %**,
- devant Inzee Care : **15,38 %**,
- WhatsApp : **4,2 %**,
- et d'autres plateformes : **20,28 %**.

Les séances se déroulent le plus souvent

- au cabinet : **81,82 %**,
- plus rarement au domicile de l'orthophoniste : **11,19 %**,
- ou dans une structure mixte : **6,99 %**.

Concernant la présence parentale, un parent est présent

- tout le temps dans **44,06 %** des cas,
- parfois dans **45,45 %**
- et jamais dans **10,49 %**.

Il est le plus souvent dans la même pièce (**61,72 %**), avec un rôle principalement technique (**54,69 %**), puis de participation à la rééducation (**17,97 %**) ou de gestion de l'enfant (**11,72 %**).

Acceptabilité, sentiment d'efficacité et facteurs institutionnels

L'acceptabilité du télésoin ne se réduit pas à la technique.

L'étude met en évidence des liens significatifs entre :

- l'acceptabilité du télésoin (l'utilité, la facilité, la satisfaction perçues, voir échelle TUQ de Parmento et al., 2016) et le sentiment d'efficacité personnelle dans l'usage des technologies numériques (échelle Septic, Déro & Heutte, 2008), avec une corrélation modérée (0,54, $p < .0001$) ;
- l'acceptabilité du télésoin et la gestion/expérience du télésoin (échelle TMS, Macan et al., 1990 : planification, gestion du temps de travail), avec une corrélation de 0,34 ($p < .0001$) ;
- les affordances institutionnelles (par exemple, le actes administratifs en lien avec la prise en charge du patient, ceux liés à la gestion de la structure et de la carrière) et l'acceptabilité (0,31, $p < .0001$), ainsi que le sentiment d'efficacité (0,28, $p < .0001$).

Ainsi, se sentir efficace en téléorthophonie et bénéficier d'un environnement institutionnel facilitant (outils disponibles, organisation, reconnaissance) favorise l'acceptabilité de cette modalité.

Effet du type d'acte et de la présence parentale

Les analyses confirment que :

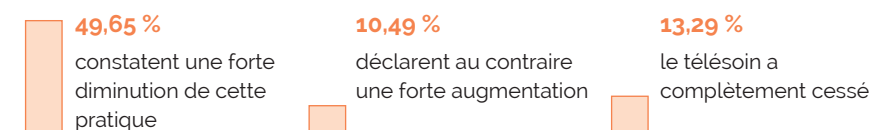
- l'acceptabilité varie selon le type d'acte (bilan de renouvellement vs rééducation), le télésoin étant jugé plus pertinent pour certains renouvellements (par exemple, bilans de la cognition mathématique et de la communication et du langage écrit) que pour des bilans initiaux ou des prises en charge nécessitant un contact matériel important (par exemple, rééducation des troubles de la voix, des retards de parole) ;
- la présence d'un parent pendant la séance influe sur l'acceptabilité, notamment pour les bilans de renouvellement, où elle est perçue comme un atout, alors que son impact est plus nuancé pour certaines rééducations ciblées (comme l'éducation et la rééducation de la voix et vélo-tubo-tympanique).

Les affordances institutionnelles sont par ailleurs associées positivement à la définition d'objectifs clairs et à la planification, mais négativement au « contrôle du temps perçu », ce qui suggère que plus le cadre est structuré, plus le temps apparaît contraint.



Pratiques actuelles : évolution depuis le confinement

Depuis la fin du confinement, les orthophonistes rapportent une évolution contrastée de leur recours au télésoin :



Le télésoin semble ainsi s'être stabilisé comme une modalité « complémentaire », utile dans certains contextes (éloignement, contraintes familiales, continuité du suivi), mais rarement comme modalité principale, ce qui rejoint les limites fixées par le cadre prescriptif (20 % des actes).

Pistes pratiques pour la communauté des orthophonistes

À partir des résultats Entsopta, plusieurs pistes peuvent nourrir la réflexion et la pratique des orthophonistes.

► Clarifier a priori le projet de soin à distance

Définir avec la famille le rôle du télésoin (complément, alternance avec le présentiel, solution transitoire), les objectifs précis par séance et sur la durée, et les critères qui conduiraient à revenir exclusivement au présentiel.

► Formaliser le rôle du parent

Expliciter dès le bilan ou la première séance la place attendue du parent (aide technique, soutien, coanimateur ou simple présence rassurante), et ajuster cette place en fonction des observations.

► Pour les actes de renouvellement perçus comme facilement faisables en télésoin et pour lesquels la présence du parent est indispensable, mettre au point une modalité à distance facilitant cette coprésence.

► Soigner les conditions

matérielles et environnementales

Établir une « checklist » : type d'outil (ordinateur de préférence), connexion, position de la caméra, lieu calme, matériel papier/crayon disponible, consignes de présence de l'adulte.

► Anticiper le surcoût de préparation

Planifier des blocs de temps pour la conception de supports numériques et l'envoi de documents, en tenant compte du fait que ces tâches ne sont pas toujours visibles ni reconnues dans la facturation.

► Préserver la qualité du lien thérapeutique

Exploiter les atouts du domicile (objets familiers, routines, interactions familiales) tout en gardant le cap sur les objectifs, et rester attentif à l'impact émotionnel des situations familiales difficiles sur le professionnel.

Conclusion

L'étude Entsopta montre que la téléorthophonie ne se réduit ni à une solution d'urgence, ni à un simple transfert de séances en visioconférence. Elle transforme l'activité de l'orthophoniste, reconfigure la place de la famille et met en tension cadre prescriptif, contraintes matérielles et liberté professionnelle.

Pour les orthophonistes, l'enjeu est désormais de consolider cette pratique comme un outil pertinent et ajusté, au service de la continuité et de la qualité des prises en soin, dans un dialogue permanent entre expériences de terrain, recommandations institutionnelles et travaux de recherche.



Pour aller plus loin

- Déro, M., & Heutte, J. (2008). Impact des TIC sur les conditions de travail dans un établissement d'enseignement supérieur : auto-efficacité, flow et satisfaction au travail. M. Sidir, E. Bruillard, G.L. Baron (Dir.). *Actes des 2^{es} Journées Communication et apprentissage instrumenté en réseau (JOCAIR'2008)*, Amiens (France), 27-29 Août 2008, 192-205.
- Macan, T. H., Shahani, C., Dipboye, R. L., & Phillips, A. P. (1990). College students' time management : Correlations with academic performance and stress. *Journal of educational psychology*, 82(4), 760.
- Parmanto, B., Lewis Jr, A. N., Graham, K. M., & Bertolet, M. H. (2016). Development of the telehealth usability questionnaire (TUQ). *International journal of telerehabilitation*, 8(1), 3.
- Lee, J. A., Di Tosto, G., McAlearney, F. A., Miller, S., Mezoff, E., Venkatesh, R. D., ... & McAlearney, A. S. (2021). Physician perspectives about telemedicine: considering the usability of telemedicine in response to coronavirus disease 2019. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 73(1), 42-47.